

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 9 (2008) 4, 289–304
DOI: 10.1556/Mentál.9.2008.4.1

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS LEENDŐ ÉS VÉGZETT DIPLOMÁS ÁPOLÓNŐK ÉS ORVOSNŐK KÖRÉBEN

FEITH HELGA JUDIT^{1*} – KOVÁCSNÉ TÓTH ÁGNES² –
BALÁZS PÉTER¹

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék, Budapest

²Széchenyi István Egyetem, Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr

(Beérkezett: 2008. augusztus 5.; elfogadva: 2008. szeptember 2.)

Az orvosi és ápolói hivatást gyakorló személyeknek számos problémával kell szembeesülniük: magas munkahelyi elvárások, nem kielégítő munkakörülmények, a hivatást terhelő pszichés nehézségek, sokirányú szerepkötelezettségek. Jelen tanulmányunk hallgatónők, valamint végzett orvosnők és diplomás ápolónők szubjektív egészségi állapotát, pszichoszomatikus tüneteit vizsgálja, összefüggésben egészségmagatartásukkal, életmódjukkal. *Módszer:* keresztmetszeti vizsgálatainkat egészségügyi felsőoktatásban tanuló diplomás ápoló- (N = 226) és orvostanhallgatónők (N = 117) körében, valamint fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők (N = 409) körében készítettük. *Eredmények:* megközelítőleg a dolgozók 60%-a legalább egy egészségi problémát jelölt meg. A szubjektív alapú egészségi állapot meghatározás statisztikai összefüggést mutatott a pszichoszomatikus tünetekkel ($p < 0,001$), a pesszimista jövőképpel ($p < 0,001$), a jelenlegi partnerkapcsolat miatt megélt problémákkal ($p < 0,001$), a fizikai aktivitással ($p < 0,001$). Megközelítőleg 40%-uk (a hallgatói felmérésben 47%) sportol hetente legalább egyszer vagy annál gyakrabban. A dohányzók aránya 16,7% (a hallgatói felmérésekben 22,9%) volt. *Következtetések:* eredményeink alapján megállapítható, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatónők és a magyar egészségügyi viszonyok között dolgozók számára az egészség nem jelenik meg számottevő értéként, egészségmegőrző magatartásuk kifejezetten alacsony szintű. Egészségmegőrző társadalmi szerepük hatékonysága egyértelműen megkérdőjelezhető.

Kulcsszavak: orvostan-, és diplomás ápoló hallgatónők, orvosnők és diplomás ápolónők, szubjektív egészségi állapot, egészségmagatartás, szerepkonfliktus

* Levelező szerző: Dr. Feith Helga Judit, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék, 1088 Budapest, Vas utca 17.
E-mail: feith@se-etk.hu

Számos nemzetközi kutatás megerősítette, hogy az iskolázottsági szint és az egészség között szoros összefüggés mutatható ki, a magasabban kvalifikált emberek körében általában alacsonyabb mortalitási és morbiditási rátákkal lehet számolni (Mackenbach és mtsai 1997). Ennek ellenére nemzetközi és hazai kutatások bizonyították, hogy az egészségügyi diplomások egészségi állapota, testi és lelki „jólléte” magas iskolai végzettségük és speciális szaktudásuk ellenére sem megfelelő szintű. Az egészségügyi dolgozók életét túlterheltség (Lambert és mtsai 2004), hivatásuk fokozott pszichés terhei (Hegedűs és mtsai 2004; Bognár és mtsai 2001; Pikó és Piczil 2000; McGrath és mtsai 2003; Kipping 2000; Korkeila és mtsai 2003), speciális munkakörnyezeti és menedzsment problémák (Morrison és mtsai 2003; Coomber és Barriball 2007), valamint a privát és szakmai élet elhatárolásának nehézsége jellemzi (Firth-Cozens 2003). Mindezek forrásai lehetnek: fluktuációnak, pályaelhagyásnak (Coomber és Barriball 2007; Sjögren és mtsai 2005), magas pszichiátriai és egyéb morbiditásnak (Lambert és mtsai 2004), nem kielégítő egészségi állapotnak (Korkeila és mtsai 2003, Bergman és mtsai 2003), depresszióknak (Korkeila és mtsai 2003; Stewart és mtsai 2000), az addikció különféle formáinak (Győrffy és mtsai 2005), pszichoszomatikus zavarok gyakori előfordulásának (Pikó 2001), valamint magas öngyilkossági rátának (Győrffy és mtsai 2005; Stack 2004).

Nemzetközi és hazai szakirodalmi megállapítások szerint az egészségügyi dolgozók már pályakezdetkor, fiatalabb életkorukban sem rendelkeznek megfelelő szintű egészséggel, egészséget megőrző attitűdökkel (Baldwin és mtsai 1997). Az egészségkárosító magatartások (pl. dohányzás és alkoholfogyasztás) sok esetben egymást erősítő hatásként jelennek meg a hallgatók életében, ráadásul a dohányzók, alkoholt fogyasztók stb. az egészségvédő magatartások (pl. fizikai aktivitás, táplálkozási szokások, stresszkezelés) tekintetében is rosszabb mutatókkal rendelkeznek (Chalmers és mtsai 2002; Pikó és mtsai 1996). A nemzetközi szakirodalom szerint az utóbbi évtizedekben összességében csökkent a dohányzó hallgatók száma, viszont arányaiban növekedett a női hallgatók dohányzása, másfelől a teljes hallgatói populációban abszolút értelemben is növekedett az alkoholt és illegális drogokat használók száma (Boland és mtsai 2006). Számos kutatás számolt be arról, hogy orvosok, ápolók a képzés ideje alatt szoknak rá egészségkárosító magatartásformákra (Boccoli és mtsai 1997).

