

A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata

Pszichoszomatikus tünetek,
munkahelyi stressz, társas támogatás

Pikó Bettina

BEHAVIORAL SCIENCE APPROACH TO
NURSING PROFESSION:
PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS - JOB-
RELATED STRESS - SOCIAL SUPPORT

Study of psychosocial work environment in health care and in other non-profit organizations has not gotten priority so far. Workers in the units that are organized by inefficient management skills are more susceptible to the harmful psychological, health and social consequences of everyday work. The main goal of present analysis was to investigate nurses' work conditions and their psychosomatic health as a part of the ongoing Nurse Study in Csongrád county. 420 nurses participated in the study among whom 218 were registered and 202 student nurses. Self-administered questionnaire was used as a method of data collection which contained various items on sociodemographics, psychosomatic symptoms, other psychosocial health variables, job-related stress and emotional load, and social support from peers. Based on the results of the multiple regression analyses it can be concluded that nurses' psychosomatic health was mainly influenced by the characteristics of their psychosocial work environment. The management should pay attention to establish team structures which could help in coping with job-related stress and providing social support.

Correspondence:
Bettina Pikó, MD
University of Szeged,
Department of Psychiatry,
Division of Behavioral Sciences
H-6722 Szeged, Szentháromság str. 5.
E-mail: piko@nepsy.szote.u-szeged.hu

**job-related stress, social support,
psychosomatic symptomatology**

A pszichoszociális munkakörnyezet vizsgálata az egészségügyben és más, nem profitorientált szervezetekben eddig még nem kapott prioritást. A nem megfelelő szakértelemmel szervezett egységekben pedig a dolgozók nagyobb eséllyel vannak kitéve a munka káros pszichikai, szociális és egészségi következményeinek. Jelen vizsgálat célja, hogy a Csongrád megyében folyó „nővérkutató” részeként elemezze a nővérek munkahelyi körülményeit és pszichoszomatikus egészségi állapotának összefüggéseit. A vizsgálatban 420 nővér vett részt, akik közül 218 regisztrált, 202 pedig tanuló nővér volt. Az adatgyűjtés módszereként önkitöltéses kérdőívet alkalmaztak a szerzők, amelynek kérdései a szociodemográfiai adatokon kívül a pszichoszomatikus tünetek, az egészségi állapot egyéb pszichoszociális jellemzői, a munkahelyi stressz és érzelmi megterhelés, valamint a kollegiális társas támogatás vizsgálatára is kiterjedtek. A többváltozós elemzések alapján arra lehet következtetni, hogy a nővérek pszichoszomatikus egészsége elsősorban a munkahelyük pszichoszociális jellemzőitől függ. A menedzsmentnek törekednie kell olyan teamstruktúrák kialakítására, amely elősegíti a stressz feldolgozását és a társas támogatás megvalósulását.

Levelezési cím:
dr. Pikó Bettina,
Szegedi Tudományegyetem,
Pszichiátriai Klinika,
Magatartástudományi Csoport
6722 Szeged, Szentháromság u. 5.
E-mail: piko@nepsy.szote.u-szeged.hu

**munkahelyi stressz, társas támogatás,
pszichoszomatikus tünetképződés**

A munkakörnyezet pszichoszociális jellemzőinek vizsgálata a gyakorlati menedzsmenttudomány egyik kiemelt területe, azonban az egészségügyben és más humán foglalkozással kapcsolatos, úgynevezett nem profitorientált szervezetekben mind ez idáig nem fektettek elég hangsúlyt a jellemzők megismerésére és fejlesztésére. Az egészségügyi intézmények is rendelkeznek azonban sajátos mikrokultúrával, amelynek pszichoszociális sajátosságai befolyásolják a munkavégzés gyakorlatát és eredményességét (1, 2). A nem megfelelő szakértelemmel szervezett egységekben a dolgozók nagyobb eséllyel vannak kitéve a munka káros pszichikai, egészségi és szociális következményeinek, mint például a stressz, a munkával való elégedetlenség, pszichoszomatikus tünetek és más egészségügyi problémák hatásainak, amelyek következtében gyakoribbá válik a pályaelhagyás és a nővérhány (3, 4).

