

Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomások életpályáin

FEITH HELGA JUDIT DR.

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék, Budapest

A gyógyító- és ápolómunka fizikai és pszichés terheit női munkavállalók esetében fokozzák a gyermekvállalás és a családi szerepek ellátásából következő kötelezettségek. *Célkitűzés:* Kutatásunk elsődleges célja az volt, hogy megismerjük és összehasonlítsuk hallgatói és dolgozói szinten a diplomás ápolónők és orvosnők család- és karrierszerep(terv)eit, összefüggésben testi és lelki jóllétükkel, konfliktusaikkal. *Módszer:* Keresztmetszeti, önkitöltős kérdőíves vizsgálatainkat egészségügyi felsőoktatásban tanuló diplomás ápoló- (N=226) és orvostanhallgató-nők (N=117) körében, valamint fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők (N=409) körében készítettük. *Eredmények:* A hallgatónők leendő családi és munkahelyi szerepeiket egyaránt nélkülözhetetlennek tartják. Gyermekszámterveik nem térnek el a magyar populáció hasonló eredményeitől. Diplomás ápolónők és orvosnők számára fontosak a családi és munkahelyi szerepek. A szerepek közötti konfliktusok összefüggésben állnak a karrierrel és életúttal kapcsolatos elégedettségükkel, egészségi állapotukkal, pszichoszomatikus tüneteik prevalenciájával. Megállapítható, hogy egészség- és rizikó-magatartásuk nem kielégítő szintű. *Következtetések:* A leendő és a már magyar egészségügyi viszonyok között dolgozó egészségügyi diplomás nők szerepterveiben, szerepeinek ellátásában számos ponton feszültség figyelhető meg. Sok esetben nem kielégítő a társadalmi szerepeikből adódó kötelezettségek teljesítése. A diplomásápoló-hallgatók és dolgozók hátránya kifejezettebb, ezért fontosnak tartjuk további elemző és összehasonlító vizsgálatok végzését.

Kulcsszavak: orvosnők, diplomás ápolónők, társadalmi szerepek, szerepkonfliktus, Magyarország

Female roles and conflicts in health care professions

The burdens of caring and curing professions are increased in the female workforce by duties becoming a child and serving a family as well. Aim: the objective of our research was to study and compare future and present family and career plans of students and active professionals (nurses and female doctors), related to their physical and mental health and conflicts. Methods: 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: students consider parallel their future family and workplace roles. The number of children planned is the same as in general population, but female medical students would like to have more children than nursing students. Professional nurses and female doctors estimate high both the family and workplace roles. Role conflicts are interrelating with their career and life satisfaction, health condition, and the prevalence of psychosomatic symptoms. Their roles as a social model in health promotion are rather questionable, for their insufficient health and risk behaviors. Conclusions: we can state that there is a considerable tension and contradiction in planned and actual roles of future and present female workforce of Hungary's health care system. In many cases they are unable to fulfill requirements based on their social engagement. Relevant handicaps of nursing college students and female professional nurses are more prevalent, therefore we propose further analytic and comparative research in the future.

Keywords: female doctors, professional nurses, social roles, role-conflict, Hungary

(Beérkezett: 2008. július 2.; elfogadva: 2009. április 23.)

Az elmúlt évtizedekben a nők munkaerő-piaci szerepének térhódítása [1, 2], a kétkeresős családmodell elterjedése, valamint az egyedülálló gyermekes szülők számának növekedése miatt megnőtt a szerepkonfliktussal foglalkozó kutatások száma [3].

Az egészségügyi ágazatban dolgozó nők számára nagy kihívást jelenthet a munkahelyi és otthoni szerepek sikeres összeegyeztetése. A munka és családi szerepek kö-

zötti konfliktus negatív hatással lehet a nők harmonikus családi életére, munkavégzésének minőségére [4], testi és pszichés jóllétére [5, 6], munkával kapcsolatos elégedettségi szintjére [7], alvász problémáira [8], alkoholfogyasztási szokásaikra [9]. Férfiakkal összehasonlítva, bizonyos szakterületeken, intézménytípusokban kisebb a számarányuk, illetve az ott dolgozó nők között magasabb a hajadonok, a gyermektelenek, illetve az egy gyer-

meket szülők száma [10]; körükben gyakrabban fordul elő a részmunkaidős állás vagy annak igénye [11, 12]. Orvosnők esetében bizonyított, hogy más diplomás foglalkozások női munkavállalóihoz képest kevesebb időt töltenek családi szerepeikhez kötött tevékenységekkel [13]. A szerepkonfliktust felerősítheti a házastárs hasonló hivatásválasztása, így például orvos házaspárok esetén legtöbbször a nő kénytelen karrierálmait átmenetileg vagy végleg feladni a családi szerepek miatt [14]. Kutatások szerint az ápolói pályaelhagyás leggyakoribb oka a várandós állapot, illetve az anyaságszerep konfliktusa a munkahelyi szereppel [15], ugyanakkor például Svédországban a rugalmas munkaidő lehetősége, a gyermekgondozásra szakosodott állami és privát szervezetek széles körű hálózata miatt ez kisebb gyakorisággal fordul elő [16].