Az egészségügyi ágazatban dolgozó nők számára nagy kihívást jelenthet a munkahelyi és otthoni szerepek sikeres összeegyeztetése. E kettős szerepkötelezettség – amellyel sok esetben felkészületlenül kerülnek szembe – komoly fizikai és pszichikai terhekkel járhat. A munka és családi sze-

repek közötti konfliktus negatív hatással van a nők harmonikus családi életére, munkavégzésének minőségére (Kinnunen és Mauno 1998), egészségi állapotára (Artazcoz és mtsai 2004), pszichés jóllétére (Artazcoz és mtsai 2004; Bourbonnais és mtsai 1999), alvásproblémáira (Knudsen és mtsai 2007), alkoholfogyasztására (Roos és mtsai 2006). Kutatások szerint az ápolói pályaelhagyás leggyakoribb oka a várandós állapot, illetve az anyaságszerep konfliktusa a munkahelyi szereppel (Durand és Randhawa 2002). A „Hungarostudy 2002” elnevezésű országos felmérésben lekérdezett egészségügyi diplomás nők (orvosnők, gyógyszerésznők, védőnők, diplomás ápolónők és egyéb végzettségűek) anyasági szerepeivel kapcsolatban (összehasonlítva diplomás kontrollcsoporttal) a kutatók az alábbi eredményeket kapták. Az egészségügyben dolgozók esélye a munkastresszre közel kétszeres a nem egészségügyi diplomás nőkhöz képest. Terhespatológiai problémák gyakrabban jelentkeznek, a nagy munkastresszel járó egészségügyi ágazatokban dolgozó nők háromszor nagyobb eséllyel meddők, illetve másfélszer több eséllyel végeztenek abortuszt. Az egészségügyben dolgozók stressz terhelése legjelentősebb faktorának a munkaidő ritmusa és mennyisége bizonyult. A munkastressz befolyásolta a gyermekvállalást (Győrffy és mtsai 2004).

Kvantitatív kutatásunk célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatónők és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás nők testi és pszichés jóllétében, valamint egészség- és rizikómagatartásában megmutatókozó azonosságokat és különbségeket. Legfontosabb célunk az volt, hogy megismerjük diplomás ápolónők és orvosnők ilyen irányú társadalmi szerepkötelezettségének lehetséges konfliktusait.

MÓDSZER

Kvantitatív, önkitöltős kérdőíves szociológiai felmérésünk a felsőfokú egészségügyi képzésben résztvevő hallgatónőkre, illetve a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó egészségügyi diplomás nőkre összpontosított.

Nappali tagozaton, a diplomás ápoló harmadik és negyedik évfolyamok teljes körű, országos lekérdezése 2003. november–december hónapokban történt, az összes magyarországi egészségügyi főiskolai kar bevonásával. A teljes női populációhoz, vagyis összesen 267 hallgatónőhöz juttattuk el a kérdőívet, akik közül 226 fő (84,64%) adott értékelhető választ. A kutatás második – kontrollcsoportos – hallgatói felmérését 2004. április–május hónapokban, V. évfolyamos női orvostanhallgatók körében készítettük a Semmelweis Egyetem, valamint a Debreceni Egyetem részvételével. A le-

kérdés során önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk. Összesen 253 hallgatóhoz (a teljes célpopulációhoz) juttattuk el a kérdőívet, akik közül 117 fő (46,24%) adott értékelhető választ a kérdések legalább 90%-ára.

2005-ben rétegzett, kvantitatív szociológiai felmérést készítettünk a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők körében. Az egészségügyi diplomás nők körében végzett felmérésünkben alapsokaságnak a megyei szintű kórházakban, ténylegesen fekvőbeteg-ellátásban dolgozó, magyar diplomás ápolónőket tekintettük. Sajátos társadalmi réteggel jellemzők miatt, korábbi hazai kutatások eredményeire hivatkozva zártuk ki azokat, akik az alap-, illetve járóbeteg ellátásban, valamint a klinikumban, városi kórházakban és az országos intézetekben dolgoznak. Öt vidéki megyei kórház került a végleges mintába: Győr, Zalaegerszeg, Gyula, Eger és Salgótarján. Budapest egy nem egyetemi klinikai fekvőbeteg-ellátó intézményét azért vontuk be kutatásunkba, hogy a főváros mellőzéséből esetleg bekövetkező torzítást elkerülhessük. A teljes sokaságba – a kórházak által szolgáltatott adatok alapján – minden aktív, diplomás ápolónőt és orvosnőt felvettünk. Végül 45,54%-ban (N = 409) jutottunk értékelhető válaszokhoz, 200 diplomás ápolónő és 209 orvosnő kitöltött kérdőíve alapján.

Jelen szociológiai felméréseink kérdőív tervezeteit próbainterjúkon teszteltük, elvégeztük a megbízhatósági és validitási vizsgálatokat. Az adatok elemzése az SPSS programcsomag segítségével készült, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával. A megoszlási vizsgálatok mellett, a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson χ^2 próbát ($p < 0,05$), a hallgatói és dolgozói csoportok összehasonlításánál esélyhányadost (EH, vagy angol rövidítéssel OR = odds ratio) becsültünk, 95%-os konfidencia intervallum mellett. Többváltozós elemzésként a STATA programcsomag segítségével logaritmikus regressziót alkalmaztunk, mivel a legtöbb függő változó kategorikus természetű volt.

EREDMÉNYEK

I. A hallgatói felmérések eredményei

A mintába felvett diplomás ápoló hallgatónők egészségi önértékelését a WHO által javasolt, ötfokú skála segítségével mértük. Mindössze a válaszadók 8,5%-a választotta a kiváló minősítést, legtöbben (61,2%) jó minősítést adtak az egészségi állapotukra. A válaszadók 28,6%-a gondolta úgy, hogy egészsége kielégítő, 1,7%-a rossz, illetve nagyon rossz minősítést adott. Meglepő módon a kérdezettek szociodemográfiai jellemzői (lakóhely, szü-

lők iskolai végzettsége, szülői válás) nem befolyásolták az egészségi állapot eredményeit. A hallgatói jövőkép megítélése és az egészségi állapot között azonban statisztikailag erős kapcsolatot találtunk ($p < 0,001$), vagyis az optimista hallgatók jobb egészségi állapotot jeleztek. Az egészségi állapot szubjektív megítélése tekintetében a kontrollcsoport válaszai statisztikailag megalapozott eltérést mutattak a diplomás ápoló hallgatók válaszaihoz képest ($p < 0,05$), a medikusok pozitívabb minősítést adtak saját egészségükre.