A pszichoszociális munkakörnyezet feltételeinek javítása tehát a munka hatékonyságának egyik módszere. A humán erőforrás helyzete a profitorientált cégek világában létkérdés, hiszen ott gazdasági paraméterekben mérhető a termelékenység. Az egészségügyben – és általában a nem termelő szférában – azonban a munkaerő jobb kihasználtsága a valódi teljesítménymérés hiányában még nem valósult meg (5). A munkahely pszichoszociális állapota nem független a makrotársadalmi körülményektől, hiszen a munkahelyi viszonyok meghatározott társadalmi térben fejtik ki hatásukat, azzal mintegy kölcsönhatásban alakulnak ki (6). Köztudott, hogy a szocialista rendszerben az egyének jóléte, az egészség és más humán szempontok alacsony értéket képviseltek, a munkahelyek pszichoszociális környezete jelentéktelenné vált (7). Az alulfinanszírozottság ennek következménye volt, amelyet csak az egészségügyben dolgozók szakmai elhivatottsága tudott ellensúlyozni. Mindezen tényezők még ma is éreztetik hatásukat, hiszen átütő reformot még nem indult el.

Melyek a pszichoszociális munkakörnyezet legfontosabb jellemzői? A munkahely egyik legmeghatározóbb pszichoszociális ismérve a munkahelyi stressz. Az egészségügyben dolgozók kiemelten magas stresszhatásnak vannak kitéve mindennapi munkájuk során, sőt az egészségügyi ellátás területén a nővérek tevékenysége az egyik legmagasabb stressz-szinttel jellemezhető munkakör (8). Ez részben az ápolási tevékenység fizikai jellegzetességeiből adódik, mint például a több műszak, az ügyeleti rendszer, a megerőltető munka, de ehhez járulnak még a pszichoszociális stresszhatások is, amelyeknek háttérben a magas felelősségterhelés, az érzelmi megterhelést jelentő helyzetek és a beosztásból eredő szerepkonfliktusok állnak (9). Mindezek következtében nem ritka az úgynevezett burnout tünetegyüttes kialakulása, amely a segítő

foglalkozásúak fokozott stresszterheltségének egyik következményeként fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapota (10). A nővéri pálya jellegzetességéből adódóan emiatt igen magas a fluktuáció, a pályaelhagyók aránya. A szakma társadalmi presztízsének el nem ismertsége miatt a nővérek munkaelégedettsége igen alacsony, társadalmi-anyagi helyzetüket sokan teljesen kilátástalannak ítélik, s ebben a diplomás ápolóképzés bevezetése sem jelentett igazi áttörést (11, 12).

A munkahelyi stressz tehát összetett jelenség, számos okra vezethető vissza. Az okok feltérképezésén túl, szükség van a stressz-szint mérésére és ennek alapján a munkahely veszélyeztetettségének meghatározására is. Ehhez nélkülözhetetlen a stressz mibenlétének megértése. *Selye* klasszikus definíciója alapján a stressz az egyén és a környezete közötti kölcsönhatás eredőjeként keletkezik, amikor valamely környezeti történés viselkedésváltozásra készíti az egyént (13). A munkahelyi stressz ennek értelmében a munkahelyi környezet és az egyén közötti kapcsolatból származtatható. Az úgynevezett Michigan-modell szerint egy munkahely pszichoszociális szempontból két esetben a legvesélyeztetőbb (14). Egyrészt akkor nagyobb az esély munkahelyi stressz kialakulására, ha eltérés van a környezet elvárásai, valamint az egyén rendelkezésére álló források között, amelyeknek segítségével ezeknek a követelményeknek meg tudna felelni. A másik lehetőség pedig, amikor a munkakörnyezet nem nyújt elegendő lehetőséget az egyén céljainak megvalósításához.

A pszichoszociális munkakörnyezet másik legfontosabb jellemzője – amely egyben a munkahelyi stressz egyik leggyakoribb oka, különösen az egészségügyben – az érzelmi megterhelést jelentő pszichikai problémák előfordulása. A nővérek munkájának jelentős részét teszi ki a betegek érzelmi támogatása, amely kulcsfontosságú az ápolásban, de sok esetben pszichikai szempontból megterhelést ró a nővérekre (15).

