

NAGYVÁRADI Katalin

Életminőség vizsgálat nehéz fizikai és mentális körülmények között dolgozók körében

Bevezetés

A témaválasztással kapcsolatos biztos pontom az volt, hogy speciális populációt, konkrétan egészségügyi szakdolgozókat szeretnék vizsgálni. A szakirodalomban ez szintén egy lehetséges megközelítési mód, nevezetesen, hogy munkaterülethez, illetve munkahelyhez kötötten gyűjtenek adatokat az életminőségről és az ehhez szorosan kapcsolódó egészségi állapotról, egészségmagatartásról és a vizsgált személyek preventív tevékenységeiről. Az én szempontom ezen belül kettős volt: egyfelől, hogy nehéz mentális és fizikai körülmények között munkát végző egészségügyi dolgozókat vizsgáljak, másfelől, hogy a célpopuláció a kutatás számára elérhető legyen. Így esett a választásom egy krónikus pszichiátriai betegeket gondozó intézmény szakdolgozóira.

A téma kiválasztásában befolyásolt továbbá, hogy az életminőség egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgáljam, hiszen az életminőség kutatások egyik területe az egyén egészségi állapotának vizsgálata. Azt is tudtam, hogy a kigondolt téma kiindulópontja nem lehet más, mint a választott populáció egészségi állapotának felmérése. Az adatgyűjtés és az elsődleges adatelemzés után azt éreztem, hogy a kapott eredmények nagyon szerteágazóak és meglehetősen érdekesek. Az ezzel kapcsolatos szakirodalmat tanulmányozva arra jöttem rá, hogy nem az egészségmagatartást, illetve a prevenciót, hanem az eredetileg csak kiindulópontnak szánt egészségi állapotot kellene fókuszba állítanom és továbbvizsgálnom. Így véglegesült az egészséggel kapcsolatos életminőség felmérése mint témafókusz, a vizsgálatban a populáció egy egészségügyi intézményre való korlátozása.

Az életminőség mint multifaktorális fogalom

Az életminőség a minőségi élet megélésének tudománya, a 20. század második felében követelt magának definíciót. Az életminőség-kutatás öt egymást átfedő hagyományból áll: a szociális indikátorok, a boldogság, az öregedés, a jóllét és az egészség. (Veenhoven, 2007)

A II. világháborút követő gazdasági fellendülés, majd a 70'-es évek végén, 80'-as évek elején bekövetkező hanyatlás vetette fel azt a gondolatot, hogy „inkább jóllét legyen, mint gazdagság”, és ez a szemlélet hozta elő a jóllét fogalmával és fejlesztési lehetőségeivel kapcsolatos kérdéseket. Ebben az időszakban nőtt meg az „inkább a minőségi, mint a mennyiségi” életre való igény. (Veenhoven, 2007)

McDowell és Newell szerint az életminőség alapvetően szociológiai fogalom, amely arra vonatkozik, hogy milyenek az emberek anyagi körülményei és melyek az ezekkel kapcsolatos érzéseik. (idézi: Ágoston és mtsai, 2007) A 70'-es évektől először a társadalom szintjén jelentkező indikátorok, majd pedig az egyén életének vizsgálatára fókuszáló kutatások kerültek a figyelem középpontjába. (Ágoston és mtsai, 2007)

Az életminőség-kutatások egyik speciális területe az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata. A „quality of life” kifejezésről 1970 óta 373.000 cikkben esik szó az internetes keresők alapján. Az életminőség egyik fontos, és talán a legbőségesebben kutatott dimenziója arra vonatkozik, hogy az egészségi állapot milyen mértékben járul hozzá az egyén boldogulásához, mennyiben segíti vagy gátolja az egyént alapvető élettervei megvalósításában. *Veenhoven* szerint a jó életminőség egyenlő a környezeti jóléttel (például a biztos jövedelemmel és munkahellyel), továbbá a jó fizikai és mentális egészségi állapottal, vagyis a jólléttel. (Veenhoven, 2007) Az egészséggel összefüggő életminőség tehát alapvetően multifaktorális fogalom, amely magában foglalja a szomatikus állapotot és működőképességet, a pszichés állapotot és a lelki-szellemi jóllétet, a szociális működést a szakmai, a társas és a családi szférában.

A 80'-as években már olyan egészségtudományi kutatások is megjelentek az életminőség kérdésével kapcsolatban, amelyek a páciens saját állapotának megítélését vizsgálják, ezzel a megközelítéssel felvillantva a szubjektív egészségi állapot fogalmát. (Veenhoven, 2007) A szubjektív életminőséget vizsgálók három nagyobb tudományterületről érkeznek: a szociológiából, az egészségtudományból, illetve a pszichológiából.

Az életminőséggel foglalkozó egészségtudományi megközelítés központi eleme, hogy az egészség tárgya a teljes ember, nem csak annak teste. (Ágoston és mtsai, 2007)

Ezen tudományterület képviselői a WHO (World Health Organization) 1946-os alapokmányában szereplő egészségfogalomból indulnak ki az egészséggel kapcsolatos szubjektív életminőség meghatározásakor. (Kopp és mtsai, 2006)

Diener (1995) szerint: „a szubjektív életminőség nem más, mint az, ahogyan az emberek értékelik saját életüket; ez magában foglalja a boldogságot, az élettől való elégedettséget, a kellemes érzéseket, valamint a kellemetlen hangulatok és érzelmek relatív hiányát”. (Diener, 1995)