Általánosságban elmondható, hogy más fejlett nyugati államokhoz képest Magyarország lemaradást mutat a nőkutatások tekintetében. Valójában az 1990-es években, a politikai és gazdasági rendszerváltást követően indultak el nagyobb számban nők társadalmi szerepeit vizsgáló szociológiai felmérések, kutatások [17, 18, 19, 20]. Magyar egészségügyi hivatásokban dolgozó nők családi és munkahelyi szerepeivel kapcsolatban tudomásunk szerint kizárólag orvosnők körében [21, 22, 23, 24] készültek felmérések, azonban diplomás ápolónők, valamint diplomásápoló- és orvostanhallgatók körében egyáltalán nem készült kutatási témánkban átfogó, összehasonlító vizsgálat.

Keresztmetszeti vizsgálataink legfontosabb célkitűzése az volt, hogy megismerjük és összevessük az egészségügyi felsőoktatásban tanuló, valamint fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők társadalmi háttérét, család- és karrierszerep(terv)eit, összefüggésben hivatásképükkel, szakmai és magánéleti elégedettségükkel, egészségi állapotukkal, pszichoszomatikus tüneteikkel, valamint egészség- és rizikó-magatartásukkal.

Módszer

Kvantitatív, önkitöltős kérdőíves szociológiai felmérésünk a felsőfokú egészségügyi képzésben részt vevő hallgatóknak, illetve a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó egészségügyi diplomás nőkre összpontosított.

Nappali tagozatos, 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, összesen 267 hallgatóhoz 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 lekérdezés során önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk. Összesen 253

hallgatóhoz (a teljes célpopulációhoz) juttattuk el a kérdőívet, akik közül 117 fő (46,24%) a kérdések legalább 90%-ára értékelhető választ adott.

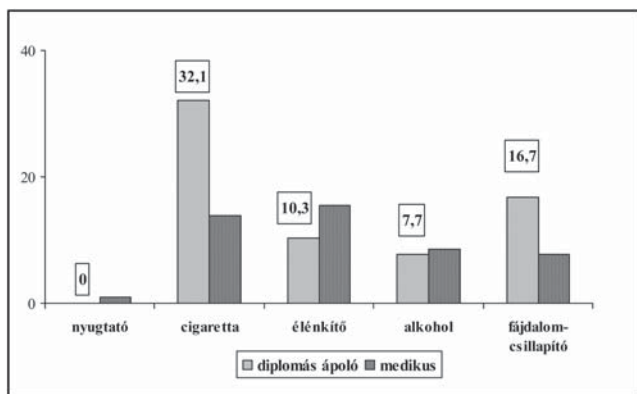
2005-ben rétegzett, kvantitatív szociológiai felmérést készítettünk a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők körében. Az egészségügyi diplomás nők körében végzett felmérésünkben alaposkaságnak a megyei szintű kórházakban, ténylegesen fekvőbeteg-ellátásban dolgozó, magyar diplomás ápolónőket tekintettük. Sajátos társadalmi réteggjellemzők miatt, korábbi hazai kutatások eredményeire hivatkozva [25] 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 kérdőívtervezeteit 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-féle χ^2 -próbat (p<0,05), a hallgatói és dolgozói csoportok összehasonlításánál esélyhányadost (EH, vagy angol rövidítéssel OR = odds ratio) becsültünk, 95%-os konfidenciaintervallum mellett. Többváltozós elemzés-ként a STATA programcsomag segítségével logaritmi-kus regressziót alkalmaztunk, mivel a legtöbb függő változó kategorikus természetű volt.

Eredmények

A diplomásápoló-hallgatók nagyobb hányada középfokú iskolai végzettségű családból származik, a kontrollcsoporthoz képest jóval kisebb esély mutatkozik arra, hogy értelmiségi szülők gyermekei legyenek (apa: OR: 0,197; 95%-os CI: 0,059–0,657; anya: OR: 0,131; 95%-os CI: 0,043–0,397).

Összehasonlítva a két hallgatói csoport felvételi stratégiáját és diplomaszerezést követő pályatervét, megállapíthatjuk, hogy az orvostanhallgatók biztosabbak pályaeorientáció tekintetében (OR: 5,020; 95%-os CI: 2,092–12,043), és nagyobb százalékban (91,5%) tervezik tanult hivatásuk gyakorlását (diplomásápoló-hallgatók esetében ez az arány 78,3%). *Külföldi munkavállalási terveikben* szintén eltérés mutatkozott: diplomásápoló-hallgatóknak a kontrollcsoporthoz viszonyítva közel fele akkora eséllyel tervezik a külföldi munkavállalást. Eredményeink szerint, akinek nincs saját lakása



1. ábra | Egészségkárosító szerek használata százalékban kifejezve a két hallgatói csoportban (N = 194)

– a hallgató egyéb attitűdjait is figyelembe véve – közel másfélszer nagyobb eséllyel tervezi a külföldi munkavállalást, mint a lakással rendelkező. Aki három vagy több gyermeket tervez, csak fele akkora eséllyel tervezi a külföldi munkavállalást, mint az, aki csak egy gyermeket tervez vagy egyet sem. Két gyermeket tervezők közel azonos eséllyel tervezik a külföldi munkát, mint azok, akik csak egy gyermeket terveznek vagy egyet sem.