A harmadik, gyakran vizsgált munkahelyi jellemző a kollegiális társas támogatás. Az empirikus vizsgálatok alapján arra következtethetünk, hogy a munkahelyi stressz megelőzésében és hatásainak csökkentésében a társas támogatás játszhatja a döntő szerepet (14, 16). Kimutatták, hogy a társas támogatás jelentősen csökkenti a szorongás, a munkahelyi stressz, a burnout tünetegyüttes kialakulását (17, 18). A társas támogatásnak elsősorban az észlelt dimenziója a meghatározó, tehát nem a ténylegesen kapott, hanem az igényekhez igazított, szubjektív értékelés (19).

dr. Pikó Bettina:
Szegedi Tudományegyetem,
Pszichiátriai Klinika,
Magatartástudományi Csoport,
Szeged.
Érkezett: 2001. január 17.
Elfogadva: 2001. február 2.

Amikor a munkahelyi stressz és a munkakörnyezet egyéb pszichoszociális jellegzetességeinek hatását kívánjuk vizsgálni, el kell döntenünk, hogy milyen egészségi állapot-indikátort alkalmazzunk. Az egészségi állapot komplex, biopszichoszociális jelenség, és mivel napjaink legfőbb halálókaiban kóroktanában az életmódbeli és magatartási tényezők kerültek előtérbe, ezek vizsgálata prioritást élvez (20, 21). A pszichoszomatikus eredetű panaszok, mint például a fejfájás, a krónikus fáradtság vagy az alvási zavarok, igen gyakoriak a lakosság körében (22–24). A tünetek észlelésével kapcsolatban két szélsőséges jelenség figyelhető meg. Egyrészt, az enyhe és többnyire organikus elváltozás nélküli tünetekkel sokan keresik fel az orvosi rendelőket, amely számos esetben jelent differenciáldiagnosztikai problémát a klinikai gyakorlatban, ha eredetüket nem ismerik fel (25). Másrészt, a lakosság más része még a gyakori és az életminőséget befolyásoló tünetekkel sem fordul orvoshoz (26).

Melyek a leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek? *Stille* és *Rudolf* a járó betegek körében figyeltek fel a különböző nem specifikus, vegetatív tünetek igen magas gyakoriságára, amelyek közül a kimerültség szerepelt első helyen, majd ezt a tünetet követték az emésztési zavarok, alvási problémák, azonosíthatatlan eredetű fejfájás, gerincfájdalmak, szívproblémák, szexuális zavarok, bőrtünetek és obstipáció (27). Egyetemi hallgatók és középiskolás tanulók körében végzett vizsgálataink is megerősítették, hogy már a fiatal korosztályban is magas előfordulást mutatnak bizonyos tünetek, mint például a fejfájás, a hát- és derékfájás vagy a fáradtságérzés (28, 29). A hát- és derékfájás nemcsak a kevés mozgással és ülő életmóddal hozható összefüggésbe, hanem a stressz halmozódásával is (30). A krónikus fáradtságérzés az egyik leggyakoribb ok az alapellátáshoz fordulás szempontjából, sőt ez a tünet kiemelten hajlamosít szorongásra és depresszióra is (31).

A pszichoszomatikus tünetek keletkezése a legtöbb esetben megoldatlan pszichikai vagy szociális problémák jelenlétére utal, amelyek szomatizáció útján adnak jelzést (32). Mivel e panaszok hátterében legtöbbször pszichoszociális stresszterhelés áll, ezért fontos indikátorszerepet töltenek be, és jelentkezésük – ha nem is szervi okokra vezethető vissza – mindenképpen az egészségi állapot egyensúlyának megromlására utal (20).