A szubjektív életminőséghez hasonló fogalmak még a szakirodalomban a „szubjektív jóllét”, az „élettől való elégedettség” és a „boldogság” is. (Veenhoven, 2007) Mindebből nem következik feltétlenül, hogy az élet élvezete az élet szubjektív értékeléséből vonható le csupán, vagyis a jóllétet nemcsak a jóllét, hanem a jólét is befolyásolja. (Easterlin, 1995; 2005) A szubjektív életminőséggel kapcsolatban ugyanis két szélső nézet különböztethető meg. Az egyik szerint, ha a jólét a GDP alapján emelkedik, akkor a jóllét is pozitív irányba mozdul, a másik, hogy a GDP emelkedése ellenére a szubjektív jóllét változatlan marad. Ez utóbbi nézet képviselői, mint például *Csíkszentmihályi és Hunter (2003)*, *Lycken és Tellegen (1996)* odáig is elmennek, hogy az „objektív életkörülmények elhanyagolható szerepet játszanak a boldogság elméletében”. (idézi: Easterlin, 2005) A Gallup Intézet 2006-os nemzetközi felmérésében - melyet azonos kérdőív alapján 132 ország felnőtt lakossága körében folytattak le - megerősítették, hogy a gazdasági növekedés nem jár együtt az élettől való elégedettséggel (boldogsággal). Ellenben a várható élettartam-növekedés, mely összefüggésben van az anyagi jóléttel, ha kismértékben is, de hatással van az élettől való elégedettségre. Az anyagi jólét azonban az életkor előrehaladtával kevésbé hat az élettől való elégedettségre. (Deaton, 2007) Van azonban egy olyan álláspont is, miszerint az objektív életkörülmények és a pszichológiai tényezők (többek között az egyén adaptációs képessége) együttesen határozzák meg a boldogság érzését. (Easterlein, 2005)

Easterlin szerint az elégedettség és a boldogság – mely utóbbi erőteljesebb érzelmi állapotot jelent – oly módon vannak kapcsolatban egymással, hogy az elégedettség hat a boldogságra, vagyis az elégedettség a boldogság alapja. (*Easterlin, 1995; 2005*) *Kopp* és *munkatársai* is arra a megállapításra jutottak, hogy az életminőség és a gazdasági fejlődés nincsenek lineáris kapcsolatban egymással. Tehát a pénzügyi jólét nem feltétlen jelenti az adott társadalom boldogságának növekedését. Másrészt a gazdaság sikereinek az életminőség is előfeltétele lehet. (*Kopp, Martos, 2011*)

Skrabski (2003) egy másik aspektussal, nevezetesen a társadalmi erőforrás aspektusával bővíti ki a jólét-jóllét kapcsolatának értelmezését, amennyiben a bizalmon és együttműködésen alapuló emberi kapcsolatok hálózata is a boldogság lényegi összetevője lehet. (idézi: *Kopp-Martos, 2011*) Az idézett szerző megállapítása előrevetíti, hogy az életminőséget mennyiben befolyásolja az, ahogyan az egyén a környezetéhez viszonyul. Más szavakkal: mennyire sikeres az egyén adaptációja a modern társadalmakat jellemző, gyorsan változó körülményekhez. (*Helgeson, 1992*) Az életminőség értelmezésével kapcsolatos vélemények között a legújabb megközelítések kiemelt szerepet tulajdonítanak a környezetnek, nem elhanyagolva az egyén biológiai örökségét, a genetikai tényezők adaptációban betöltött szerepét. Itt az igazi kérdés az, hogy melyek azok az életminőségre ható személyes tényezők, melyek a környezethez való adaptáció szempontjából leginkább meghatározóak.

Kopp, Martos (2011) kutatása szerint ezek a következők: személyes hatékonyság (*Kopp et al, 1993*), koherenciaérzék (*Antonowsky, 1993*), személyes célok (*Brunstein et al, 2007*), együttműködés (*Niaura et al, 2002*), mindennapi stressz, negatív érzelmekkel való megküzdés (*Kopp és mtsai, 2000*) és aktivitás (*Schimmak et al, 2004*). (idézi: *Kopp, Martos, 2011*)

A környezet és a pszichológiai tényezők szoros összefüggésére hívja fel a figyelmet a WHO 1986-ban továbbfejlesztett egészségdefiníciója is, mely szerint „az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és a közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint képesek megbirkózni a környezet kihívásaival”. (idézi: *Kopp, Martos, 2011*)

A kutatás leírása

A témához kapcsolódó nemzetközi szakirodalomban számos kutatás foglalkozik különböző társadalomtudományi megközelítésekben az emberek életminőségével összefüggő egészségi állapotával. Az utóbbi két évtizedben az egzisztenciális és a mentális komponenseket összekapcsoló értelmezési keret, a jólét-jóllét kontextusa tűnik a legátfogóbbnak. Az egzisztenciális komponenseket illetően jó néhány kutatás szempontjai között szerepel a jövedelem, a munkahely vagy a környezeti adaptáció az életminőséggel összefüggő egészségi állapot vizsgálatával kapcsolatban. A mentális komponenseket, például az elégedettséget, a boldogságot, a társas kapcsolatokat a kutatók jelentős része szintén összefüggésbe hozza az életminőséggel és az egészségi állapottal. Az is figyelemfelkeltő lehet, hogy a szakirodalomban nemcsak a társadalomtudományi, hanem az egészségtudományi megközelítésekben is sokféle komponens jelenik meg, különböző összefüggésekben: például a holisztikus megközelítésre utaló testi-lelki egészségfogalom, vagy a biológiai és a szociális, valamint a környezeti tényezők kölcsönhatásában vizsgált egészségi állapot.