Összehasonlítva a két hallgatói réteg *családi terveit*, további különbségeket lehet megállapítani. A ténylegesen tervezett gyermekszám tekintetében gyenge ($p=0,091$), míg az ideális esetben vállalt gyermekszám tervek tekintetében erős ($p<0,001$) statisztikai bizonyítékot kaptunk a különbségre. Diplomásápoló-hallgatóknak előzőekben leírt gyermekszám-preferenciái megegyeztek, vagyis legtöbben a két gyermeket jelölték meg. Ezzel szemben az orvostan-hallgatóknak legnagyobb hányada három gyermeket vállalna szívesen, azonban ténylegesen két gyermeket tervez. Az orvostan-hallgatók kevésbé vállalkoznának házasságon kívüli gyermekszülésre, mint az ápolóhallgatók. A gyermekszám-preferenciákban megmutatkozó különbségek ellenére a diplomásápoló-hallgatóknak 3,7-szeres eséllyel tervezik, hogy gyermekükkel három évig otthon maradnak (OR: 3,786; 95%-os CI: 1,814–7,900, $p<0,001$).

Az *anyaság és a karriertervek* tekintetében ($p=0,002$) ugyancsak meghatározó különbség állt fenn. A válaszadók egyaránt fontosnak tartják az anyai és a munkahelyi szerep párhuzamosságát, bármelyik szerep hiányát csak kevesen tudják elképzelni, ugyanakkor a multinomiális regressziós modellben meghatározott esélyhányados-értékek szerint a diplomásápoló-hallgatóknak a kontrollcsoportokhoz viszonyítva 2,4-szer nagyobb eséllyel választják együttesen a karriert és az anyaságot, mint csak az anyaságot, illetve 4,8-szer nagyobb eséllyel csak a karriert, mint csak az anyaságot.

Az *egészségi állapot* szubjektív megítélése tekintetében a kontrollcsoport válaszai statisztikailag szintén megalapozott eltérést mutattak a diplomásápoló-hallgatók válaszaihoz képest ($p=0,055$), az orvostan-hallgatóknak pozitívabb minősítést adtak saját egészségükre. Két

1. táblázat | Statisztikai összefüggések a hivatással kapcsolatos elégedettségi mutatók között

Motivációs tényezők	Hivatás újraválasztása	Hivatás „átörökítése”
Szakmai karrierrel kapcsolatos elégedettség	$p = 0,010$ (N = 399)	$p < 0,001$ (N = 402)
Életúttal kapcsolatos elégedettség	$p < 0,001$ (N = 395)	$p = 0,001$ (N = 398)
Hivatáshoz kötött presztízsérték	$p = 0,003$ (N = 399)	$p = 0,017$ (N = 401)
Munka és családi élet összehangolásának nehézsége	$p = 0,018$ (N = 397)	$p = 0,021$ (N = 400)

pszichoszomatikus tünet további statisztikai különbséget eredményezett a hallgatói válaszokban. Ápolóhallgatók gyakrabban számoltak be napi, heti rendszerességgel jelentkező erős fejfájásról ($p=0,058$), illetve tartós álmatlanságról ($p=0,002$). Az *egészségkárosító szerek* használatát illetően (1. ábra) megállapítható, hogy a diplomásápoló-hallgatók nagyobb eséllyel dohányoznak (OR: 2,948; 95%-os CI: 1,449–5,999) és szednek fájdalomcsillapítót heti rendszerességgel (OR: 2,378; 95%-os CI: 0,963–5,872). A rendszeres szabadidős sporttevékenységgel foglalkozók aránya jóval alacsonyabb volt diplomásápoló-hallgatóknak körében ($p=0,010$), legtöbben (58,3%) havi gyakoriságnál ritkábban vagy egyáltalán nem sportolnak. Valamivel ugyan jobb a helyzet az orvostan-hallgatóknak esetében, de kiemelendő, hogy megközelítőleg csak egyharmaduk sportol a kívánatos mértékben.

Hasonlóan a hallgatói felmérések *szociodemográfiai eredményeikhez*, a szülők iskolai végzettségében statisztikailag alátámasztható különbséget kaptunk ($p<0,001$), hiszen a diplomás ápolónők 91,0%-a, míg az orvosnők 60,3%-a első generációs értelmiségi. Az orvosnők több mint négyötödének partnere felsőfokú végzettségű volt, azonban a diplomás ápolónők csak valamivel több mint egynegyede jelölt meg diplomás partnert, közel egyharmaduk pedig érettségénél alacsonyabb szintet végzett partnerről számolt be ($p<0,001$). Ingatlantulajdon tekintetében szintén erős statisztikai különbséget kaptunk ($p<0,001$), diplomás ápolónők kisebb eséllyel rendelkeznek lakás-, illetve háztulajdonnal (OR: 0,311; 95%-os CI: 0,182–0,529).