A pszichoszomatikus tünetek mérésére hét változót alkalmaztunk (1. táblázat). Ezeket külön-külön, egy ötfokú skálán kellett értékelnie a hallgatóknak, akik a „soha” és a „naponta” előforduló gyakoriságok közötti skálaértékek között választhattak. A teljes mintából mindössze 6 fő (2,7%) nem jelzett pszichoszomatikus tüneteket. Az „álmatlanság”-ot leszámítva valamennyi pszichoszomatikus tünet erős statisztikai összefüggést mutatott az egészségi állapottal, valamint a jövőképpel. Ugyanakkor a szocio-demográfiai változókra adott válaszok nem mutattak összefüggést a pszichoszomatikus tünetek prevalenciájával. Két pszichoszomatikus tünet esetében statisztikai különbséget kaptunk a hallgatói válaszokban, az ápoló hallgatók gyakrabban számoltak be napi, heti rendszerességgel jelentkező erős fejfájásról ($p < 0,05$), illetve tartós álmatlanságról ($p < 0,01$).

1. táblázat. Pszichoszomatikus tünetek előfordulása a hallgatói válaszokban (%)

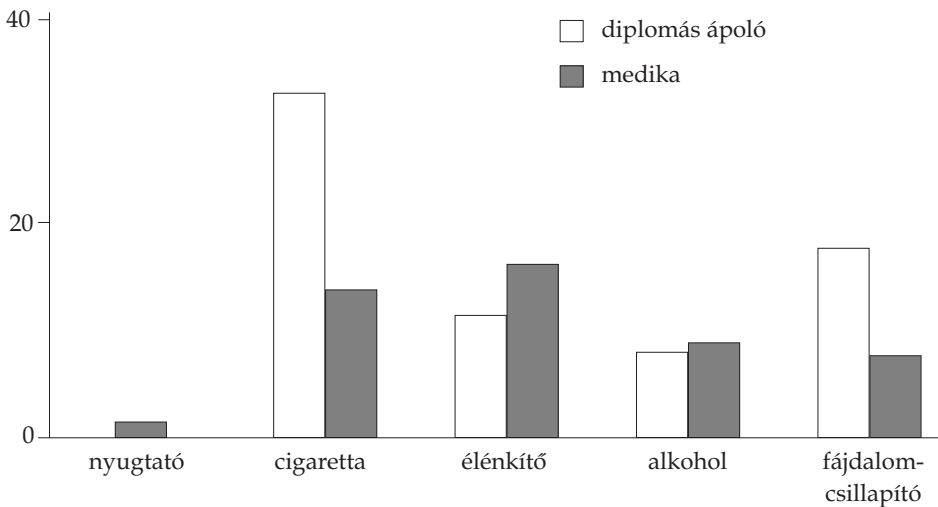
Tünete	Soha	Évente többször	Havonta	Hetente	Naponta
Rossz közérzet	12,6	40,5	31,1	14,2	1,6
Erős fejfájás	31,0	33,7	24,4	8,8	2,1
Tartós álmatlanság	66,8	17,1	9,3	4,1	2,7
Idegesség	5,2	30,7	22,4	30,7	11,0
Kedvetlenség, depresszió	26,4	42,0	22,8	7,3	1,5
Kimerültség	7,7	44,8	29,9	16,5	1,1
Szorongás, félelem	25,4	39,9	18,1	11,9	4,7

Hat változó bevonásával kerestük a választ arra, hogy a hallgatónők az élet mely területén érzelnék stresszhatásokat. Ezek közül – érthető módon – leggyakrabban a tanulást jelezték, szám szerint 77,3%-ban. Az időhiányt a hallgatók 53,6%-a, az anyagi gondot 35,6%-a jelezte. Megközelítőleg minden harmadik válaszoló jelzett párvalasztási problémákat (35,6%), valamint családi konfliktusokat (30,4%). A stressztényezők száma és a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága között összefüggés mutat-

ható ki ($p < 0,001$), vagyis minél több stresszhatást említettek a hallgatók, annál gyakrabban fordultak elő pszichoszomatikus tünetek. Diplomás ápoló hallgatók esetében az évfolyam szerinti helyzet (utolsó vagy utolsó előtti) nem befolyásolta a jövőképet, a stressztényezők számát, illetve a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát.

Felmérésünkben a mindennapos testmozgás előfordulását is vizsgáltuk. A rendszeres szabadidős sporttevékenységet folytatók aránya jóval alacsonyabb volt a diplomás ápoló hallgatók körében ($p < 0,01$), sajnálatos módon 68%-uk havi gyakoriságnál ritkábban vagy egyáltalán nem sportol. Valamivel ugyan jobb a helyzet a medikusok esetében, de kiemelő, hogy megközelítőleg csak egyharmaduk sportol a kívánatos mértékben, 42,8%-uk havonta egyszer vagy annál ritkábban. Igazolható, hogy a sportolás mennyisége és az egészségi állapot önmegítélése között kapcsolat áll fenn, vagyis minél rendszeresebben mozog valaki, annál jobbnak ítélte meg az egészségi állapotát ($p < 0,001$).

Felmértük a legalább heti rendszerességgel egészségkárosító vagy annak minősíthető szert használók számát. Az egészségkárosító szerek bizonyított vagy lehetséges használatát illetően számottevő különbség a dohányzásban és a fájdalomcsillapító-szedésben figyelhető meg (1. ábra). Az ápoló hallgatók nagyobb eséllyel dohányoznak, mint a medikushallgatók (OR: 2,948; 95% CI: 1,449–5,999). A fájdalomcsillapító-szedésben szintén különbség figyelhető meg; hasonlóan a dohányzáshoz, az ápoló hallgatók nagyobb eséllyel szednek fájdalomcsillapítót heti rendszerességgel (OR: 2,378;



1. ábra. Egészségkárosító szerek használata %-ban kifejezve két hallgató csoportban (N = 194)

95% CI: 0,963–5,872). Kutatásunkban erős statisztikai bizonyítékot kaptunk arra vonatkozólag, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás egymást erősítő egészségkárosító szerként jelenik meg ($p < 0,001$).