A jólét-jóllét kontextusa, valamint a hozzájuk tartozó egzisztenciális és mentális komponensek valamilyen módon a saját kutatásomban is vizsgálat tárgyát képezik. Mint ahogy annak

eldöntésében is a szakirodalomból építkeztem, hogy lakossági vagy munkahelyhez kötődő speciális populációt válasszak-e, amikor az egészségi állapot vizsgálatát terveztem. Miután nem kevés kutatásban vizsgáltak olyan populációt, amely speciális munkahelyhez kötődik, én is ezt a megoldást választottam, nevezetesen egy krónikus pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézmény szakdolgozóit. Döntően azért, mert az életminőségük és az ehhez kapcsolódó egészségi állapotuk feltérképezéséhez az egészségügyi szektorra jellemző sajátos munkahelyi körülményeket is be akartam kapcsolni a vizsgálatba. Minthogy mintámat egy intézmény dolgozóinak körére korlátoztam, kutatásom esettanulmánynak minősül, melyből az következik, hogy kutatási eredményeim érvényességi köre nem terjed túl a vizsgált intézményen és populáción.

A kutatás célja és hipotézise

Kutatásom alapvető célja az volt, hogy feltérképezem a fizikailag és mentálisan megterhelő munkahelyi körülmények között dolgozók életminőségét és ehhez kapcsolódó egészségi állapotukat. Ehhez kapcsolódik hipotézisem is, miszerint feltételezem, hogy a vizsgálatban részt vevők életminősége és egészségiállapot-mutatói kifejezetten rosszak lesznek.

A vizsgálatban részt vevők köre és általános jellemzése

A kiválasztott Fővárosi Pszichiátriai Intézetben (Szentgotthárd) a vizsgálat évében (2012) 338 fő dolgozott, döntő többségük nő (279 fő). Közülük 131 szakdolgozó vállalta, hogy válaszol az életminőségével illetve az egészségével kapcsolatos kérdéseimre. Általános jellemzésüket az alábbiakban közlöm.

A vizsgált személyek nagy többsége nő (88,5%). Életkori megoszlásukat tekintve, a megkérdezettek többsége (72,3%) 31-50 év közötti, további, kicsit kevesebb, mint egynegyedük (21,5%) pedig az 51-60 év közötti korosztályba tartozik. A 30 évnél fiatalabbak és a 60 évnél idősebbek száma alacsony. Családi állapotukat tekintve a többség (76,9%) párkapcsolatban (házasság, élettársi kapcsolat) él, a többiek (23,1%) egyedül élnek (hajadon/nőtlen, elvált, özvegy). A válaszadók nagy többségének (72,3%) 1 - 2 gyermeke van, 15,3%-nak pedig 3 vagy annál több. Kicsit több mint egytizedüknek (12,3%) nincs gyermeke. Több mint egyharmaduk (36,9%) érettségivel, egynegyedük (25,4%) szakiskolai vagy szakmunkás végzettséggel, 19,2% pedig felsőfokú szakképesítéssel rendelkezik. 17,0%-nak felsőfokú (főiskola, egyetem) végzettsége van. A dolgozók közel egyharmada (30,8%) több mint 21 éve van a pályán, több mint egynegyedük (26,2%) 11-20 éve dolgozik ezen a területen. További közel egynegyedük (23,1%) is 6-10 éve dolgozik hasonló területen. Mindössze 20,0% azoknak az aránya, akik 0-5 éve vannak a pályán. A válaszadók kétharmada (66,9%) ápoló, valamivel több, mint egytizedük (13,8%) mentálhigiénés munkatárs, kevesebb, mint egytizedük (8,5%) gazdasági nővér beosztásban dolgozik. A többiek egyéb munkakörökben végzik munkájukat. Az orvosok aránya mindössze 1,5% a megkérdezettek között.

A vizsgálat eszközei

A 131 fő egészségügyi dolgozó esetében alkalmazott vizsgálati eljárást a következőkben ismertetem. Az életminőség és az egészségi állapot felmérésére szolgáló eszközöm a kérdőív volt. Kettő különböző kérdőívet töltöttem ki a résztvevőkkel. Az első, a kutatásban részt vevők

önértékelésen alapuló mentális jóllétét vizsgálta öt kérdésre adott válaszok mentén. Ennek a témakörnek a vizsgálatához a WHO WBI5 nemzetközi tesztet használtam. A kérdések a vizsgálatot megelőző két hétben tapasztalt mindennapi közérzetre vonatkoztak egy ötfokú skálán jelölve (soha, néha, az időnek kevesebb, mint felében, az időnek több mint felében, mindig).

A második egy nemzetközi kérdőív volt (WHOQOLD-BREF26), mely a válaszadók életminőség-profilját vizsgálta fizikai, mentális, társadalmi és környezeti dimenzióban 24 kérdés alapján. Ezek mellett bevezetőként két általánosabb kérdésre is felelniük kellett a megkérdezetteknek, nevezetesen, hogy mennyire elégedettek az életminőségükkel, továbbá, hogy milyenek értékelik az egészségi állapotukat. Az így összesen 26 kérdésre adott válaszokat egy ötfokú skálán kellett jelölniük a vizsgálatban részt vevőknek.

Az adatfeldolgozás módszerei

Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 matematikai-statisztikai programcsomag használatával történt. Az életminőség és az egészségi állapotot vizsgáló kérdőívekre adott válaszokat leíró statisztikák segítségével – gyakoriság, relatív gyakoriság – elemeztem. A leíró statisztikák után hierarchikus klaszterelemzést hajtottam végre a WHOQOLD-BREF26 életminőség-kérdőív, a WHO WBI5 jólléti rövidített kérdőív kérdései alapján. A csoportosításhoz a Ward-eljárást választottam. Az összevonási séma alapján a válaszadókat három csoportba soroltam. A klaszterekkel és a kérdőív kérdéseivel keresztábra-elemzést hajtottam végre, melyből megállapítottam, mely klaszter erősebb, érzékenyebb a vizsgált mutató tekintetében.