Egyértelműen elégedett volt az eddigi *szakmai előrelépésével* a diplomás ápolónők 40,6%-a, az orvosnők 44,0%-a. Megállapítható, hogy a diplomás ápolónők közül kétszer többen kerültek vezető beosztásba, ez azonban mégsem hatott negatív módon az orvosi réteg szakmai előrelépéssel kapcsolatos elégedettségére. Sőt, a diplomás ápolónők sokkal nagyobb hányada fontolgatta, hogy elhagyja a hivatását (66,5%), mint ahogyan azt orvosnők jelezték (49,8%), a különbségre erős statisztikai bizonyítékot kaptunk ($p=0,004$). A hivatással

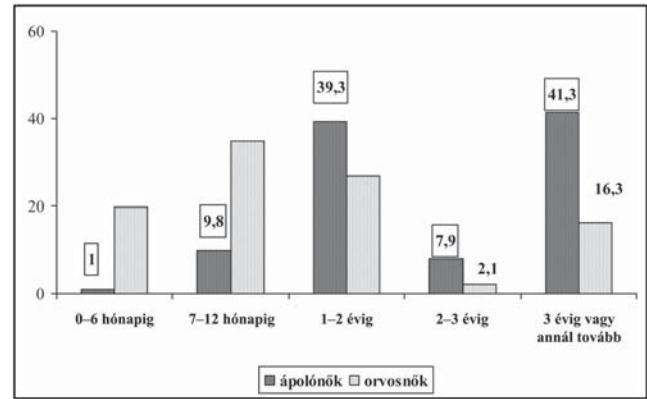
kapcsolatos elégedettség számos más változóval mutatott összefüggést (1. táblázat).

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a diplomás ápolónők kevesebbet túlóráztak, statisztikailag kisebb eséllyel rendelkeztek másodállással (OR: 0,345; 95%-os CI: 0,229–0,519) és vállaltak éjszakai műszakot (OR: 0,377; 95%-os CI: 0,245–0,579). Az elégedettségi mutatókra, valamint a munkaterhet mérő kérdéseinkre (ügyelet, túlóra, mellékállás) kapott válaszok között meglepő módon nem találtunk statisztikai értelemben vett összefüggést.

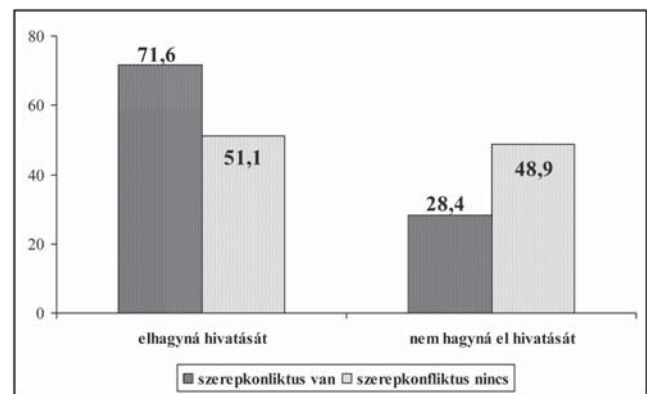
A teljes minta közel egynegyede tervezett *külföldi munkavégzést*, megközelítőleg 10% (vagyis a külföldi munkát tervezők fele) ennek érdekében már előkészületet is tett. A hivatás típusa nem befolyásolta a külföldi munkavállalási terveket ($p=0,315$). Elsőpró hányad (97,9%) a jövedelmi lehetőségek, illetve sokan a nyelvtanulás (84,8%), illetve a szakmai tudás bővítése (76,5%) miatt tervezték így a jövőt. Bár diplomás ápolónők és orvosnők közel azonos arányban terveztek külföldi munkát, mégis a diplomás ápolónők 2,6-szer nagyobb eséllyel tettek már előkészületet (OR: 2,619; 95%-os CI: 1,248–5,496). A motivációk közül a nyelvtanulás ($p=0,066$), valamint a karrierépítés ($p=0,035$) tekintetében tértek el a válaszok, mindkettőt többen jelölték meg a diplomás ápolónők között.

A válaszadók döntő hányada (84,0%) szerint *női szerepkötelezettség* gondoskodni a gyermekekről, miközben közel kétharmaduk szerint a társadalom jobban megbecsüli azokat a nőket, akik az otthoni feladatok ellátásán kívüli munkát végeznek. A válaszadók nagyobb hányada eleve elutasító a kizárólagos háziasszonyi szereppel szemben. Ugyanakkor 43,8% szerint kevesebb lenne a társadalomban a válások száma, ha a nők kizárólag hagyományos társadalmi szerepkötelezettségükkel, a gyermekneveléssel és a háztartás vezetésével foglalkoznának. A válaszadókat a nők társadalmi helyzetével, szerepével kapcsolatos kérdések nagyobb hányadánál nem befolyásolta hivatásuk típusa. A legnagyobb különbséget a családi és munkahelyi konfliktusok megítélésénél észleltük: a diplomás ápolók kisebb eséllyel jelezték, hogy lehetetlen az egészségügyi pályán a család és munka összeegyeztetése (OR: 0,564; 95%-os CI: 0,359–0,887).