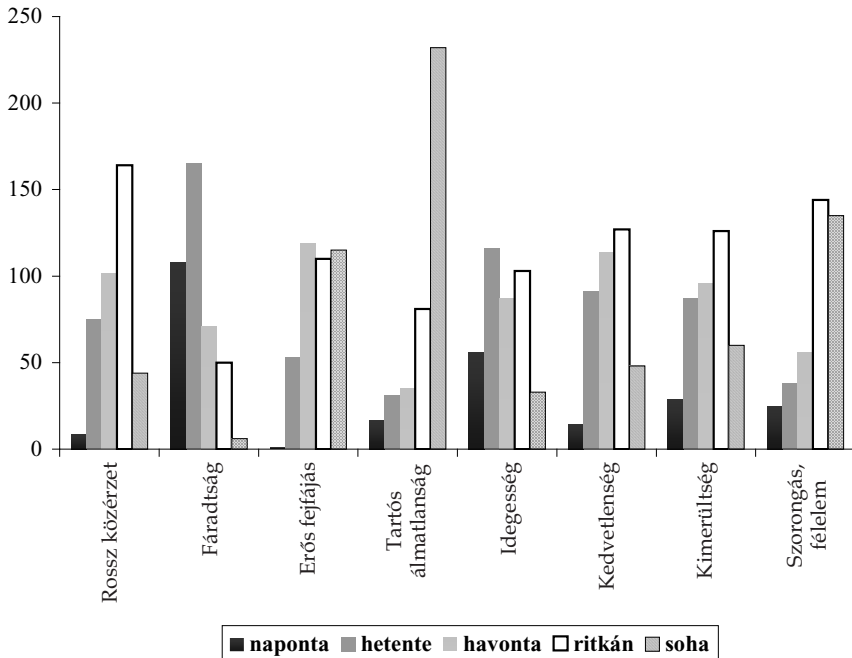
II. Az egészségügyi dolgozók körében készített felmérés eredményei

Orvosnők és diplomás ápolónők között az egészségi állapot szubjektív alapú megítélése között nem találtunk statisztikailag bizonyítható összefüggést. Az ötfokú skálán pozitív (kiváló, jó) minősítést adott saját egészségi állapotára a diplomás ápolónők 62,9%-a, az orvosnők 67,6%-a. Negatív (rossz, nagyon rossz) értéket a teljes minta 4,2% adott. Valamivel rosszabbak a diplomás ápolónők mutatói. Ezt kutatásunk egy másik eredménye is megerősítette, ugyanis megközelítőleg minden ötödik diplomás ápolónő (a válaszadók 22,0%-a) problémaként tartotta számon egészségi állapotát (orvosnők esetében az arány 13,3%). Nem találtunk statisztikai összefüggést a munkahelyi beosztás, a kórházi osztály típusa, valamint az egészségi állapotra adott válaszok között. Az egészségi állapotot az ügyeletek száma, a túlórázás, valamint a mellékállás sem befolyásolta. További elemzéseket végezve arra a megállapításra jutottunk, hogy az egészségi állapot szubjektív értékelését valójában az életkor befolyásolta. Az életkor viszont negatív irányú összefüggést mutatott az ügyeleti munkával, a túlórával, valamint a mellékállással, vagyis a magasabb életkori csoportba tartozó személyek kevesebbet ügyeltek, túlóráztak, és ritkábban láttak el mellékállásokat, ami a szolgálati hierarchiában elfoglalt magasabb pozíció következménye. A családi állapot, a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, valamint a szabadidős mozgás mennyisége egyértelmű kapcsolatban áll a válaszadók egészségi állapotával. A rosszabb egészségi állapotot jelzők között magasabb volt a munkahely és család közötti konfliktusokról ($p < 0,001$), a negatív jövőképről ($p < 0,001$), valamint a partnerrel kapcsolatos problémákról beszámoló aránya ($p < 0,001$). Kevésbé voltak elégedettek életükkel ($p < 0,001$) és szakmai előmenetelükkel ($p < 0,05$).

A kedvező értékelés ellenére a minta 62,1%-a mégis megjelölt legalább egy egészségi problémát, illetve 54,5%-uk pontosan meghatározott fájdalomra panaszkodott. Leggyakoribb problémákat a gyakori fejfájás, az izületi és mozgásszervi betegségek, a gerincbántalmak, illetve a túlsúly okozták. Ezekből következik, hogy a fájdalmak is leggyakrabban mozgásszervi természetűek voltak. A válaszadók 14,6%-ának okozott egészségi problémát a túlsúly. Bár a minta átlag BMI-indexe (23,95) a normál tartományba esett, ennek ellenére 21%-uk a túlsúlyos, 11% az elhízott és 5% a súlyo-

san elhízott kategóriába tartozik. A válaszolók nagyobb hányada egészségesen táplálkozik, rendszeresen reggelizik és naponta többször, kevesebbet étkezik.

A 2. ábra mutatja a dolgozók pszichoszomatikus tüneteinek prevalenciáját. A feldolgozott adatok alapján napi rendszerességgel senki sem küzdött erős fejfájással, heti gyakorisággal azonban 13,3%. A leggyakoribb tünet a fáradtság volt. Fáradtságot minden nap érzett a minta közel egyharmada, 41%-uk hetente, és itt volt a legkisebb a „soha” válaszok aránya. Rossz közérzet, kedvetlenség, kimerültség és idegesség ritkábban jelentkezett (havonként vagy még kevesebb alkalommal). Ugyancsak kedvezőbb a szorongás és félelem prevalenciája, mivel leginkább a „ritkán” (36%) vagy „soha” (34%) válaszok fordultak elő. Legkedvezőbb tünetnek a tartós álmatlanság gyakorisága bizonyult. A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága és a hivatás típusa között nem találtunk statisztikai különbséget. Elengedhetetlen viszont megjegyezni, hogy a diplomás ápolónők életkora szignifikánsan alacsonyabb volt, így fiatalabb életkorukhoz viszonyítva relatíve rosszabbnak kell tekintenünk a tünetek előfordulásának gyakoriságát.