Kutatásunk célkitűzése a Csongrád megye területén dolgozó és tanuló nővérek munkájának magatartás-tudományi elemzése volt, amely felölelte a társadalmi helyzetük, egészségi állapotuk, valamint munkahelyük pszichoszociális környezetének felmérését (11, 12, 33–35). Jelen vizsgálatban elsősorban a nővérek pszichoszomatikus egészségét elemeztük, és megnéztük, milyen összefüggések mutathatók ki a pszichoszomatikus tünetképzés, vala-

mint a munkakörnyezet bizonyos jellemzői, így a munkahelyi stressz, a munkával összefüggő érzelmi megterhelés, valamint a kollegiális társas támogatás hiánya között. Az elemzések során egyrészt arra kerestünk választ, hogy melyek a leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek a regisztrált és a tanuló nővérek között. Célunk volt továbbá, hogy megvizsgáljuk e tünetek előfordulása és a pszichoszociális munkajellemzők közötti kapcsolatot, egyéb kontrolltényezőket (például szociodemográfiai változók) is beiktatva az elemzésbe.

Minta és módszer

A kutatásnak ebben a fázisában 600 nővért kérdeztünk meg, akik közül 420-an vállalták a kutatásban való részvételt, amely így 70%-os válaszadási aránynak felelt meg. A minta kiválasztása véletlenszerűen történt, amely a megyében dolgozó nővérek körülből 10%-át jelentette. A dolgozó nővérek (n=218) esetében ügyeltünk arra, hogy a lehető legtöbb diszciplína képviselve legyen; a megkérdezett tanulók (n=202) egészségügyi szakközép-iskolai képzés keretei között sajátítják el a szakmai ismereteket. Ez utóbbi csoportban az átlagéletkor 17 év volt. A regisztrált ápolónők életkorának átlaga 33 év volt, túlnyomó többségük, 80,7%-uk szakközép-iskolai vagy szakmunkásképző bizonyítvánnyal rendelkezett, családi állapot szerint legnagyobb hányaduk egyedülálló (40,4%) vagy házas (37,6%) volt. 27,1%-uk állandó délelőtös műszakban, 10,3%-uk két műszakos, 62,3%-uk pedig három műszakos munkarendben végezte munkáját.

A vizsgálatban adatgyűjtési módszerként önkitöltéses kérdőívet alkalmaztunk, amely kiterjedt a szociodemográfiai adatokon kívül a pszichoszomatikus tünetek, az egészségi állapot egyéb pszichoszociális jellemzői, a munkahelyi stressz és érzelmi megterhelés, valamint a társas támogatás vizsgálatára.

Szociodemográfiai mutatók

A dolgozó nővérek esetében megkérdeztük az életkort, a családi állapotot, az iskolai végzettséget, a társadalmi-gazdasági helyzet önértékelését, valamint azt, hogy rendelkeznek-e a megkérdezettek saját tulajdonú lakással. A tanuló nővérek esetében az életkoron kívül a szülők iskolai végzettségét, valamint a társadalmi-gazdasági helyzetük megítélését kérdeztük.

Pszichoszomatikus tüneti skála

A hét kérdésből álló skála a következő tünetek gyakoriságára terjedt ki: fejfájás, hát- és derékfájás, al-

vási problémák, fáradtságérzés, gyomorégés, idegességből eredő hasmenés és palpáció (28, 29, 36). A skála alkalmazásának célja az volt, hogy e tünetek előfordulásáról az előző 12 hónapra vonatkozóan gyűjtsünk adatokat. A válaszkategóriák a következők voltak: soha (0), ritkán (1), időnként (2) és gyakran (3). Az összesített pontszám minimum 0, maximum 21 lehetett. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értéke a saját adatbázissal 0,73 volt a regisztrált nővérek esetében, míg 0,75 a tanuló nővéreknél.

Pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők

Három kérdés segítségével ismertük meg a nővérek munkájának pszichoszociális környezetét. Az észlelt stressz meghatározásához a következő kérdést tettük fel: „Megítélése szerint milyen gyakran éri stressz a munkahelyén?” A válaszlehetőségek a következők voltak: soha (1), ritkán (2), időnként (3) és gyakran (4). Az érzelmi megterhelést vizsgáló kérdés így hangzott: „Megítélése szerint milyen gyakran találkozik érzelmi megterhelést jelentő helyzetekkel a munkahelyén?” Az előzőhöz hasonlóan itt is a soha (1), a ritkán (2), az időnként (3) és a gyakran (4) válaszok álltak rendelkezésre. Végül a társas támogatásról szóló kérdést tettük fel: „Milyen gyakran számíthat kollégái segítségére munkahelyén, amikor szüksége lenne rá?” A válaszokat a soha (1), a ritkán (2), az időnként (3) és a gyakran (4) kódok jelentették.