A felmérésben részt vevők 69,5%-a egyformán fontosnak tartotta a *családi és munkahelyi szerepeket*, ugyanakkor 25,5%-ban a családi szerepeket, 5,0%-ban viszont a szakmai karriert helyezték előtérbe; a hivatás típusa és a szerepválasztás között statisztikai értelemben nem találtunk összefüggést ($p=0,129$). A válaszolók nagy hányada (hozzávetőleg 90%) negatív véleményt fogalmazott meg a gyermekes lét és a jelenlegi munkavállalás kapcsolatáról. A kapott eredmények értelmében a gyermekesek nehezebben találnak munkát, de ha mégis sikerül, a gyermek(ek) betegsége miatti hiányzás veszélyezteti az állást. A munkáltatók könnyebben bocsátják el a gyermekes vagy szülni szándékozó munkavállalókat, illetve gyás után bizonytalanabb a munkahelyre való visz-



2. ábra | Első gyermekkel otthon töltött gyed-gyes idő, hivatás szerint százalékban kifejezve (N = 243)



3. ábra | Egészségügyi hivatáshoz kötött szerepkonfliktus és pályaelhagyás összefüggései százalékban kifejezve (N = 402)

szatérés. Aki pedig hosszú ideig otthon marad gyermekével, eleve nem számíthat jelentősebb karrierre.

A kutatásba bevont és válaszoló személyek a közel 40 éves átlagéletkor ellenére 37,7%-ban még gyermekelemek voltak. Átlagos 1,76-os *gyermekszám* mellett egyötödüknek egy, egyharmaduknak kettő gyermeke volt, és mindössze 7,1%-uknak volt három vagy több gyermeke. Az ápolónők 41,3%-a, míg az orvosnők csupán 16,3%-a maradt otthon gyermekével három vagy annál több évig (2. ábra). Összehasonlítva a két hivatáscsoport válaszait, erős statisztikai bizonyítékot kaptunk arra, hogy a két hivatáshoz kapcsolódó eltérő szerepek, elvárások befolyásolják az első gyermekkel gyeden, gyesen eltöltött idő mennyiségét ($p<0,001$). A lekérdezés pillanatában a gyermektelen válaszadók 8,4%-a nem tudta megmondani, lesz-e valaha gyermeke, 15% egyértelmű nemi választ adott a kérdésre, és 78,8% tervezte, hogy szülni fog valamikor a jövőben. A válaszadók 66,4%-a tervezte az otthon maradást a gyermek hároméves koráig. Az adatokat elemezve megállapítható, hogy a diplomás ápolónők nagyobb eséllyel tervezték az otthon maradást, mint az orvosnők (OR: 2,762; 95%-os CI: 1,214–6,285).

A *családi és munkahelyi szerepek viszonyát* kifejezett konfliktusként élte meg a válaszolók 27,6%-a, s elutasí-

2. táblázat | Összefüggések az egészségmegelőző, egészséget támogató és kikapcsolódást elősegítő magatartásformák és a hivatás típusa között (N = 409)

Egészségmegelőző és egészséget támogató magatartásformák	Igen (%)		Nem (%)		Összefüggés a hivatással	Ápolónók esélye
	DÁ	O	DÁ	O		
Nőgyógyászati szűrővizsgálatra jár évente	76,5	62,7	23,5	37,3	$p = 0,002$	OR: 1,908 95% CI: 1,237–2,942
Általános szűrővizsgálatra jár évente	59,5	45,4	40,5	54,6	$p = 0,004$	OR: 1,936 95% CI: 1,234–3,036
Rendszeresen jár fodrászhoz	70,5	68,4	29,5	31,6	$p = 0,648$	–
Rendszeresen jár kozmetikushoz	41,5	33,5	58,5	66,5	$p = 0,094$	OR: 1,633 95% CI: 0,974–2,738
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	$p = 0,020$	–
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	$p = 0,321$	–
Naponta többször, keveset étkezik	53,5	61,8	46,5	38,2	$p = 0,092$	–
Évente részt vesz fogászati szűrésen	61,5	68,4	38,5	31,6	$p = 0,142$	–