2. ábra. Pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága, a válaszadók számában megadva (N = 398–404)

A válaszadók hétköznapokon átlagosan 6,5 órát, ügyelet nélküli hétvégén közel 8 órát alszanak, 15,2% szinte soha nem ébred pihenten, és csak 12,5% jelezte, hogy mindig pihenten ébred reggelente. Kiemelendő az eredmények közül, hogy hétköznaponként a válaszadók több mint fele 6 órát vagy annál kevesebbet alszik, és több mint 80%-uk hétvégenként sem alszik többet nyolc óránál. A két hivatáscsoport alvásra adott válasza mennyiségileg nem, de minőségileg eltértek egymástól ($p < 0,01$). A diplomás ápolónők kisebb hányadban jelezték, hogy „szinte mindig pihenten ébred”-nek, de válaszaikban a „sohasem ébred pihenten” kategória is ritkábban fordult elő. Orvosnők ezzel szemben sokkal inkább a két szélsőséges kategóriát jelölték meg.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a válaszadók fele vesz részt évente általános szűrővizsgálaton, fogászati szűrésre 64,4% megy el. A nőgyógyászati szűrővizsgálatok kapcsán valamelyest kedvezőbb az arány (68,8%). A 2. táblázat eredményei szerint az általános- és nőgyógyászati

2. táblázat. Összefüggések az egészségmegelőző, egészséget támogató és kikapcsolódást elősegítő magatartásformák, valamint a hivatás típusa között
(N = 409) DÁ = diplomás ápolónő, O = orvosnő; n. s. = nem szignifikáns

Egészségmegelőző és egészséget támogató magatartásformák	Igen (%)		Nem (%)		Összefüggés a hivatással	Ápolónők esélye
	DÁ	O	DÁ	O		
Nőgyógyászati szűrővizsgálatra jár évente	76,5	62,7	23,5	37,3	$p < 0,01$	OR: 1,908 95% CI: 1,237–2,942
Általános szűrővizsgálatra jár évente	59,5	45,4	40,5	54,6	$p < 0,01$	OR: 1,936 95% CI: 1,234–3,036
Tartózkodik az egészségre káros szenvedélyektől	73,5	86,1	23,5	13,9	$p < 0,001$	OR: 0,530 95% CI: 0,297–0,944
Egészségesen táplálkozik	63,5	74,1	36,5	25,9	$p < 0,05$	-
Évente többször elutazik kikapcsolódás céljából	21,0	47,9	79,0	52,1	$p < 0,001$	OR: 0,277 95% CI: 0,169–0,455
Rendszeresen reggelizik	53,5	58,4	46,5	41,6	n.s.	-
Naponta többször, keveset étkezik	53,5	61,8	46,5	38,2	n.s.	-
Évente részt vesz fogászati szűrésen	61,5	68,4	38,5	31,6	n.s.	-

szűrővizsgálatokon a megjelenések száma alacsonyabb orvosnők körében, ugyanakkor mentesebbek az egészségre káros szenvedélyektől, valamint nagyobb eséllyel utaznak el évente többször kikapcsolódás céljából. A fogászati szűrés, valamint a táplálkozási szokások tekintetében statisztikailag szignifikáns különbséget nem találtunk.

Húsz százalék alatt van azok aránya, akik a kívánatos mértékben szabadidős sporttevékenységet folytatnak. A diplomás ápolónők helyzete ebben a tekintetben még kedvezőtlenebb, ugyanis közel 70%-uk egyáltalán nem sportol. Statisztikai bizonyítékot kaptunk arra vonatkozólag, hogy határozott összefüggés van ($p < 0,05$) a hivatás jellege és a testmozgás gyakorisága között.

A dohányzás ($p < 0,05$), kávé- ($p < 0,01$) és alkoholfogyasztás ($p < 0,001$) tekintetében statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozott ápolónők és orvosnők között. Minden ötödik ápolónő és minden tizedik orvosnő napi rendszerességgel dohányzik, a diplomás ápolónők közel 60%-a, az orvosnők több mint 70%-a minden nap kávézik, azonban az alkoholfogyasztásra nem jellemző a napi gyakoriság (másképp az ápolónőknek csak 42,3%-a, az orvosnőknek pedig csak 53,9%-a absztinens). A kikapcsolódási, szabadidő eltöltési formák közül legtöbben baráti összejövetelekre (82,1%), illetve kirándulni (77,4%) járnak, de a kérdezett személyek egy-egyede legalább egyszer moziba és színházba is eljutott a kérdőívek kitöltését megelőző két hónapban. A színház és hangverseny látogatás gyakorisága összefügg a kérdezett hivatásával: orvosnők többen és gyakrabban járnak színházba, illetve hangversenyre, mint a diplomás ápolók ($p < 0,001$).

MEGBESZÉLÉS

Mindkét hallgatói csoport esetében megállapítható, hogy egészségi állapotuk, pszichoszomatikus tüneteik prevalenciája, valamint egészség- és rizikómagatartásuk nem kielégítő, nemük és speciális szaktudásuk ellenére azonban a diplomás ápoló hallgatóknak összességében rosszabb mutatókkal rendelkeztek – ez mindenképpen megkérdőjelezi leendő egészségvédő társadalmi szerepük hatékonyságát. A kutatásokban az egyik leggyakrabban előforduló egészségi állapot indikátor az „egészségi állapot önbecslése” (self-rated health = SRH). Korábbi kutatások eredményei szerint az SRH szoros kapcsolatot mutat az egyébként objektív morbiditási és mortalitási mutatókkal, így fontos jelzőszám a tényleges egészségi állapot tekintetében (Benjamins és mtsai 2004). Mindkét kutatásunkban az SRH értékelésére a WHO által ajánlott ötfokozatú skálát alkalmaztuk. Felmérésünk egészségi önértékeléssel kapcsolatos eredményei lényegében egybe-