A kutatás eredményei

A leíró statisztikai eredmények egészségi állapotra vonatkozó része mind a fizikai, mind a mentális jellemzők tekintetében a két említett nemzetközi kérdőív kérdéseire adott válaszokon alapult. A megkérdezettek életminőségére vonatkozó komplex kérdésre pozitívan válaszolt a populáció kétharmada. Az általános egészségi állapotával viszont csak egyharmaduk volt elégedett.¹ A részletesebb kérdésekre adott válaszok szerint a vizsgált populációnak több mint a fele mégis jónak vagy nagyon jónak ítélte fizikai állapotát. Ezt erősítik azok a válaszok, melyekből az derült ki, hogy a mindennapi élethez a megkérdezettek több mint a felének van megfelelő energiája. Mindebből látszik, hogy nincs teljes összhang a fizikai és az általános egészségi állapotuk önmegítélésében.

Számos kérdés alapján tudtam következtetni a populáció mentális állapotára is. Jónak tekinthető, hogy 80% felett volt azoknak az aránya, akik értelmet látnak életük megélésében. Több mint a megkérdezettek fele nagyon is élvezi az életét. Erre utal, hogy kétharmaduk az eltöltött idő több mint a felében vidám és jókedvű, és majdnem ugyanennyien aktívak és élénkek, továbbá jól tudnak koncentrálni, emellett közel 50%-uk sokszor talál érdekességet

¹ Kutatási eredményeim nem esnek egybe más, általam vizsgált kutatási eredményekkel. Miközben – mint látjuk – vizsgált populációnak csak egyharmada elégedett az egészségi állapotával, addig a Hungarostudy-kutatásban (2002) 43,8%, a Hirdi-féle kisebb populáción végzett 2012-es adatfelvételben is 43%-a volt a megkérdezetteknek, akik jónak vagy nagyon jónak minősítették az egészségi állapotukat, emellett még további 49%-uk is megfelelőnek nevezte azt.

mindennapjaiban. Ugyanakkor a megkérdezettek több mint a fele nyilatkozott úgy, hogy kevésbé nyugodt és ellazult, illetve, hogy nem elég friss és kipihent. Nagyobb problémára utal viszont, hogy a válaszolóknak kicsivel több, mint 50%-a csak közepesen érzi biztonságban magát, 10%-uk viszont nem vagy szinte egyáltalán nem. A mentális állapot negatív elemeire utal az is, hogy a populációnak körülbelül egyharmada érez gyakran szomorúságot, kétségbeesést, depressziót vagy szorongást.

Az életminőség és az egészségi állapot önértékelése közötti jelentős különbséget az magyarázhatja, hogy a megkérdezettek fizikai és mentális állapota között nincs összhang. Az adatok azt mutatják, hogy a mentális jóllétet a biztonságérzet bizonytalansága befolyásolja negatív irányba.

A hierarchikus klaszterelemzés eredményei

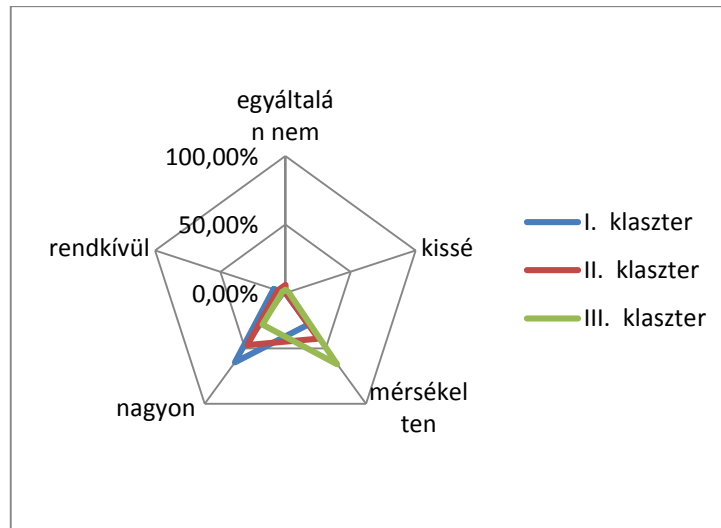
A hierarchikus klaszteranalízis alapján az első klaszterbe a legjobb eredménnyel rendelkezők, a másodikba a közepes, míg a harmadikba a rosszabb mutatókkal bíró személyek kerültek be. A klasztereket legfőbb jellemzőik összegezeként neveztem el:

1. Jól vannak, elégedettek (67 fő)
2. Jól vannak, elégedetlenek (17 fő)
3. Rosszul vannak, elégedetlenek (43 fő)

A továbbiakban részletesen bemutatom az egyes klaszterek közötti különbségeket, az elégedettség mutatók, a fizikai és mentális egészségi állapot, a gazdasági körülmények és a társas kapcsolatok alapján.

