

# Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomás életpályákon

Doktori tézisek

**Dr. Feith Helga Judit**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balázs Péter főiskolai tanár, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Lampek Kinga főiskolai tanár, Ph.D.

Dr. Vingender István főiskolai docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Forgács Iván egyetemi tanár, Ph.D.

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Barabás Katalin egyetemi docens, Ph.D.

Dr. Czinner Antal egyetemi tanár, Ph.D.

Budapest  
2007.

## BEVEZETÉS

Évezredekken keresztül merev társadalmi szokások és szabályok zárták körbe és határozták meg a nők által teljesítendő társadalmi szerepeket. A XIX-XX. századi társadalmak munkaszervezetében megjelenő nagyszámú női munkaerő alapjaiban rendezte át a családi és szociális struktúrákat. A nők munkavégzése sajátos fejlődési szakaszokon ment keresztül az elmúlt száz évben, kezdetben az otthonról eltávolodva, a tömeges és alacsony szakmai szintű munkák elvállalásától az egyre nagyobb számban határozott karrierigényekkel fellépő diplomás nők megjelenéséig. Míg a felsőfokú diplomával rendelkező és karrierépítő nők száma jelentősen növekedett, változatlanul a nők viselik a házasság és gyermeknevelés terheinek túlnyomó részét. A karrier és családi szerepek egyidejű ellátásából eredő feszültségek szerepkonfliktushoz vezethetnek, a gyógyító és ápolói munka egyébként is meglévő fizikai és pszichés terheit továbbnövelve.

Doktori értekezésemben (1) szakirodalmi összefoglalást adtam a nők társadalmi szerepeinek változásáról; (2) történelmi, demográfiai, statisztikai és szociológiai szemszögből elemeztem diplomás ápolónők és orvosnők társadalmi helyzetének változását, társadalmi szerepeit, konfliktusait; (3) kvantitatív kutatásaink eredményeinek segítségével feltártam a különbségeket hallgatói és dolgozói szinten, diplomás ápolónők és orvosnők családi- és munkahelyi szerepeiben, szerepterveiben, összefüggésben szociális háttérükkel, elégedettségi mutatóikkal, konfliktusaikkal, egészségi állapotukkal.

## CÉLKITŰZÉSEK

Keresztmetszeti vizsgálataink legfontosabb célkitűzései:

- Elemezni a diplomás ápolói, valamint az orvosi hivatást választók társadalmi háttérében megmutatkozó különbségeket.
- Megismerni és összehasonlítani diplomás ápoló- és orvostanhallgatóknak jövőbeni terveit.
- Megvizsgálni a hallgatók és dolgozók testi és pszichés jóllétében, valamint egészség- és rizikómagatartásában megmutatkozó azonosságokat és különbségeket.
- Feltárni az egészségügyi dolgozók hivatással kapcsolatos értékítéleteit, karrier- és életút elégedettségét.
- Megismerni és összehasonlítani diplomás ápolónők és orvosnők családi és munkahelyi problémáit, a két társadalmi szerepkötelezettség okozta konfliktus előfordulásának gyakoriságát.
- Elemezni a szerepkonfliktust jelző válaszok és az egészségi állapotra, pszichoszomatikus tünetekre adott válaszok közötti összefüggéseket.

## **MÓDSZEREK**

Kvantitatív szociológiai felmérésünk a felsőfokú egészségügyi képzésben résztvevő hallgatóknak, illetve a fekvőbeteg ellátásban dolgozó egészségügyi diplomás nőkre összpontosított.

*Diplomás ápoló hallgatóknak felmérése.* Nappali tagozaton, harmadik és negyedik évfolyamok teljes körű, országos lekérdezése 2003. november-december hónapokban történt, az összes magyarországi egészségügyi főiskolai kar bevonásával. A lekérdezés során önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk. A teljes női populációhoz, összesen 267 hallgatóhoz juttattuk el a kérdőívet, akik közül 226 fő (84,64%) adott értékelhető választ.