Statisztikai elemzés

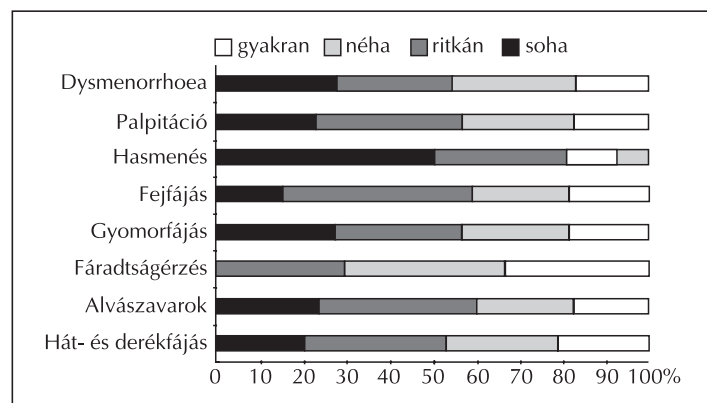
Az SPSS for MS Windows Release 8.0 program segítségével végeztük az elemzéseket. A két almintá közötti különbségeket χ^2 -próbával vizsgáltuk. A változók közötti kapcsolatok mérésére korrelációs és regresszióelemzést végeztünk. Többváltozós lineáris regresszió elemzés segítségével állapítottuk meg a pszichoszomatikus tünetegyüttes előfordulását befolyásoló prediktor tényezőket, amelyek során két modellt alkalmaztunk: az első modell a szociodemográfiai tényezőket, míg a második a munkajellemzőket tartalmazta. Ennek értelmében az előbbi tényezőcsoport kontrollként szerepelt az elemzés során.

Eredmények

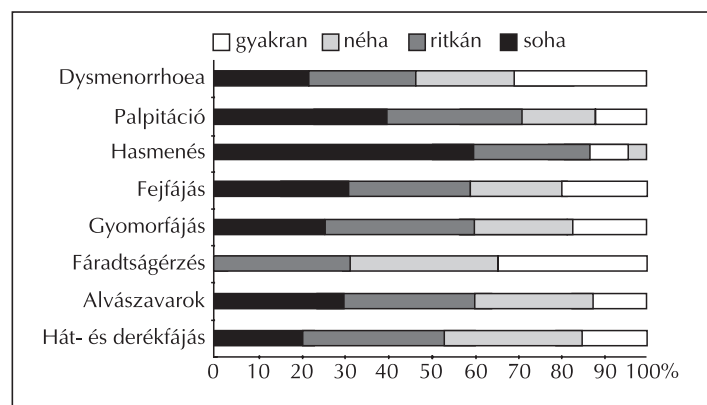
A vizsgált pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságait a regisztrált nővérek körében az 1. ábr-

ra, a tanuló nővérek körében pedig a 2. ábra mutatja. Mindkét csoportban a fáradtságérzés volt a leggyakoribb tünet; a regisztrált nővérek közül senki nem válaszolta azt, hogy egyáltalán nem érezte ezt a tünetet az elmúlt 12 hónap során. Emellett igen sokan számoltak be hát- és derékfájásról, alvási zavarokról és szabálytalan szívdobogásról is. A tanuló nővérek körében a fejfájás magas gyakorisága érdemel kitüntetett figyelmet. Az összesített tüneti skála pontértékeinek átlaga a regisztrált nővérek esetében bizonyult magasabbnak (átlag = 9,6, medián = 9,0, szórás = 4,2), szemben a tanuló nővérek pontértékeinek megoszlásával (átlag = 8,6, medián = 8,0, szórás = 4,2).