DÁ = diplomás ápolónő, O = orvosnő

totta ezeknek a társadalmi szerepeknek az összeegyeztethetőségét. A vezető státusz ($p=0,780$), az életkor ($p=0,586$), a családi állapot ($p=0,207$), az éjszakai műszak ($p=0,355$), valamint a mellékállás ($p=0,249$) kérdésekre adott válaszok nem mutattak összefüggést a fenti változóval. Ugyanakkor a túlmunkát végzők esetében összefüggést találtunk ($p=0,038$), vagyis jóval nagyobb arányban jelöltek meg hivatáshoz kapcsolt szerepkonfliktust azok, akik az előírt munkaidőhöz képest négy vagy annál több extra órát dolgoztak hetente munkahelyükön. Azok, akik az otthoni és munkahelyi szerepek ellátása miatt konfliktushelyzetekbe kerültek, kevésbé elégedettek az életükkel, szakmai előrelépésükkel, nagyobb számban éltek meg munkahelyi konfliktusokat, kevésbé érzik úgy, hogy képesek életük irányítására és gyakrabban gondoltak pályaelhagyásra (3. ábra). A feldolgozott adatok szerint lényegesen gyakrabban alakul ki családi konfliktus munkahelyi okokból, mint fordítva (19,4%). Munkahelyi okra visszavezethető családi konfliktusról a teljes minta 44,8%-a számolt be, leggyakrabban az ügyeleti szolgálatot, az időhiányt, valamint a jelentős munkaterheteket említették. Diplomás ápolónők kisebb eséllyel jelöltek meg munkahelyi okra visszavezethető családi konfliktust az orvosnőkhöz képest (OR: 0,524; 95%-os CI: 0,351–0,782).

Az életkor, 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 előmen-

telükkel ($p=0,013$). Megállapítható, hogy az *egészségmegőrző, egészséget támogató magatartásformák* számos esetben nem kielégítő szintűek (2. táblázat). A dohányzás ($p=0,035$), a kávé- ($p=0,004$) és az alkoholfogyasztás ($p<0,001$) tekintetében statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozott az 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 42,3%-a, az orvosnőknek pedig 53,9%-a absztinens).

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy aki a hivatás és a magánélet összeegyeztetésével kapcsolatosan problémát jelzett, nagyobb eséllyel ítélte egészségi állapotát közepesnek vagy annál rosszabbnak, illetve aki a hivatását és a magánéletét össze tudta egyeztetni, annak kisebb valószínűséggel kellett pszichoszomatikus tünetekkel számolnia, mint azoknak, akik nehezen egyeztették össze a hivatásukat a magánéletükkel.

Megbeszélés

A diplomás ápolói hivatást gyakorlók jobbára első generációs értelmiségiek, körükben hiányoznak azok az előnyök, amelyek az értelmiségi családban felnövekvők természetes sajátjai. Ráadásul a diplomás ápolókat külön sújtja hivatásuknak az a jellege, hogy az orvosok, valamint az alacsonyabb iskolai végzettségű ápolók közötti szakmai térben dolgoznak, a gyógyítók paramedikális személyzetnek tekintik őket, és nem különböztetik meg a többi ápolótól. Bizonyított, hogy különösen kórházi ápolók körében a foglalkozási stressz jelenlétének egyik

fő oka a munkavégzés autonómiájának hiánya [7, 26]. Felmérésünkben egyértelműen kiderült, hogy a leendő és a már dolgozó diplomás ápolói réteg – szemben az orvostan-hallgatókkal és orvosokkal – arra számít, hogy hivatásának megbecsültségi szintje, társadalomban elfoglalt helye pozitív irányban változik a jövőben. Véleményünk szerint elengedhetetlen lenne, hogy az ápolói hivatást magas szinten művelők visszakaphassák munkájuk történelmi gyökerekre visszavezethető autonómiáját. Ebben a folyamatban nagy felelősség terheli a felsőoktatási intézményeket és az ott oktató tanárokat, hiszen ők képzik az ápolói hivatás leendő vezetőit.

Eredményeink szerint a hallgatók és a már dolgozó egészségügyi diplomás nők egyszerre kívánnak megfelelni a (majdani) családanyai szerepből fakadó, valamint a munkahely felől érkező elvárásoknak, vagyis többségük-nél egyik társadalmi szerep sem jelenik meg kizárólagosan. A diplomás ápolónők pályájuk elején számos nehézséggel néznek szembe. El kell fogadtatniuk diplomás státusukat a középfokú végzettséggel rendelkező ápolókkal, valamint az orvosokkal, és meg kell küzdeniük a tapasztalatlanságuk miatt kapott kemény kritikákkal. A rugalmatlan és gyakran megterhelő munkaidő-beosztás miatt kevés idő jut az aktív kikapcsolódásra, az egészségi állapot megóvására. Mindezeket túl a hivatás gyakorlati elsajátítása, a karrier építése, a szakmai tudás elmélyítése egybeesik a családalapítás időszakával, vagyis a saját otthon megteremtésével, a párválasztással, a gyermekvállalással, ami a munka és család között is konfliktust eredményezhet. A reprodukciós korban levő nők, amennyiben úgy érzik, hogy gyermek(ek) mellett nehezebben tudnak elhelyezkedni, munkahelyi hátrányokat szenvednek el, belső késztetésükkel, igényükkel szemben korlátozzák reprodukciós lehetőségeiket, ezzel azonban frusztrációt okoznak önmaguknak és környezetüknek. A reprodukciós funkció korlátozásának stratégiájával szemben, a társadalmi szerepek konfliktusai miatt, valamint az egészségügyi dolgozók munkáját jellemző speciális fizikai és pszichés többletterhek kompenzálása következtében, elengedhetetlen lenne az egészségügyben dolgozó nők esetén a 4–6 órás részmunkaidős foglalkoztatás állami eszközökkel történő fokozott támogatása. Számos kutatás megerősítette, hogy a lakosság, illetve az egészségügyi dolgozók nagyobb hányada ebben látná a keresőtevékenység és gyermekvállalás összeegyeztetésének garanciáját [27, 28, 29].