*Kontrollcsoport – orvostanhallgatóknak felmérése.* A kutatás második 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

*Diplomás ápolónők és orvosnők felmérése.* 2005-ben, rétegzett, kvantitatív szociológiai felmérést készítettünk a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők körében. Öt vidéki megyei kórház került a végleges mintába: Győr, Zalaegerszeg, Gyula, Eger és Salgótarján. Budapest egy nem klinikai fekvőbeteg-ellátó intézményét azért vontunk be kutatásunkba, hogy a főváros mellőzéséből esetleg bekövetkező torzítást elkerülhessük. A lekérdezett populációba - 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 adott értékelhető választ a kérdőívünkre.

Jelen szociológiai felméréseink kérdőívtervezeteit próbainterjúkon teszteltük, elvégeztük a reliabilitási 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  $\chi^2$  próbát ( $p < 0,05$ ), a hallgatói és dolgozói csoportok összehasonlításánál esélyhányadost (EH, vagy angol rövidítéssel az *odds ratio*-ból OR) becsültünk, 95%-os konfidencia intervallum mellett. Többváltozós elemzésként a STATA programcsomag segítségével logaritmikus regressziót alkalmaztunk, mivel a legtöbb függő változó kategorikus változó volt.

## **EREDMÉNYEK**

- *Hallgatói kutatások eredményei*

A diplomás ápoló hallgatók *szociodemográfiai jellemzői* számos esetben statisztikailag szignifikáns különbséget adtak a kontrollcsoport jellemzőihez képest. Megállapítható, hogy jóval kisebb az esélye annak, hogy az ápolóhallgatók értelmiségi szülőktől származzanak (apa - OR: 0,197; 95%CI: 0,059-0,657; anya - OR: 0,131; 95%CI: 0,043-0,397). Statisztikai különbséget kaptunk a két hallgatói minta között a családi állapot tekintetében ( $p=0,058$ ), a diplomás ápolóhallgatók kisebb arányban éltek házasságban, illetve élettársi kapcsolatban.

Összehasonlítva a két hallgatói csoport felvételi stratégiáját, megállapíthatjuk, hogy az orvostanhallgatók jóval biztosabbak *pályaorientáció* tekintetében (OR: 5,020; 95%CI: 2,092-12,043). A vizsgálatban résztvevők döntő hányada tanult hivatásában kíván elhelyezkedni. A pályaszocializáció sikeréről beszámoló diplomás ápoló hallgatók közel hétszeres eséllyel választják végzést követően a diplomás ápoló hivatást (OR: 6,923; 95%CI: 3,320-14,435). Mindkét hallgatói réteg kifejezetten alacsony *presztízs* pontokat adott tanult hivatásának, a orvosok azonban mindegyik presztízs-skálán valamivel magasabban értékelték. Jövőbeni presztízs fokozódást inkább ápoló hallgatók jósoltak (OR: 3,615; 95%CI: 1,764-7,408), az orvostanhallgatók ebben a tekintetben jóval pesszimistábbak voltak.

Az orvostanhallgatók és az ápoló hallgatók *külföldi munkavállalási tervezése* között különbség áll fenn. A külföldi munkavállalási attitűdöket regressziós modellel hasonlítottuk össze. Ha a számított modellben meghatározzuk a változó együttthatójának anti-logaritmusát, vagyis az esélyhányadost, akkor a következőt állapíthatjuk meg: a diplomás ápolónő hallgatók a kontrollcsoporthoz viszonyítva közel fele akkora eséllyel tervezik a külföldi munkavállalást (OR=0,53). Eredményeink szerint akinek nincs saját lakása – figyelembe véve a hallgató egyéb attitűdjeit – közel másfélszer nagyobb eséllyel (OR=1,45) tervezi a külföldi munkavállalást, mint a

lakással rendelkező. Aki 3 vagy több gyermeket tervez, csak fele akkora eséllyel (OR=0,54) tervezi a külföldi munkavállalást, mint az, aki nem vagy csak egy gyermeket tervez. A két gyermeket tervezők közel azonos eséllyel (OR=1,08) tervezik a külföldi munkát, mint azok, akik nem vagy csak egy gyermeket terveznek.