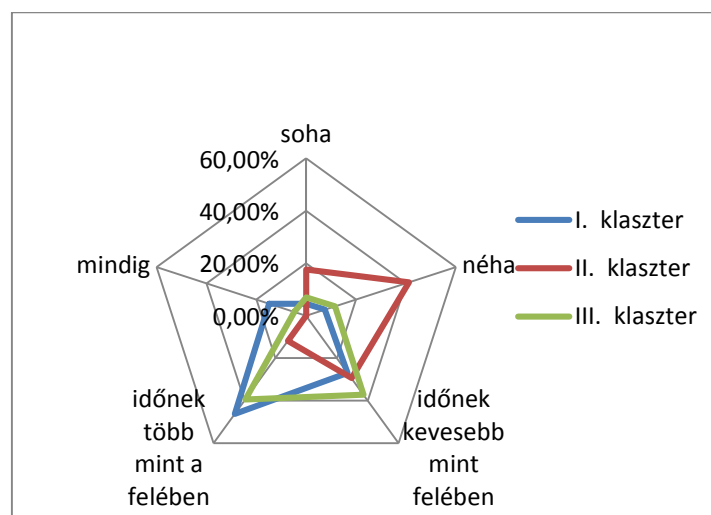
Elégedettségmutatók. Az ezzel kapcsolatos adatok forrása a WHOQOLD-BREF26-os és a WHO WB15-ös kérdőív. Az életfeltételekkel való elégedettséget négy szempontból vizsgálja: a fizikai és a mentális állapot, továbbá a társadalmi körülmények és a társas kapcsolatok szempontjából.

Az első klaszterbe tartozók, akiket a „Jól vannak, elégedettek” megnevezéssel illettem, fizikai állapotukat jónak vagy nagyon jónak ítélték (67-ből 48 fő), csakúgy, mint testi megjelenésüket (43 fő). Egybeesnek azok a válaszaik is, amelyek a mindennapi élethez szükséges energiájukra vonatkoztak. Ezzel szemben a második klaszter, - akiket „Jól vannak, elégedetleneknek” nevezünk el – tagjainak mindössze fele, a harmadik klaszter - („Rosszul vannak elégedetlenek”) tagjai közül pedig csupán 13 fő ítélte jónak vagy nagyon jónak fizikai állapotát. (1. ábra)

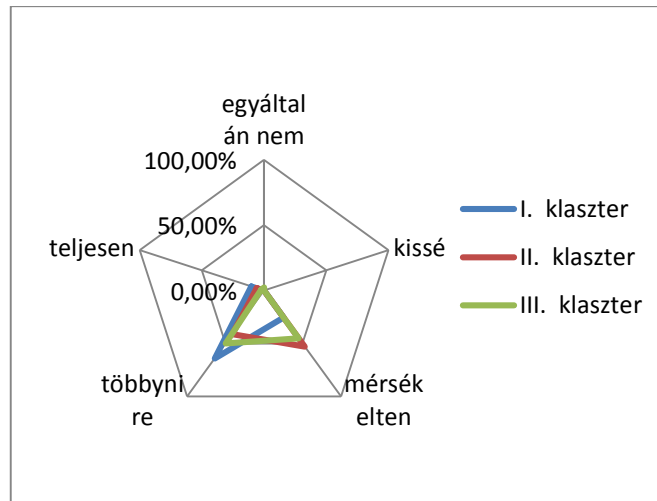


1. ábra: Fizikai állapot megítélése klaszterenként

Ébredéskor frissnek és kipihentnek érezte magát az első klaszterbe tartozók kétharmada, megfelelő energiával még ennél is többen rendelkeznek (50 fő). A második klaszter tagjai közül mindössze 2 fő érezte a 17 főből, hogy rendelkezik a mindennapi élethez szükséges energiával, ébredéskori frissességgel illetve kipihentséggel. Megfelelő energiával ugyanakkor a válaszadók fele rendelkezett önbevallásuk szerint a második klaszterben. A „Rosszul vannak, elégedetlenek” (harmadik klaszter) kedvezőbb képet mutat, a másodiknál, az ébredéskori frissesség tekintetében, hiszen a megkérdezettek majdnem fele pihentnek érzi magát, a mindennapi élethez szükséges energiával is a felük rendelkezik (22 fő). (2., 3. ábra)

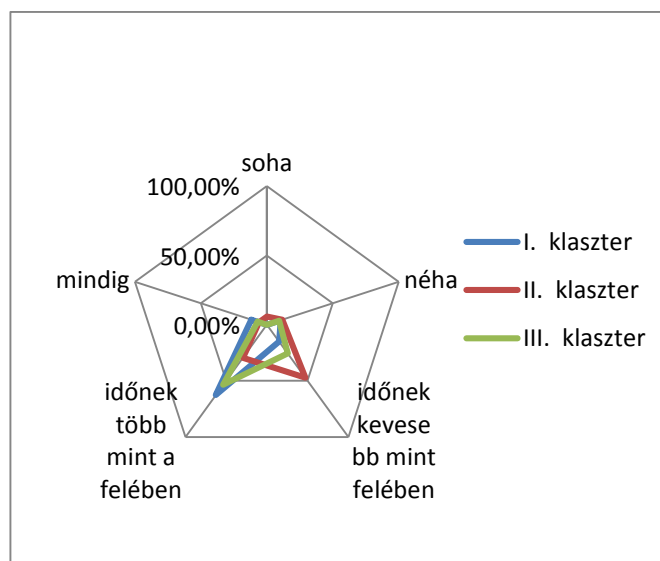


2. ábra: Ébredéskori frissesség, kipihentség klaszterenként



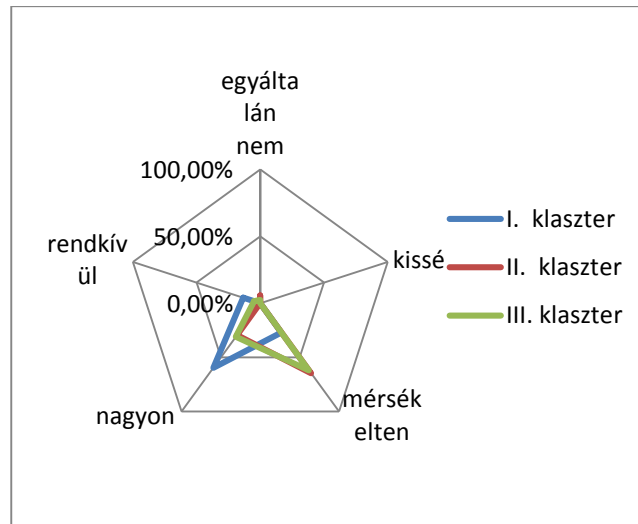
3. ábra: Mindennapi élethez szükséges energia megléte klaszterenként