Mind a tradicionális, mind a modern társadalmakban, a nők kitüntetett helyet foglaltak el a betegségek kialakulásának megelőzésében, az egészséges állapot minél hosszabb idejű fenntartásában. Hagyományos szerepük miatt mindig is törekedtek az életképesebb, egészségesebb utódok világra hozására, gyermekük megfelelő gondozására, egészségtudatos magatartásának kialakítására, egészséges életmódra nevelésére, valamint partnerük egészségmegőrzésére. Megkettőződik a felelősség, ha a nő nem kizárólag anyaként, társaként, hanem egészségügyi dolgozóként, élethivatásszerűen dolgozik a gyó-

gyítás, az ápolás és az egészségmegőrzés területén. Köztudott, hogy az egészségfejlesztő munkában kétfajta nevelés különíthető el egymástól: egyrészt a tudatosan felvállalt nevelés, amelynek során az egészségmegőrzés folyamatában nyíltan jelenik meg az egészségnevelő szándék, másrészt a nem tudatos, úgynevezett latens hatás, amelynek körülményei között a nők anyaként, társaként vagy éppen egészségügyi hivatás gyakorlójaként a saját viselkedésükkel mutatnak példát a környezetüknek. Az egészségnevelő szerep gyakorlásához elengedhetetlenül szükséges megfelelő ismeret- és tudásszinttel rendelkezni. Korábbi kutatások bizonyították, hogy az egészségügyi főiskolai hallgatók többségének egészségfogalma közelít a biopszichoszociális szemlélethez [30], vagyis a legkorszerűbb egészségfogalmat alkalmazzák. Más vizsgálatok azt is megerősítették, hogy általában véve az egészségügyi dolgozók megfelelő szintű egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudásanyaggal rendelkeznek [31]. Ugyanakkor kiemelten fontos a tudást átadó személy hitelessége is, tehát a saját egészségéhez való viszonya, hiszen az egészségügyben dolgozók szerepmodellként jelennek meg a laikusok számára. Az egészségügyi dolgozó személyes tanácsadása [32, 33] és ezzel együtt megfelelő egészségtudatos magatartása jóval nagyobb hatékonyságú, mint bármilyen más egészségmegelőző módszer. Sajnálatos módon mindkét felmérésünk azt bizonyította, hogy nem megfelelő a hallgatók és dolgozók saját egészségükhöz való viszonya, így a minden tekintetben hatékony egészségvédő társadalmi szerep ellátása korlátozott. Eredményeink szerint az egészség mint érték a hallgatók és az egészségügyi dolgozók körében a gyakorlati élet szintjén nem jelenik meg.

Lényeges feladatnak tekintenénk a jövőben a hallgatók felkészítését az egészségtudatosabb magatartásra és életmódra, ennek azonban nem az elméleti, biomedicinális tudásanyag további elmélyítésében kell megjelennie, hanem az ápolói, illetve orvosszereppel és a majdani családi szerepekkel kapcsolatos azonosulás előkészítésében. Fontos lenne a pályaszocializáció, életvezetés, konfliktuskezelés kérdéseinek és megoldásainak hangsúlyozása az egészségügyi felsőoktatási képzésben, hiszen ezek ismeretében a leendő egészségügyi dolgozók a pályára lépve felkészültebben szembesülnének a nemükből és választott hivatásukból adódó nehézségekkel. Kiemelt jelentőségűnek tartanánk további kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok készítését, és ezek eredményeire alapozva hatékony és a nehézségeket is számításba vevő egészségfejlesztési stratégia kidolgozását, amely hosszabb távon elvezet az újabb nemzedékek egészségtudatosabb magatartásához. Elengedhetetlennek tartjuk az egészségügyi dolgozók körében a munkavégzési körülmények, valamint a mindkét hivatást terhelő nehézségek (amelyek súlyos mentális és fizikális problémákat okozhatnak) következtében fellépő stressz megelőzését, és szükségesnek tartjuk kezdeményezni a stressz leküzdését, illetve csökkentését elősegítő preventív és terápiás eljárások bevezetését.

Felmérésünk problémafeltáró jellegű előtanulmány, és ebben a kutatási irányban elkerülhetetlennek tartjuk a további szociológiai felméréseket.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék hálás köszönetet mondani témavezetőmnek, dr. Balázs Péter professzor úrnak a doktori munkámban nyújtott emberi és szakmai támogatásáért.