Összehasonlítva a két hallgatói réteg *családi terveit*, számos különbség írható le. 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. Diplomás ápoló hallgatóknak előzőekben leírt gyermekszám preferenciái megegyeztek, vagyis legtöbben a két gyermeket jelölték meg. Ezzel szemben az orvostanhallgatóknak legnagyobb hányada három gyermeket vállalna szívesen, azonban ténylegesen két gyermeket tervez. Az orvostanhallgatók kevésbé vállalkoznának házasságon kívüli gyermekszülésre, mint az ápoló hallgatók. A gyermekszám preferenciákban megmutató különbségek ellenére a diplomás ápoló hallgatóknak 3,7-szeres eséllyel tervezik, hogy gyermekükkel három évig otthon maradnak (OR: 3,786; 95%CI: 1,814-7,900,  $p<0,001$ ).

Az *anyaság és a karrier tervek* tekintetében ( $p=0,002$ ) ugyancsak meghatározó különbség áll fenn. Megállapítható az eredmények alapján, hogy az orvostanhallgatók nagyobb százalékban választanák a „csak anyaság” szerepet. Az anyasági és karrier terveket multinomiális regressziós modellel vizsgáltuk. Ha a számított modellben meghatározzuk az esélyhányadosokat, a következő lesz az eredmény: diplomás ápolónő hallgatók a kontrollcsoportokhoz viszonyítva 2,4-szer nagyobb eséllyel választják együttesen a karriert és az anyaságot, mint csak az anyaságot, illetve 4,8-szor nagyobb eséllyel csak a karriert, mint csak az anyaságot.

*Egészségi állapot* szubjektív megítélése tekintetében a kontrollcsoport válaszai statisztikailag megalapozott eltérést

mutattak a diplomás ápoló hallgatók válaszaikhoz képest, ( $p=0,055$ ) a orvosok pozitívabb minősítést adtak saját egészségükre. Két *pszichoszomatikus tünet* mutatott statisztikai különbséget a hallgatói válaszokban. Ápoló hallgatók gyakrabban számoltak be napi, heti rendszerességgel rendelkező erős fejfájásról ( $p=0,058$ ), illetve tartós álmatlanságról ( $p=0,002$ ). Az *egészségkárosító szerek* használatát illetően megállapítható, hogy a diplomás ápoló hallgatók nagyobb eséllyel dohányoznak (OR: 2,948; 95%CI: 1,449-5,999) és nagyobb eséllyel szednek fájdalomcsillapítót heti rendszerességgel (OR: 2,378; 95%CI: 0,963-5,872). A rendszeres szabadidős sport tevékenységgel foglalkozók aránya jóval alacsonyabb volt diplomás ápoló hallgatók körében ( $p=0,010$ ). Legtöbbször havi gyakoriságnál ritkábban vagy egyáltalán nem sportolnak. Valamivel ugyan jobb a helyzet a orvosok esetében, de kiemelendő, hogy megközelítőleg csak egyharmaduk sportol a kívánatos mértékben.

#### • *Dolgozói kutatás eredményei*

Hasonlóan a hallgatói felmérések *szociodemográfiai eredményeihez*, diplomás ápolónők és orvosnők között - számtalan változó elemzésekor - meghatározó különbséget tapasztaltunk. A legtöbb diplomás ápolónő (47,5%) és orvosnő (68,4%) férjhez volt a felméréskor, de családi állapot tekintetében statisztikai különbséget kaptunk a két csoport között ( $p<0,001$ ). Sokkal több hajadon diplomás ápolónő volt, mint orvosnő, ami nyilvánvalóan az életkori megoszlás különbségeire vezethető vissza. Legtöbbjük szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett szülőktől származik, a felsőfokú végzettségű szülők aránya 10% alatt volt. Az orvosnők nagyobbik hányada felsőfokú végzettségű apától és közép- vagy felsőfokú iskolai végzettségű anyától származik. A különbség statisztikailag itt is releváns ( $p<0,001$ ). Lényegesen eltért a kérdezettek partnerének iskolai végzettségi szintje, a