Az előző eredmények alapján nem csodálható, hogy az első klaszter tagjainak nagy többsége érzi a mindennapokban aktívnak és élénknek magát, melynek szintjével majdnem ugyanennyien elégedettek is. A aktívnak és élénknek a mindennapokban a második klaszterbe tartozók egyharmada érzi magát, melynek szintjével kicsit többen elégedettek. Az előzőnél kicsit többen érzik a mindennapokban aktívnak és élénknek magukat a harmadik klaszterben (26 fő) (4. ábra)

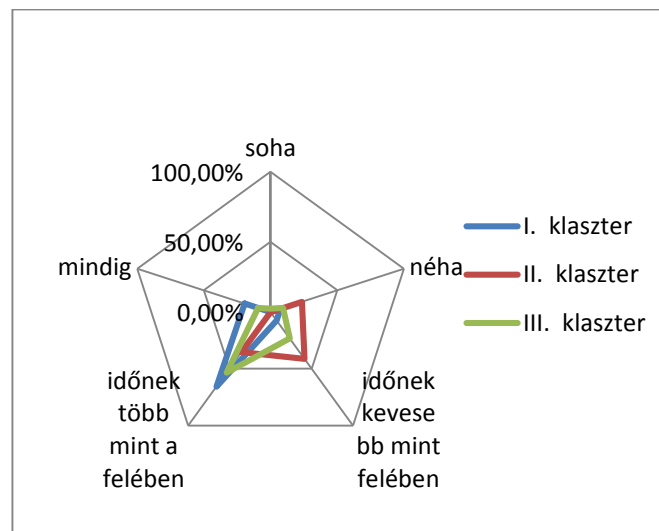


4. ábra: A mindennapokban magukat aktívnak, élénknek érzők klaszterenként

A megkérdezettek mentális állapota sem tartogat nagyobb meglepetést a fizikai állapotukhoz képest. Az első klaszterben az életet nagyon vagy rendkívüli módon 49 fő élvezi saját bevallása szerint, és a 67 főből még ennél is több tartja magát idejének nagyobb részében vidámnak és jókedvűnek. A második és harmadik klaszter tagjainak mindössze egyharmada élvezi csak az életét, azonban a vidámság kérdésében kedvezőbb a kép a „Jól vannak, elégedetlenek” és a „Rosszul vannak, elégedetlenek” klaszterében is. (5., 6. ábra)

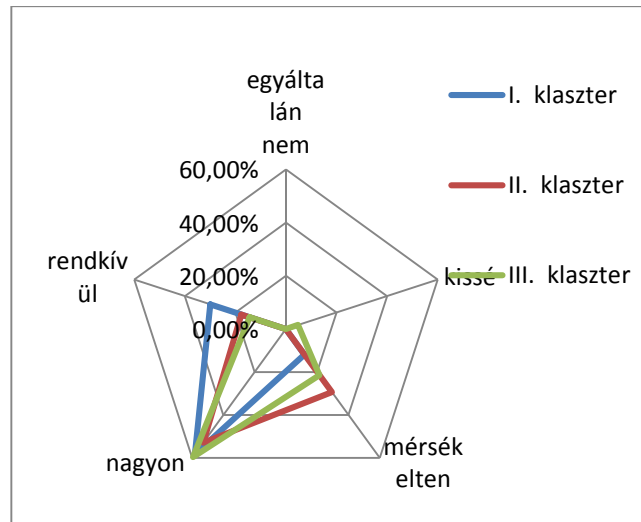


5. ábra: Az élet élvezete klaszterenkénti megoszlásban



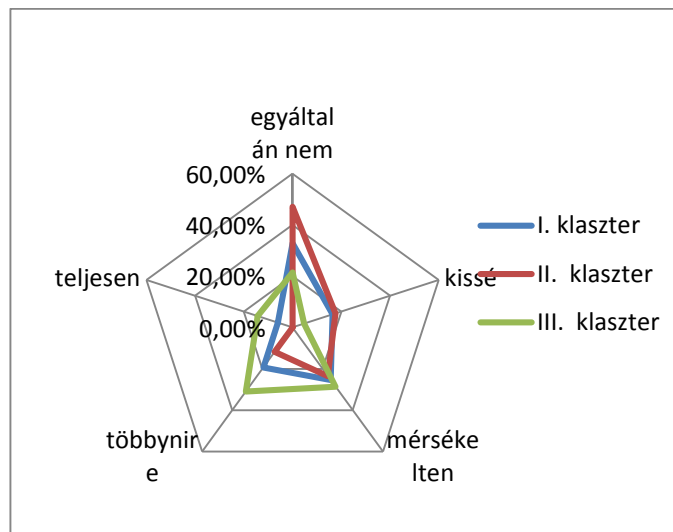
6. ábra: Vidámság, jókedv érzése klaszterenként