Irodalom

- [1] Cotter, D. A., Hermsen, J. M., Vanneman, R.: Women's work and working women. The demand for female labor. *Gender & Society* 2001, 15, 429–452.
- [2] Klumb, P. L., Lampert, T.: Women, work and well-being 1950–2000: a review and methodological critique. *Soc. Sci. Med.*, 2004, 58, 1007–1024.
- [3] Byron, K.: A meta-analytic review of work – family conflict and its antecedents. *J. Voc. Behav.*, 2005, 67, 169–198.
- [4] Kinnunen, U., Mauno, S.: Antecedents and outcomes of work family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relat.*, 1998, 51, 157–177.
- [5] Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C. és mtsai: Combining job and family demands and being healthy. *Eur. J. Public Health.*, 2004, 14, 43–48.
- [6] Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M.: Job strain and evolution of mental health among nurses. *J. Occupational. Health Psychol.*, 1999, 4, 95–107.
- [7] Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., van Merode, G. G.: Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *Int. J. Stress Manag.*, 2002, 9, 183–206.
- [8] Knudsen, H. K., Ducharme, L. J., Roman, P. M.: Job stress and poor sleep quality: Data from an American sample of full-time workers. *Soc. Sci. Med.*, 2007, 64, 1997–2007.
- [9] Roos, E., Labelma, E., Rahkonen, O.: Work-family conflicts and drinking behaviours among employed women and men. *Drug Alcohol. Depend.*, 2006, 83, 49–56.
- [10] ACC Committee Report: The ACC professional life survey: career decisions of women and men in cardiology. *JACC*, 1998, 32, 827–835.
- [11] Gjerberg, E.: Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc. Sci. Med.*, 2002, 54, 591–605.
- [12] Barnett, R. C., Garcis, K. C.: Reduced-hours job-role quality and life satisfaction among married women physicians with children. *Psychol. Women. Q.*, 2000, 24, 358–364.
- [13] Frank, E., Harvey, L., Elon, L.: Family responsibilities and domestic activities of US women physicians. *Arch. Fam. Med.*, 2000, 9, 134–140.
- [14] Sobecks, N. W., Jusitice, A. C., Hinze, S. és mtsai: When doctors marry doctors: a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann. Intern. Med.*, 1999, 130, 312–319.
- [15] Durand, M. A., Randhawa, G.: Nurses' views about returning to practise after career break. *Br. J. Nurs.*, 2002, 11, 477–485.
- [16] Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M. és mtsai: Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2005, 42, 751–758.
- [17] Lévai K., Tóth Gy. (szerk.): Szerepváltozások – Jelentés a nők helyzetéről, 1997. TÁRKI-MM, Budapest, 1997.
- [18] Pongrácz T.-né, Tóth I. (szerk.): Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 1999. TÁRKI-SzCsM, Budapest, 1999.
- [19] Nagy I., Pongrácz T.-né, Tóth I. (szerk.): Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2001. TÁRKI-SzCsM, Budapest, 2001.
- [20] Nagy I., Pongrácz T.-né, Tóth I. (szerk.): Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2005. TÁRKI-ISzECsM, Budapest, 2005.
- [21] Molnár L., Katona G.: Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról, 3. rész. *Lege Artis Med.*, 1991, 1, 966–970.
- [22] Molnár R., Feith H.: Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Med.*, 2000, 10, 810–818.
- [23] Gyórfy Zs., Ádám Sz.: Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Med.*, 2003, 13, 159–164.
- [24] Gyórfy Zs., Ádám Sz.: Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. Szerepkonfliktus és az egészségi állapot alakulása orvosnők körében. *Mentálhig. Pszichoszomat.*, 2004, 5, 27–53.
- [25] Bánlaky P., Kérész Gy.-né., Solymosi Zs.: Orvosok Magyarországon. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1981.
- [26] McGrath, A., Reid, N., Boore, J.: Occupational stress in nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2003, 40, 555–565.
- [27] Pongrácz T.-né: A család és a munka szerepe a nők életében. In Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2001. Szerk.: Nagy I., Pongrácz T.-né, Tóth I. TÁRKI-SzCsM, Budapest, 2001, 30–45.
- [28] Heiligers, P. J. M., Hingstman, L.: Career preferences and the work-family balance in medicine. Gender differences among medical specialists. *Soc. Sci. Med.*, 2000, 50, 1235–1246.
- [29] de Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P. P. és mtsai: Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy*, 2006, 78, 235–248.
- [30] Molnár E.: Ápolók egészségi állapota – 2001. *Nővér*, 2002, 15, 4–13.
- [31] Paulik E., Molnár R., Müller A.: Az egészségügyi felsőoktatásban tanulóknak véleménye az egészségről és a betegségről. *Lege Artis Med.*, 2003, 13, 246–249.
- [32] Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M. és mtsai: Screening for problem drinking and counselling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 1996, 20, 1443–1450.
- [33] Steptoe, A., Doberty, S., Rink, E. és mtsai: Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *Br. Med. J.*, 1999, 319, 943–948.

(Feith Helga Judit dr.,
Budapest, Vas utca 17., 1088
e-mail: feith@sc-etk.hu)