estek az elmúlt évtizedben a fiatal női populáció körében végzett vizsgálatok eredményeivel (Kopp és mtsai 1999; OLEF 2000). Megismétlődött a megközelítőleg kétharmados pozitív válasz (kiváló, jó), szemben az egyharmados közepes, valamint határozottan negatív (rossz, nagyon rossz) válaszokkal. Hozzá kell tennünk azonban, hogy az általunk vizsgált populáció viszonylag szűk minta a teljes korosztályon belül, hiszen nem tartalmazza az alacsonyabb képzettségű, alacsonyabb társadalmi státuszú és feltehetőleg rosszabb egészségi állapotú fiatal nőket. Bár összehasonlító adat csak a kontrollcsoporttal kapcsolatban áll rendelkezésünkre, mégis feltételezzük, hogy a diplomás ápoló hallgatónők egészségi állapota rosszabb a felsőoktatási populáció fiataljainak átlagánál. Az egészségi állapottal összefüggésbe hozható pszichoszomatikus tünetek a lekérdezettek fiatal kora (átlag életkor 23 év) ellenére nagy gyakorisággal fordultak elő. Bizonyított, hogy az ápolói pályán ezek a tünetek minőségben és mennyiségben is fokozottabban jelentkeznek a munkába állást követően (Pikó 2001). Az álmatlanság, az idegesség, a depresszió és a szorongás tünetcsoport egyértelmű összefüggést mutatott a jövőtől való félelemmel. Kiemelkedő helyet foglalt el a hallgatói válaszokban a jelenlegi és a jövőben várható stresszfactorok között az időhiány, ami az anyagi gondokat mindkét idősávban megelőzte. Az utóbbi körülmény számunkra is meglepetést jelentett.

A vizsgált kockázati magatartások közül a dohányzás fordult elő leggyakrabban. Kiemeljük, hogy a nem dohányzó hallgatók általában kedvezőbb egészségmegőrző viselkedést mutatnak, illetve kifejezettebb hatást gyakorolhatnak környezetük egészségtudatosabb magatartásának fejlesztésében (Chalmers és mtsai 2002). Többek között ezért is fordult számos nemzetközi kutatás figyelme az ápoló hallgatók dohányzási gyakorisága felé. Nemzetközi irodalmi összefoglalás alapján a dohányzás prevalenciája az ápoló hallgatók körében 17,7% és 46,0% közé tehető (Rowe 2000). A 2000 áprilisában végzett Gallup felmérés szerint Magyarországon a 18–24 éves korú nők 42%-a dohányzott (Magyar Gallup Intézet 2000). Így, bár felmérésünkben a nemzetközi és a hazai vizsgálatok eredményeihez képest alacsonyabb dohányzási gyakoriságot állapítottunk meg, az ápolók speciális egészségvédő szerepe miatt nem lehet a problémát kis jelentőségűnek tekinteni. Megállapítható, hogy a hallgatónők – életkori sajátosságaiknál fogva – már túl vannak a kipróbálás időszakán, vagyis esetükben inkább jellemző a valódi rászakás, illetve a függőség, amely már csak tudatos magatartással, odafigyeléssel eredményezheti a sikeres leszokást. Kifejezetten magas volt a válaszadók körében a fájdalomcsillapítót hetenként szedők aránya, ami érzékeny mutatója lehet a hallgatói körben előforduló pszichés és/vagy szomatikus problémáknak.

Az utóbbi évtizedek kutatásai bizonyították, hogy szoros összefüggés áll fenn a fizikai aktivitás, valamint az egészségi állapot és a morbiditás, valamint a mortalitás között (Nowak 2006). Az egészségmegőrző programokban kulcsfontosságú szerephez jutnak a fizikai aktivitást, mozgást előtérbe helyező jelszavak. Ezen a területen is hangsúlyozott tehát az egészségügyi dolgozók felelőssége, a megfelelő színvonalú tudásanyag átadása és a személyes példamutatás (Miller és Berry 2000). Eredményeink szerint a diplomás ápoló hallgatóknak fizikai aktivitása kifejezetten kedvezőtlen, hiszen közel 60%-ban semmilyen szabadidős sportolási tevékenységet nem folytatnak. Összehasonlítva az Országos Egészségfelmérés (OLEF) 2000-es adataival, rosszabbak az eredményeink, hiszen az OLEF 2000 szerint a 18–30 éves korosztályba tartozó nők 59,3%-a hetente többször, 8,2%-a hetente legalább egyszer sportolt (OLEF 2000). Nyilvánvaló, hogy idővel (a munka és a család okozta leterheltség miatt) egyre csökken a fizikai aktivitás. Sajnos a diplomás ápoló hallgatókat e tekintetben is halmozott hátrányok terhelik.

A hivatás minőségi szintű gyakorlásához, az alapos szakmai felkészültségen túl, elengedhetetlen lenne a hivatást gyakorlók jó fizikai és pszichés állapota. Összehasonlítva eredményünket egy 2003-ban, 15 európai ország bevonásával készített felmérés idevonatkozó magyar adataival, megállapíthatjuk, hogy a kutatásunkban résztvevő orvosok és diplomás ápolónők jobb egészségi állapotot jeleztek (Knesebeck és mtsai 2006). Hasonló eredmény született a „Hungarostudy 2002” elnevezésű országos felmérésben is (Réthelyi 2006). Fontos azonban megjegyeznünk, hogy az említett kutatások mindegyike a 15, illetve 18 év feletti teljes populációt reprezentáló mintában kérdezte meg az SRH-t, ugyanakkor bizonyított tény, hogy a magasabb iskolai végzettségű nők nagyobb eséllyel adnak pozitív minősítést egészségi állapotukra (Knesebeck és mtsai 2006). Nem számítottunk arra, hogy a diplomás ápolónők fiatalabb átlagéletkoruk ellenére rosszabb egészségi állapotot jeleznek, és ebben a tekintetben az egészségi állapottal egyértelműen összefüggésbe hozható pszichoszomatikus tünetek némelyike is nagyobb gyakorisággal fordul elő. Egy korábbi kutatásunkhoz hasonlóan (Molnár és Feith 2000) ismételten megerősítést nyert, hogy nem kielégítő a regenerálódást elősegítő pihentető alvás mennyisége és minősége, miközben bizonyított, hogy a minőségi alvás szoros összefüggést mutat a jó egészségi állapottal (Chen és mtsai 2006).