különbség statisztikailag szignifikáns ( $p<0,001$ ). Az orvosnők több mint négyötödének partnere felsőfokú végzettségű volt, mindössze 2,8%-ban fordult elő érettségivel alacsonyabb iskolai végzettségű férj, azonban a diplomás ápolónők csak valamivel több, mint egynegyede jelölt meg diplomás partnert, közel egyharmaduk pedig érettségivel alacsonyabb szintet végzett partnerről számolt be. Ingatlan tulajdon tekintetében szintén erős statisztikai különbséget kaptunk ( $p<0,001$ ), diplomás ápolónők kisebb eséllyel rendelkeznek lakás-, illetve háztulajdonnal (OR: 0,311; 95%CI: 0,182-,0529).

Megállapítható, hogy a diplomás ápolónők és orvosnők döntő hányada alacsony *presztízsű* pályának ítélte hivatását. Statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között ( $p=0,010$ ), a diplomás ápolónők 97,4%-a, míg az orvosnők 88,0%-a minősítette hivatását közepes vagy alacsony presztízsűnek. A hivatás-presztízsre adott negatív válaszok összefüggést mutattak a saját életúttal ( $p<0,001$ ) és szakmai karrierrel ( $p<0,001$ ) kapcsolatban megfogalmazott kritikákkal, a negatív jövőképpel ( $p<0,001$ ), a pályaelhagyási tervekkel ( $p<0,001$ ), a rosszabb egészségi állapottal ( $p<0,001$ ) és pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságaival ( $p<0,001$ ).

Egyértelműen elégedett volt az eddigi *szakmai előrelépésével* a diplomás ápolónők 40,6%-a, az orvosnők 44,0%-a. A szakmai karrierrel és az életúttal kapcsolatos elégedettség között statisztikai összefüggést ( $p<0,001$ ) állapítottunk meg. Megállapítható, hogy a diplomás ápolónők közül kétszer többen kerültek vezető beosztásba, ez azonban mégsem hatott negatív módon az orvosi réteg szakmai előrelépésével 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 ( $p=0,004$ ). Az elégedettséget a hivatás speciális jellegéből adódó nehézségek is befolyásolhatják, jellemzően az *ügyeleti munka*,

illetve a *három műszakos beosztás*, a magasabb munkaterhek (*túlórázás, mellékállás*), valamint a munka és a családi feladatok ellátásából eredő szerepek közötti feszültségek, szerepkonfliktusok. A válaszadók kétharmada rendszeresen látott el ügyeleti munkát, a hétköznapi ügyeletek száma átlagosan 4,17 nap/hónap, a hétvégi ügyeleti napok átlaga 2,24 nap/hónap volt. A minta 19,9%-a nem végzett túlórát, ugyanakkor minden negyedik válaszadó heti szinten legalább 8 órát dolgozott többlet munkaidőben. Mellékállással a válaszadók 43,1%-a rendelkezett. Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a diplomás ápolónők kevesebbet túlóráztak, statisztikailag kisebb eséllyel rendelkeztek másodállással (OR: 0,345; 95%CI: 0,229-0,519) és vállaltak éjszakai műszakot (OR: 0,377; 95%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 ( $p=0,315$ ). Elsőprő hányad (97,9%) a jövedelmi lehetőségek, illetve sokan a nyelvtanulás (84,8%), illetve a szakmai tudás bővítése (76,5%) miatt tervezték így a jövőt. Legkevésbé a párválasztás motiválta a kérdezetteket. Bár diplomás ápolónők és orvosnők közel azonos arányban terveztek külföldi munkát, mégis diplomás ápolónők 2,6-szor nagyobb eséllyel tettek már előkészületet (OR: 2,619; 95%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%CI: 0,359-0,887).