Valamennyi klaszterben a döntő többség (első klaszter: 59 fő (67 főből), második klaszter: 12 fő (17 főből), harmadik klaszter 31 fő (43 főből)) érzi úgy, hogy van értelme az életének. Ezzel teljes összhangban vannak azok a válaszok, melyek szerint a megkérdezettek soha nincsenek vagy ritkán vannak rossz hangulatban, kétségbeesésben, netán szoronganak, vagy depressziósak lennének. (7. ábra)



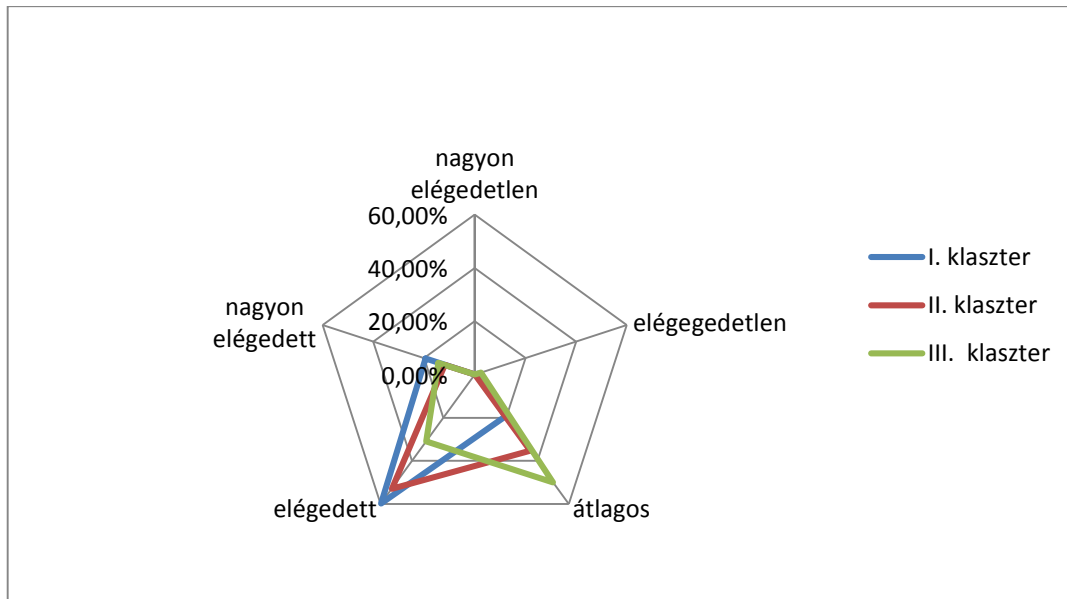
7. ábra: Az élet értelmének megélése klaszterenként

Gazdasági körülményeiket tekintve, legrosszabb helyzetben a harmadik klaszter tagjai vannak. Míg az első két klaszter tagjai közül „csupán” negyedük, illetve harmaduk jelezte, hogy napról napra él, addig a harmadik klaszterbe tartozók mintegy háromnegyede teljesen vagy többnyire napról napra él. (8. ábra)



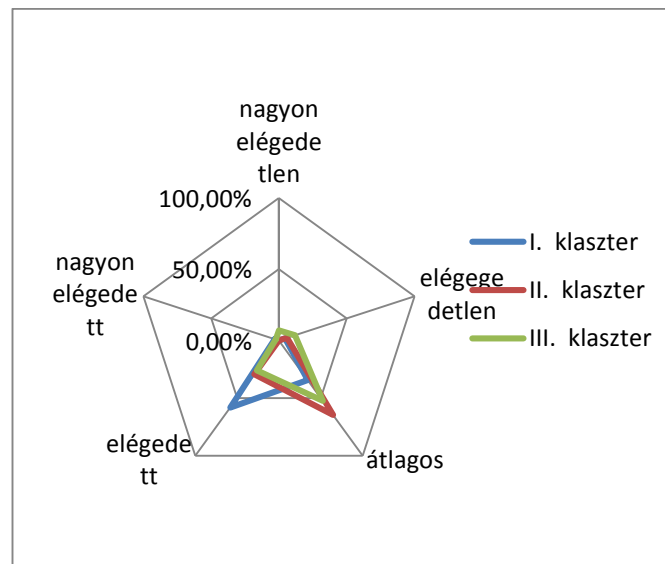
8. ábra: Gazdasági körülményeik szerinti megoszlás klaszterenként

Társas kapcsolataikkal valamennyi klaszter tagjainak nagy többsége elégedett. Megemlítem, hogy a harmadik klaszter tagjai elégedettek legkevésbé a barátaiktól kapott támogatással (9. ábra).



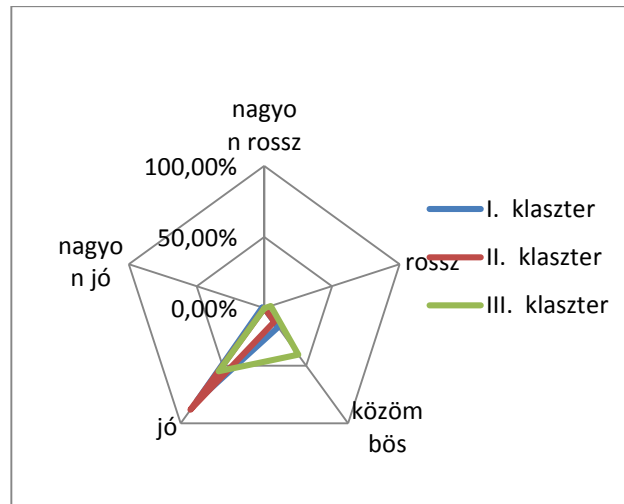
9. ábra: Barátaiktól kapott támogatással való elégedettség klaszterenkénti megoszlásban