Meglepő eredmények születtek a szűrővizsgálatok tekintetében. Számos nemzetközi kutatás bizonyította, hogy a nők általában korábban és gyakrabban vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat (Payne 2006), ami egészségi állapot tekintetében a férfiakhoz képest fokozottabb védettséget eredményez. Eredményeink szerint az egészségügyi dolgozók jelentős

hányada neme, speciális szaktudása, kapcsolati tőkéje és a munkavégzést terhelő jogszabályi előírások ellenére sem vesz részt szűrővizsgálatokon. Ebben a tekintetben a diplomás ápolónők esetében kedvezőbb eredmények születtek, hiszen az orvosnők – magasabb átlagéletkoruk ellenére – kisebb eséllyel látogatnak el általános és nőgyógyászati szűrővizsgálatra, erre nyilvánvalóan gyógyító hivatásuk speciális jellege ad magyarázatot, bár ilyen irányú vizsgálatot nem végeztünk.

A kérdezett orvosnők és diplomás ápolónők fizikai aktivitása kifejezetten kedvezőtlen. A „Hungarostudy 2002” országos reprezentatív vizsgálat szerint a rendszeresen sportolók általában jobb életminőségnek örvendenek, alacsonyabb pontszámot adnak a depressziós és vitális kimerültségi skálákon, sőt a fizikai aktivitás már a kialakult depresszió kezelésében is fontos szerepet játszik (Gémes 2006). Korábbi kutatásunk eredményével összevetve megállapítható, hogy mindkét hivatáscsoportban rosszabb a szabadidős sporttevékenységet folytatók aránya (Molnár és Feith 2000). Sajnos, a diplomás ápolónőket e tekintetben is halmozott hátrányok terhelik.

A vizsgált kockázati magatartások közül a dohányzást találtuk a leggyakrabban előforduló változónak. Európai országokban az ápolók dohányzási prevalenciája közel hasonló a teljes női populációhoz (John és Hanke 2003). Felmérésünkben a teljes minta tekintetében a nemzetközi és hazai vizsgálatok (Csoboth 2006) eredményeihez képest is alacsonyabb dohányzási gyakoriságot állapítottunk meg, ez azonban ápolónők körében megegyezik a 18 éven felüli női lakosság dohányzási prevalenciájával. Körükben sem a diploma, sem a speciális egészségi szaktudás nem jelent védőfaktort, emiatt elengedhetetlennek tartjuk ilyen irányú kutatások folytatását. Megállapítható, hogy a vizsgált személyeknél – életkori sajátosságaiknál fogva – már csak tudatos magatartással, odafigyeléssel lehet eredményes a sikeres leszokás. Sajnos a stressz, a hivatást jellemző nagyfokú terhelés mind a leszokás ellen hatnak.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy az egészség mint érték a hallgatók és az egészségügyi dolgozók nagyobb hányadánál a gyakorlati élet szintjén nemük és választott élethivatásuk ellenére nem jelenik meg, így egészségvédő társadalmi szerepük ellátása korlátozott. Felmérésünk problémafeltáró jellegű előtanulmány, és ebben a kutatási irányban elkerülhetetlennek tartjuk a további szociológiai felméréseket.

Irodalom

- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortes, I., Benach, J., Garcia, V. (2004): Combining job and family demands and being healthy. *Eur. J. Public Health*, 14: 43–48.
- Baldwin, P. J., Dodd, M., Wrate, R. M. (1997): Young doctors' health – II. Health and health behaviour. *Soc. Sci. Med.*, 45: 41–44.
- Benjamins, M. R., Hummer, R. A., Eberstein, I. W., Nam, C. B. (2004): Self-reported health and adult mortality risk: an analyses of cause-specific mortality. *Soc. Sci. Med.*, 59: 1297–1306.
- Bergman, B., Ahmad, F., Stewart, D. E. (2003): Physician health stress and gender at a university hospital. *J. Psychosom. Res.*, 54: 171–178.
- Boccoli, E., Federici, A., Trianni, G. L., Melani, A. S. (1997): Changes of smoking habits and beliefs during nurse training: a longitudinal study. *Eur. J. Epidemiol.*, 13: 899–902.
- Bognár T., Kolosai N., Hegedűs K., Pilling J. (2001): „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét!” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Med.*, 11: 154–162.
- Boland, M., Fitzpatrick, P., Scallan, E., Daly, L., Herity, B., Horgan, J., Bourle, G. (2006): Trend sin medical student use of tobacco, alcohol, and drugs in an Irish university, 1973–2002. *Drug Alcohol Depend.*, 85: 123–128.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M. (1999): Job strain and evolution of mental health among nurses. *J. Occupational Health Psychol.*, 4: 95–107.
- Chalmers, K., Seguire, M., Brown, J. (2002): Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J. Adv. Nurs.*, 40: 17–25.
- Chen, M., Wang, E.K., Jeng, Y. (2006): Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviours. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/59>
- Coomber, B., Barriball, K. L. (2007): Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *Int. J. Nurs. Stud.*, 44: 297–314.
- Csboth Cs. (2006): Dohányzás összefüggése az életminőséggel a magyar lakosság körében. In Kopp M., Kovács M.: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 204.
- Durand, M. A., Randhawa, G. (2002): Nurses' views about returning to practise after career break. *Br. J. Nurs.*, 11: 477–485.
- Firth-Cozens, J. (2003): Doctors, their well-being, and their stress. *BMJ*, 326: 670–671.
- Gémes K. (2006): Sport és életminőség. In Kopp M., Kovács M.: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 167–180.
- Gyórfy Zs., Ádám Sz., Csboth Cs., Kopp M. (2005): Az öngyilkossági gondolatok előfordulása és pszichoszociális háttértényezői az orvostársadalomban. *Psychiatr. Hung.*, 20: 370–379.
- Gyórfy Zs., Mészáros E., Ádám Sz., Kopp M. (2004): Az egészségügyben dolgozó nők gyermekvállalással és terhességgel kapcsolatos mutatói országos reprezentatív minta alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5: 321–333.
- Hegedűs K., Mészáros E., Riskó Á. (2004) A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Med.*, 14: 786–793.
- John, U., Hanke, M. (2003): Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur. J. Cancer Prev.*, 12: 235–237.