A felmérésben résztvevők 69,5%-a egyformán fontosnak tartotta a *családi és munkahelyi szerepeket*, ugyanakkor a kérdezettek 25,5%-a a családi szerepeket, 5,0%-a viszont a szakmai karriert helyezte előtérbe. Bár némiképpen több diplomás ápoló (73,8%) jelezte, hogy számára mindkét szerep egyaránt fontos és több orvosnő jelölte meg kizárólagosan a családi szerepeket (29,8%), ennek ellenére a hivatás típusa és a szerepválasztás között statisztikai értelemben nem találtunk összefüggést ( $p=0,129$ ). A válaszadók 85,6%-a úgy vélte, hogy egy nőnek nem lehet teljes az élete gyermek(ek) nélkül. A kérdezettek hivatása a válaszokat nem befolyásolta. A vizsgált személyek 36,8%-a szerint akkor sem szabad lemondani egy nőnek az anyaságról, ha egyedülálló. Ugyanakkor a kérdőívet kitöltők 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 GYES után bizonytalanabb a munkahelyre való visszatérés. Aki pedig

hosszú ideig otthon marad gyermekével, eleve nem számíthat jelentősebb karrierre. A kutatásba bevont és válaszoló személyek közel 40 éves átlagéletkora ellenére 37,7%-uk még gyermektelen volt. Átlagos 1,76-os *gyermeksám* mellett egyötödüknek egy, egyharmaduknak kettő, és mindössze 7,1%-uknak volt három vagy több gyermeke. A lekérdezés pillanatában gyermektelen válaszadók 8,4%-a nem tudta megmondani, lesz-e valaha gyermeke, 15% egyértelmű nemmel válaszolt a kérdésre, és 78,8% tervezte, hogy szülni fog valamikor a jövőben. A válaszadók 66,4%-a tervezte az otthonmaradást a gyermek három éves koráig. Az adatokat elemezve megállapítható, hogy a diplomás ápolónők nagyobb eséllyel tervezték az otthonmaradást, mint az orvosnők (OR: 2,762; 95%CI: 1,214-6,285). Jóllehet, a tervek szintjén nagyobb hányad tervezte az otthonmaradást, úgy tűnik, végül a nők rákényszerülnek, hogy valamilyen okból mégis előbb visszatérjenek munkájukhoz. Ezt támasztják alá azok az adatok, amelyek azon válaszadóktól származnak, akik már maguk mögött tudják a GYED és a GYES időszakát. Eszerint az első gyermek esetében mindössze 26,5% maradt otthon három évig, 32,1% kettő év után tért vissza dolgozni, és 37,1% már egy év után újra munkába állt. Összehasonlítva a két hivatáscsoport válaszait, erős statisztikai bizonyítékot kaptunk arra, hogy a két hivatáshoz kapcsolódó eltérő szerepek, elvárások befolyásolják az első gyermekkel GYED-en, GYES-en eltöltött idő mennyiségét ( $p < 0,001$ ). Az ápolónők 41,3%-a, míg az orvosnők csupán 16,3%-a maradt otthon gyermekével három vagy annál több évet. Egészségügyi területen a családi és munkahelyi szerepek viszonyát kifejezett konfliktusként élte meg a válaszolók 27,6%-a, s elutasította 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 jelölték meg hivatáshoz kapcsolt szerepkonfliktust azok, akik az előírt munkaidőhöz képest 4 vagy annál több extra órát dolgoztak hetente munkahelyükön. Azok, akik az otthoni és munkahelyi szerepek ellátása miatt konfliktus helyzetekbe kerültek (1) kevésbé elégedettek az életükkel, szakmai előrelépésükkel, (2) nagyobb számban éltek meg munkahelyi konfliktusokat, (3) kevésbé érzik úgy, hogy képesek életük irányítására és (4) gyakrabban gondoltak pályaelhagyásra. 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 munkaterheket említették. Diplomás ápolónők kisebb eséllyel jelölték meg munkahelyi okra visszavezethető családi konfliktust orvosnőkhöz képest (OR: 0,524; 95%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 előmenetelükkel ( $p = 0,013$ ). A dohányzás ( $p = 0,035$ ), kávé-, ( $p = 0,004$ ) 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).