Két átfogóbb kérdésre adott válaszaik alátámasztják az eddig róluk alkotott képet. Az első klaszter tagjai a legelégedettebbek az életfeltételeikkel (kétharmaduk elégedett). Míg a második klaszterbe tartozóknak csupán egyharmada, a harmadik klaszter tagjainak pedig egynegyede elégedett az életfeltételeivel. (10. ábra)



10. ábra: Az életfeltételeikkel való elégedettség klaszterenként

Az életminőséggel való elégedettség kérdésében egységesebb képet kapunk a klaszterek tekintetében. (11. ábra)



11. ábra: Az életminőséggel való elégedettség klaszterenként

Összegzés

A kutatás eredményeinek értékelésekor vissza kell idéznem a hipotézist, melyet saját kutatási eredményeim részben vagy teljesen nem igazoltak. A hipotézisem ugyanis az volt, hogy az egészségügyben nehéz fizikai és mentális munkakörülmények között dolgozók életminőségre és egészségi állapotra vonatkozó mutatói meglehetősen rosszak lesznek. Ezzel szemben, a mentális állapotukra vonatkozó adat, hogy a megkérdezettek fele nagyon is élvezi az életét és 80% feletti azoknak az aránya, akik értelmet látnak az életükben. Ugyanakkor a fizikai és a mentális tényezőket is magában foglaló egészségi állapotukkal csak egyharmaduk volt elégedett. Továbbá klaszteranalízis alapján a harmadik klaszterbe került személyek anyagi helyzete sem mutatott kedvező képet.

A munkakörülmények és az egészséggel összefüggő életminőséggel foglalkozó szakirodalomban is hangsúlyosan szerepelnek azok a kulcselemek, melyek nem csak a mennyiségi, hanem a minőségi élet, vagyis az egészség és a jóllét egyensúlyához nélkülözhetetlenek. Ezek között a találjuk például a munkával való elégedettséget (Siu, 2002; Siegrist, 2004), a munkahelyi biztonságérzetet (Karasek, 1990; Büssing, 1999; Siegrist, 2004), a munkahelyi kontrollt (Karasek, 1990; Büssing, 1999; Theorell, 1996; Siegrist, 2002; Kopp, 2002; 2004) és a munkatársi támogatottságot (Theorell, 1996; Theorell és Karasek, 1996; Büssing, 1999; Skrabski, 2004). Kutatásunk folytatásaként tehát, érdemes lehet az előbb említett területeket és összefüggéseket is megvizsgálni a választott populációnkban, hiszen a jólét-jóllét dimenziója (benne az egészségi állapottal), mutathatnak munkahely-specifikus eredményeket.

Felhasznált irodalom

- Ágoston és mtsai (2007): Az életminőség fogalmán túl. Demos Magyarország Alapítvány, Budapest.
- Büssing A. (1999): Job Insecurity, Control and Support. Can Control and Work and Social Support Moderate Psychological Consequences of Job Insecurity? Results from Quasi-experimental Study in the Steel Industry. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(2): 219-242.

- Deaton A. (2007): *Income, Aging, Health and Wellbeing Around the World: Evidence from the Gallup World Poll*. National Bureau Of Economic Researches 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138
- Diener, ED (1995): A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36 (2). 107–27.
- Easterlin, R. A. (2005). Feeding the illusion of growth and happiness: A reply to Hagerty and Veenhoven. *Social Indicators Research*, 74(3), 429–443.
- Hegedűs K., Szabó N. és mtsai. (2008): Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelkiállapota. In: Kopp M. (2008): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 335-340.
- Helgeson VS. (1992): Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *J Pers Soc psychol*, 63:656 – 666.
- Hirdi H., Balogh Z. és mtsai (2014): A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata. *Egészségtudomány* 2014/1.
- Karasek R., Theorell T. (1990): *Healthy work, stress productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kopp M, Skrabski Á. és mtsai (2006): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In: Kopp M., Kovács M. E. (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 84-105.
- Kopp M., Martos T. (2011): A társadalmi összjólét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban I. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 12(2011)3, 241-259.
- Sajtos L., Mitev A. (2007): *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest.
- Siegrist J. (2002): Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance-Aplying the Model to Eastern Europe. *Hearth Disease: Environment, Stress and Gender*, G. Weinder et al. (eds.), NATO Science Series, IOS Press, vol 327.
- Siegrist J. (2004): Psychosocial work stress, labor market condition and health. *ICBM Satellite Meeting in Budapest, Hungary August 29-31*.
- Siu O-L. (2002): Predictor of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advaced Nursing*, 40(2): 218-229. Source: The Tokyo Declaration. *J. Tokyo Med Univ*, 1998;56:760-767.
- Skrabski Á. (2004): Social Capital and Collective Efficacy in Hungary: Cross-sectional Associations with Middle-Aged Female and Male Mortality Rates. Accepted for publication in *J Epidemiology and Community Health*.
- Theorell T. (1996): The Demand–Controll Support model of studying health in relation to work enviroment: an interactive model. In: K. Orth-Gomer, N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention* 69-85. Mahwah, NJ:Lawrence Erlbaum Associates.
- Theorell T., Karasek RA. (1996): Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational Health Psychology*, 1:9-26.
- Veenhoven (2007): Quality of life research. In: Bryant, C.D. & Peck, D.L. '21st Century Sociology, A Reference Handbook' Sage, Thousand Oaks, California USA 2007. ISBN 978-1-4129-1608-0 Volume 2, Chapter 7, pp 54-62.