- Kinnunen, U., Mauno, S. (1998): Antecedents and outcomes of work family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relat.*, 51: 157–177.
- Kipping, C. J. (2000): Stress in mental health nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, 37: 207–218.
- Knesebeck, O., Verde, P. E., Dragano, N. (2006): Education and health in 22 European countries. *Soc. Sci. Med.*, 63: 1344–1351.
- Knudsen, H. K., Ducharme, L. J., Roman, P. M. (2007): Job stress and poor sleep quality: Data from an American sample of full-time workers. *Soc. Sci. Med.*, 64: 1997–2007.
- Kopp M., Csoboth Cs., Purebl Gy. (1999): Egészségmegőrzés – mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők „egész”-sége? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10: 5–15.
- Korkeila, J. A., Töyry, S., Kumpulainen, K., Toivola, J. M., Rasanen, K., Kalimo, R. (2003): Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand. J. Public Health*, 31: 85–91.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Ito, M. (2004): Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int. J. Nurs. Stud.*, 41: 85–97.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A., Groenhouf, F., Guerts, J. J. M. (1997): Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, 349: 1655–1659.
- Magyar Gallup Intézet (2000): Gallup felmérés a dohányzási szokásokról. <http://www.gallup.hu/Gallup/release/dohany2000.htm>
- McGrath, A., Reid, N., Boore, J. (2003): Occupational stress in nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, 40: 555–565.
- Miller, M. G., Berry, D. C. (2000): Health-related physical fitness knowledge of student allied health professions. *Eval. Health Prof.*, 23: 305–317.
- Molnár R., Feith H. (2000): Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Med.*, 10: 810–818.
- Morrison, W. E., Haas, E. C., Shaffner, D. H., Garrett, E. S., Fackler, J. C. (2003): Noise, stress, and annoyance in a paediatric intensive care unit. *Crit. Care Med.*, 31: 113–119.
- Nowak, M. (2006): Factors determining physical fitness self-evaluation and health self-evaluation in physically active women. *New Med.*, 9: 19–25.
- Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2000) <http://www.antsz.hu/oek>
- Payne, S. (2006): *The health of men and women*. Polity Press, Cambridge, 53–64.
- Pikó B. (2001): A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Med.*, 11: 318–325.
- Pikó B., Piczil M. (2000): „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 11: 110–120.
- Pikó B., Barabás K., Markos J. (1996): Health risk behaviour of a medical student population. *J. R. Soc. Promot. Health*, 116: 97–100.
- Réthelyi J. (2006): A középkorú magyar lakosság egészségi állapota és életminősége – A gazdasági aktivitás összefüggése az életminőség csökkenésével. In Kopp M., Kovács M.: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 127–133.
- Roos, E., Lahelma, E., Rahkonen, O. (2006): Work-family conflicts and drinking behaviours among employed women and men. *Drug Alcohol Depend.*, 83: 49–56.
- Rowe, M. C. J. (2000): The incidence of smoking amongst nurses: a review of the literature. *J. Adv. Nurs.*, 31: 1046–1053.
- Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M., Lagerström, M. (2005): Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *Int. J. Nurs. Stud.*, 42: 751–758.

- Stack, S. (2004): Suicide Risk Among Physicians: A Multivariate Analysis. *Arch. Suicide Res.*, 8: 287–292.
- Stewart, D. E., Ahmad, F., Cheung, A. M., Bergman, B., Dell, D. L. (2000): Women physicians and stress. *J. Womens Health*, 9: 185–189.

Köszönetnyilvánítás. Ezúton mondunk köszönetet a felmérésben résztvevő hallgatóknak, orvosnőknek és diplomás ápolónőknek, valamint a felsőfokú tanintézményeknek és a fekvőbeteg-ellátó intézményeknek a kutatás támogatásáért.

FEITH, HELGA JUDIT – KOVÁCSNÉ TÓTH, ÁGNES –
BALÁZS, PÉTER

HEALTH AND HEALTH-RELATED BEHAVIOUR OF FUTURE AND GRADUATED PROFESSIONAL FEMALE NURSES AND DOCTORS

Medical and nursing professions are stressing due to a number of major problems: high work related expectations, inadequate workplace conditions, the severe psychological burden placed on employees by the nature of their job. This study analyses the self-rated general and psychosocial health of female students and professional physicians and nurses related to healthy lifestyle habits and individual behavioural patterns. *Method:* our cross-section research was carried out among female nursing college students (N = 226), female medical students (N = 117), and among professional nurses and female doctors in hospitals (N = 409). *Results:* six out of ten staff members mentioned at least one health problem. To the self-rated health (SRH) of students and professional doctors and nursing staff were strongly related psychosomatic symptoms ($p < 0,001$), pessimistic future expectations ($p < 0,001$), perceived difficulties while maintaining the actual partnership ($p = 0,001$), and physical activity ($p < 0,001$). About 40% (in student surveys 47,0%) said that they did some sports once a week or even more frequently. Smokers were represented with 16,7% (in student surveys 22,9%). *Conclusion:* results obtained suggest that health is not a highly appreciated value among female students and staff members in the Hungarian health care, moreover, their health-related behaviour is at a substandard level. Their roles as a social model in health promotion are rather questionable, for their insufficient health and risk behaviours.

Keywords: female medical and nursing students, professional female doctors and nursing, self-rated health status, health-related behaviour, role conflicts