Az 1. táblázat tartalmazza a nővérek pszichoszociális munkakörülményeinek jellemzőit, χ^2 -próbával vizsgálva a két csoport közötti különbségek szignifikanciáját. Mind a tanuló, mind pedig a regisztrált nővérek körében igen gyakori a stressz észlelése, az előbbiek 34,4%-a válaszolta azt, hogy gyakran, 48,8%-a pedig, hogy időnként éri stressz a munkahelyén. A tanuló nővéreknek mindössze 4,0, a regisztrált nővéreknek pedig 1,4%-a válaszolta



1. ábra. A nővérek pszichoszociális munkakörülményeinek jellemzői (százalékban)



2. ábra. A tanuló nővérek pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága és más változók korrelációs együtthatói

1. táblázat. A nővérek pszichoszociális munkakörülményeinek jellemzői (százalékban)

Jellemzők	Regisztrált nővérek (n=218)	Tanuló nővérek (n=202)
<i>Észlelt stressz*</i>		
Soha	1,4	4,0
Ritkán	15,3	22,1
Időnként	48,8	52,8
Gyakran	34,4	21,1
<i>Munkahelyen érzelmi megterhelés**</i>		
Soha	0,5	4,7
Ritkán	18,5	35,9
Időnként	46,4	43,8
Gyakran	34,6	15,6
<i>Társas támogatás munkatársaktól</i>		
Soha	12,0	13,5
Ritkán	35,9	28,5
Időnként	37,3	39,4
Gyakran	14,8	18,7

χ^2 -próba: * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

azt, hogy soha nem észlelt stresszt munka közben. A statisztikai próba alapján arra következtethetünk, hogy a regisztrált nővérek nagyobb hányada van kitéve munkahelyi stressznek ($p < 0,01$), valamint náluk gyakoribbak a pszichikai problémák megjele-

2. táblázat. A pszichoszomatikus tünetek gyakorisága és más változók korrelációs együtthatói

	Regisztrált nővérek Pontszámterjedelem: 0–21 Átlag: 9,6 Szórás: 4,2	Tanuló nővérek Pontszámterjedelem: 0–21 Átlag: 8,6 Szórás: 4,2
Az egészség önértékelése	-0,43***	-0,45***
Dohányzás	0,27***	0,16*
Alkoholfogyasztás	0,14*	0,01
Drogfogyasztás	0,07	-0,03
Észlelt stressz	0,42***	0,43***
Munkahelyen érzelmi megterhelés előfordulása	0,23**	0,27***
Társas támogatás munkatársaktól	-0,19**	-0,11
Kor	0,22**	-0,03
Társadalmi helyzet önidentifikációja	-0,19**	-0,12*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

nése is ($p < 0,001$). Ez utóbbi esetében a két csoport közötti különbség számottevő: több mint kétszer annyi nővér jelezte, hogy munkahelyén pszichikai megterhelést okozó érzelmi problémákkal találkozik (34,6%), mint a tanulók (15,6%). Arra a kérdésre, hogy „Milyen gyakran számíthat kollégái segítségére munkahelyén, amikor szüksége lenne rá?”, erősen megoszlottak a válaszok mindkét alcsoportban. A két csoport közötti különbségek azonban statisztikailag nem bizonyultak jelentősnek.

A 2. táblázatban láthatók a pszichoszomatikus tünetek és a vizsgálatban szereplő egyéb változók közötti kapcsolatokat jelző korrelációs együtthatók. A pszichoszomatikus tünetek gyakorisága szoros összefüggést mutat mind a regisztrált, mind pedig a tanuló nővérek csoportjában az egészség önértékelésével, a dohányzással, a munkahelyi stresszrel, az érzelmi megterheléssel és a társadalmi helyzet önidentifikációjával. Ennek értelmében megállapítható, hogy azok számolnak be gyakoribb tünetképzésről, akik dohányoznak és akik több munkahelyi stressznek, valamint pszichikai megterhelésnek vannak kitéve, és akik társadalmi helyzetüket is rossznak ítélik meg. A gyakoribb pszichoszomatikus tünetek miatt a megkérdezettek saját egészségüket is kevésbé tartják kedvezőnek. Az iménti összefüggések mellett a regisztrált nővérek körében a tüneti gyakoriság összefüggést mutatott az alkoholfogyasztással, a társas támogatás hiányával és a korrallal is.