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy

- aki a hivatás és a magánélet összeegyeztetésével kapcsolatosan problémát jelzett, nagyobb eséllyel ítélte egészségi állapotát közepesnek vagy annál rosszabbnak,
- a diplomás ápolónők nagyobb eséllyel ítélték közepesnek vagy annál rosszabbnak egészségüket, mint az orvosnők.
- 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.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

### *Hallgatói felmérések*

- Lényeges különbséget tapasztaltunk a diplomás ápoló hallgatók és orvostanhallgatók szociokulturális hátterében. A medikák többsége felsőfokú iskolai végzettségű, míg az ápolók nagyobb hányada középiskolai végzettségű szülőktől származott. Ebből következik, hogy a kulturális és kapcsolati tőke hozzáféréseinek lehetősége és az ebből keletkező hátrányok nagyobb eséllyel sújtják az ápoló hallgatókat.
- A külföldi munkavállalást, mint lehetséges alternatívát többen elképzelhetőnek tartották. A külföldi munkavállalási tervet egyértelműen befolyásolta a hallgató lakástulajdoni helyzete, illetve párválasztási nehézsége. Az elemzések során sikerült egy olyan logaritmikus regressziós modellt felállítani, melynek segítségével előre lehet jelezni a külföldi munkavállalás esélyét az előbb említett két magyarázó változó bevonásával.

- Megállapítható, hogy azok a hallgatók, akik számára nem elsődleges életcél a karrier, illetve a külföldi munkavállalás: több gyermeket és huzamosabb otthon tartózkodást terveznek a gyermekszülést követően, korábbi életszakaszban szeretnének gyermeket vállalni.
- Az anyaság és házasság nem egyenlő súllyal szerepelt a hallgatói jövőképben, az előbbit egyértelműen fontosabbnak tartották. Nem tudjuk tehát megerősíteni korábbi kutatások eredményeit, mivel a karrier – házasság - anyaság a hallgatók jövőképében egymással nem egyenrangú értékrendet képviselnek. Nem várt eredmény, hogy az orvostanhallgatók nagyobb hányada anyaság-orientált jövőt tervezett, egyértelműen karrier-orientált medika csekély számban fordult elő. Az orvostanhallgatói mintával szemben az ápoló hallgatók számára fontosabb, hogy együtt vállalják a családi életet és a karrierépítést.
- A jövőbeni anyaság és karrier szereptervek nem befolyásolta a hallgatók szociodemográfiai helyzete, vagyis lakóhelyük településtípusa, családi állapotuk, szüleik iskolai végzettsége, valamint jövedelmi helyzetük.
- Megállapítható, hogy a hallgatók egy jelentős hányadánál a jövőbeni terveikben számos ponton ellentmondás figyelhető meg, ami a későbbi életszakaszban állandó frusztrációhoz vagy éppen szerepkonfliktushoz vezethet. Legtöbbször a végzést követő években tervezték az első gyermek megszületését, ez azonban egybeesik az elhelyezkedés, a szakvizsga felkészülés (orvosnők esetében), valamint a külföldi munkavállalás kedvező időszakával. A felmérésben résztvevők összességében nem számoltak a szerepkonfliktus lehetőségével. Miközben a családalapítás és a gyermekvállalás fontosabb életcél, a hallgatók egy része (különösen figyelemkeltő az

orvostanhallgatók eredménye) már gyermekvállalás előtt elutasítja, hogy gyermekével 3 évig otthon maradjon, vagyis kicsi gyermek(ek) mellett szándékozik teljes értékű munkát végezni.

- Egészségi állapot, pszichoszomatikus tünetek prevalenciája, valamint egészség- és rizikómagatartás tekintetében mindkét hallgatói csoport hátránnyal indul nemük és speciális szaktudásuk ellenére, azonban a diplomás ápoló hallgatónők összességében rosszabb mutatókkal rendelkeztek, ez mindenképpen megkérdőjelezi leendő egészségvédő társadalmi szerepük hatékonyságát.