A 3. táblázat a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát befolyásoló változók regresszióelemzését tartalmazza. Az első modellben a szociodemográfiai változók szerepelnek, amelyek a varianciának mindössze 6%-át magyarázták meg. Nem szerepelt jelentős meghatározó tényezőként sem a családi állapot, sem pedig az iskolai végzettség. Az sem bizonyult jelentős prediktornak, hogy rendelkezik-e saját lakással a megkérdezett. A korrallal azonban egyenes arányban nő a pszichoszomatikus tünetképzés, és azok körében szintén gyakoribb a tünetek előfordulása, akik társadalmi helyzetüket kedvezőtlennek ítélik meg. A második modellben a munkakörülményeket jellemző változók is bekerültek a regresszióelemzésbe, amelynek hatására a szociodemográfiai változók szignifikanciája megszűnt. A munkajellemzők közül a pszichoszociális munkakörülményeket jellemző változók erős prediktor tényezőknél bizonyultak: minél több munkahelyi stresszről és érzelmi megterhelést jelentő munkahelyi pszichikai problémáról számoltak be a nővérek, valamint minél inkább nélkülözték a kollegiális társas támogatást, annál gyakoribb volt a tünetek előfordulása is. A második modellben a változók már a variancia 21%-át magyarázták meg, amely a pszichoszociális munkakörnyezet jelentőségére utal a pszichoszomatikus egészség alakulásában.

A 4. táblázatban a pszichoszomatikus tünetek

előfordulását befolyásoló tényezők regresszióelemzését láthatjuk a tanuló nővérek körében. Az első modellben itt is a szociodemográfiai változók hatását elemeztük, amelyek közül az anya iskolai végzettsége, valamint a társadalmi helyzet megítélése bizonyult statisztikailag jelentősnek, ez utóbbi a második modellben is szignifikáns maradt. Ez azt jelenti, hogy azok körében, akik társadalmi helyzetüket kedvezőtlennek ítélik meg, gyakoribb a tünetképzés. A pszichoszociális munkajellemzők közül kettő ebben a csoportban is jelentős prediktornak tűnik: az észlelt stressz, valamint a munkahelyi pszichikai problémák előfordulásával egyenes arányban nő a pszichoszomatikus tünetek száma is. Míg az első modellben a változók a varianciának csak 4%-át, addig a végső modellben 26%-át magyarázták meg, ami jelentős részben itt is a pszichoszociális munkajellemzők hatásának volt köszönhető.

Következtetések

A vizsgálat egyik célja a lakosság körében előforduló pszichoszomatikus tünetek gyakoriságának felmérése volt a nővérekből álló mintában. A leggyakoribb tünetnek mind a regisztrált, mind pedig a tanuló nővérek esetében a fáradtságérzés bizonyult. A kimerültség, a gyengeségérzés kiemelt tünetként szerepel az általános orvosi gyakorlatban, de már középiskolások és egyetemi hallgatók körében is igen gyakori (27–29, 31). Az alvászavarok szintén igen sok esetben jeleznek egészségi állapotbeli egyensúlyi zavart, és szintén már a fiatalabb korosztályban is fontos indikátornak számítanak (22, 23, 28). A fejfájás a tanuló nővérek körében szerepelt kitüntetett tünetként, amelynek gyakori előfordulásáról a középiskolások körében végzett kutatásunk során is beszámoltak a diáklányok (28). A hát- és derékfájás nemcsak a helytelen életmódra, hanem stresszhalmozódásra is utal, sőt leggyakrabban a kettő összefüggésében keletkezik (30). A gyakoriságok alapján azt mondhatjuk, hogy a tünetek spektruma a lakosságban tapasztaltakhoz hasonló, azonban az összesített skála pontértékeinek átlaga magasabbnak mutatkozott a nővérek esetében mindkét almintában (28, 29, 36).