### ***Dolgozói felmérés***

- A diplomás ápolónők döntő hányada elsőgenerációs értelmiségi, főként középiskolai végzettségű házastárssal. Szociodemográfiai jellemzőik alapján nemcsak a kulturális és kapcsolati tőke hozzáférhetősége korlátozott a diplomás ápolónőknél, hanem vagyoni tőke tekintetében is statisztikai különbséget mértünk, hiszen kisebb eséllyel jutottak ingatlanulajdonhoz és jóval gyakrabban számoltak be pénzügyi nehézségekről. Nehezíti helyzetüket, hogy választott hivatásuk presztízs és „értelmiségi hivatás” szempontú megítélése kifejezetten kedvezőtlen az orvosi hivatáshoz képest. Az előző szempontok együttes figyelembevételével megállapíthatjuk, hogy a diplomás ápolónők társadalmi értelemben vett hátránya fokozottabb orvosnőkhöz képest.
- Megállapítottuk, hogy a szakmai életúttal, hivatással kapcsolatos elégedettségi mutatók (hivatáspresztízs, szakmai előmenetel, munkahelyi problémák, pályaelhagyási tervek) összefüggésben állnak a megkérdezettek jövőképevel, családi és munkahelyi konfliktusaival, egészségi állapotával.

- Megállapítható, hogy az orvosnők nagyobb munkahelyi és családi terhekről számoltak be, sokkal borúlátóbbak jövőjüket tekintve, kevésbé érzik úgy, hogy képesek lennének az életük irányítására. Ezzel szemben a diplomás ápolónők alacsonyabb munkahelyi terhekről számoltak be, közöttük kisebb arányban fordultak elő a családi és munkahelyi szerepek ellátásából adódó feszültségek, magasabb számban voltak vezető beosztásúak, mégis körükben gyakrabban vetődött fel a pályaelhagyás gondolata.
- A felmérésben részvevő egészségügyi dolgozók nagyobb hányadának egyaránt fontosak a családi és karrierhez kötött szerepei.
- Kutatásunk eredményei szerint hivatással, saját életúttal, egészségi állapottal kapcsolatos értékelések egyértelműen összefüggnek a munkahelyi és családi életükben előforduló konfliktusok számával. A munkahelyi és családi szerepek konfliktusáról beszámoló körében magasabb volt a túlmunkát végzők száma, inkább terveztek pályaelhagyást, kevésbé voltak elégedettek életükkel és szakmai előrelépésükkel, kevésbé érezték úgy, hogy képesek saját életük irányítására, rosszabb volt az egészségi állapotuk. Eredményeink szerint orvosnők és diplomás ápolónők a gyermekvállalás, valamint a kisgyermek gondozás és nevelés szempontjából kitüntetett időszakban (22-40 életév között) látnak el legnagyobb arányban éjszakai munkát, túlmunkát és vállalnak mellékállást.
- Hasonlóan a hallgatói felmérések eredményeihez, megállapítható, hogy a felmérésünkben résztvevő egészségügyi diplomás nők egészségi állapota, egészség- és rizikómagatartása nem megfelelő szintű, ezáltal megkérdőjelezhető egészségmegőrző társadalmi szerepük hatékonysága.



## ÖSSZEFOGLALÁS

Ismereteink szerint kevés nemzetközi és hazai kutatás foglalkozik az egészségügyi felsőoktatás hallgatóinak jövőkép vizsgálatával, azt viszont bizonyossággal állíthatjuk, hogy Magyarországon diplomás ápoló és orvostanhallgatók körében ez idáig nem történt olyan átfogó összehasonlító vizsgálat, amely a hallgatók család- és karrier terveivel egyidejűleg foglalkozott volna. Felmérésünk eredményei lehetővé tették, hogy betekintést nyerjünk a diploma megszerzése előtt álló hallgatónők szakmai és munkahelyi elképzeléseibe, különös tekintettel a külföldi munkavállalásra, valamint megismerjük családi szerepelképzeléseiket, összefüggésben a női szerepekről alkotott véleményeikkel.

Ugyancsak nem találtunk olyan összehasonlításra alkalmas hazai kvantitatív kutatást, mely egyidőben, országosan, azonos munkahelyi környezetben, ugyanazon változók segítségével vizsgálta volna diplomás ápolónők és orvosnők családi és munkahelyi szerepeit, összefüggésben életút- és hivatás elégedettségükkel, egészségi állapotukkal.

Vizsgálataink hiánypótló előtanulmány, a téma fontossága miatt azonban elengedhetetlennek tartjuk, hogy további kutatások történjenek ebben a tárgykörben.

## SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### *Disszertációhoz kapcsolódó közlemények*

- ☞ Molnár R, **Feith HJ**. (2000) Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Med*, 10: 810-818.
- ☞ **Feith HJ**, Balázs P. (2004) Kékharisnyák szorításában. *Valóság*, 47: 44-56.
- ☞ Kovácsné TÁ, **Feith HJ**, Balázs P. (2004) A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17: 9-14.

- ☞ **Feith HJ**, Kovácsné TÁ, Balázs P. (2005) Női szerepek diplomás ápoló hallgatónők jövőképében. *Nővér*, 18: 3-9.
- ☞ **Feith HJ**, Kovácsné TÁ, Balázs P. (2005) EGÉSZSÉG - ÉRTÉK? Életmód és egészségmagatartás diplomás ápoló hallgatónők körében. *Egészségfejlesztés*, 46: 1-15.
- ☞ Kovácsné TÁ, **Feith HJ**, Balázs P. Nánási J. (2005) Vol'ba povolania diplomovanych sestier v Mad'arsku. *Sestra* 9: 12-13.
- ☞ Hajagos O, **Feith HJ**, Kovácsné TÁ. (2006) Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér* 19: 31-38.
- ☞ **Feith HJ**. Ember és szervezet. In: Balázs P. (szerk.), Általános és egészségügyi menedzsment. Semmelweis Egyetem EFK, Budapest, 2006: 77-86.
- ☞ **Feith HJ**, Kovácsné TÁ, Balázs P. (2006) Jövőkép – Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier-és családtervei. *Lege Artis Med*, 16: 585-590.
- ☞ **Feith HJ**, Kovácsné TÁ, Hajagos O, Balázs P. (2007) Hivatáspresztízs és önértékelés. Összehasonlító elemzés diplomás ápolónők és orvosnők véleménye alapján. *Nővér*, 20: 3-10.
- ☞ Kovácsné TÁ, **Feith HJ**, Balázs P. (2007) Főiskolai hallgatók véleménye az ápolói pálya választásáról. *Eü Gazd Szle*, 44: 60-65.
- ☞ Kovácsné TÁ, **Feith HJ**, Balázs P. (2007) „Főiskolai hallgatók érték és pályaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. *Nővér*, 20: 3-9.
- ☞ **Feith HJ**, Balázs P, Kovácsné TÁ. Female physicians' and nurses' self-rated general and

psychosocial health status and health behaviour in Hungary. *New Medicine*. (in press)

- ✍ **Feith HJ**, Balázs P, Kovácsné TÁ, Mészáros J. Future professional and private expectations of nursing college students in Hungary. *Nurse Education Today*. (elbírálás alatt)
- ✍ **Feith HJ**, Kovácsné TÁ, Balázs P. Egészségügyi diplomás nők családi és munkahelyi szerepeinek konfliktusa. *Lege Artis Med.* (elbírálás alatt)

#### *Disszertációtól független közlemények*

- ✍ **Török(Feith) HJ**, Badó A. (1997) Ügyvédkép a Csongrád megyei gazdasági vezetők körében. *Bírák Lapja*, 7: 104-113.
- ✍ **Feith HJ**. Jogkövető és jogsértő magatartás. In: Balázs P, Sztrilich A. *Jogi szabályozás az egészségügyben*. Semmelweis Egyetem EFK, Budapest, 2003: 55-61.
- ✍ **Feith HJ**. Csoport és szervezet, szervezetelmélet kialakulása. In: Balázs P. (szerk.), *Általános és egészségügyi menedzsment*. Semmelweis Egyetem EFK, Budapest, 2006: 10-16.
- ✍ **Feith HJ** (2006) A szervezetelmélet fejlődésének legfontosabb állomásai. In: Balázs P. (szerk.), *Általános és egészségügyi menedzsment*. Semmelweis Egyetem EFK, Budapest, 2006: 16-44.
- ✍ Balázs P, **Feith HJ**, Sztrilich A. *Igazgatás az egészségügyben*. Semmelweis Egyetem EFK, Budapest, 2006.