A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzőket vizsgálva megállapítható, hogy mind a tanuló, mind pedig a dolgozó nővérek körében igen magas a munkahelyi stressz, valamint az érzelmi megterhelést okozó problémák észlelése, az utóbbi csoportban a rendszeres munkát végző nővérek jobban ki vannak téve e veszélyeknek. Kollegiális társas támogatásra azonban a nővérek nagyon változó mértékben számíthatnak, olyanok is vannak mindkét csoportban, akik soha, és csak kevesen válaszolták azt, hogy min-

3. táblázat. A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát befolyásoló változók regresszióelemzése a regisztrált nővérek körében ($n=218$)

	1. modell	2. modell
<i>Szociodemográfiai változók</i>		
Kor	0,16 ^{*a}	0,13
Egyedülálló ^b	-0,10	-0,07
Elvált	0,03	-0,03
Özvegy	-0,04	-0,04
Élettársa van	-0,09	-0,06
Saját lakással rendelkezik	-0,07	-0,11
Iskolai végzettség	-0,09	-0,12
Társadalmi helyzet önidentifikációja	-0,16 [*]	-0,10
<i>Munkakörülmények</i>		
Állandó éjszakás ^c		-0,02
Két műszakos		-0,05
Három műszakos		-0,13
Észlelt stressz		0,30 ^{***}
Érzelmi megterhelés		0,18 ^{**}
Társas támogatás munkatársaktól		-0,14 [*]
Konstans	12,1 ^{***}	6,5 [*]
Kiigazított R ²	0,06 [*]	0,21 ^{***}

^{*}p < 0,05; ^{**}p < 0,01; ^{***}p < 0,001

^a Regressziós együtthatók (β)

^b A családi állapot esetében a referenciacsoportot a házások jelentették

^c A műszakbeosztás esetében az egy műszak jelentette a referenciacsoportot

dig számíthatnak rá. A gyakoribb pszichoszomatikus tünetképzés összefügg a dohányzással, a munkahelyi stresszel, érzelmi megterheléssel. Gyakoribbak a tünetek a társadalmi helyzetüket rosszabbnak tar-

4. táblázat. A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát befolyásoló változók regresszióelemzése a tanuló nővérek körében ($n=202$)

	1. modell	2. modell
<i>Szociodemográfiai változók</i>		
Kor	-0,07 ^a	-0,07
Apa iskolai végzettsége	0,10	0,09
Anyai iskolai végzettsége	0,14 [*]	0,10
Társadalmi helyzet önidentifikációja	-0,20 [*]	-0,11 [*]
<i>Munkakörülmények jellemzői</i>		
Észlelt stressz		0,36 ^{***}
Érzelmi megterhelés		0,20 ^{***}
Társas támogatás munkatársaktól		-0,03
Konstans	12,8 ^{**}	3,9
Kiigazított R ²	0,04 [*]	0,26 ^{***}

^{*}p < 0,05; ^{**}p < 0,01; ^{***}p < 0,001

^a Regressziós együtthatók (β)

tók körében is. A nagyobb stressznek kitett regisztrált nővérek esetében még fokozottabban jelentkezik a társas támogatás hiánya. Ez azért is figyelemre méltó, mert a társas támogatás tenné lehetővé a fokozott stresszhatás következményeinek semlegesítését (14, 16, 17). Mindezen tényezők kihatnak az egészség önértékelésére is: azok, akik gyakoribb tünetképzésről számolnak be, saját egészségüket is lényegesen rosszabbnak tartják.

A többváltozós elemzés eredményeként az derült ki, hogy a nővérek pszichoszomatikus egészsége elsősorban a munkahelyük pszichoszociális jellemzőitől függ, sem a szociodemográfiai, sem pedig más kontrolltényező nem befolyásolta jelentősen a függő változót. Az egészségi állapot alakulásában tehát döntő szerepet játszik a munkahelyen észlelt stressz, az érzelmi megterhelést okozó pszichikai problémák jelenléte, valamint a kollegiális társas támogatás hiánya. Mindez a menedzsment számára fontos üzenetet közvetít. A reform folyamatok során hangsúlyt kell fektetni mind a racionalizálásra, a munkafolyamatok gazdaságosabbá tételére, mind pedig a humanizálásra, a pszichoszociális munkakörnyezet javítására (35). Ez különösen fontos egy olyan ágazatban, mint az egészségügy, ahol a szervezet, illetve a munkavégzés jellegzetességei is közvetítenek stresszt (1, 2). A piacorientált cégek világában a menedzsment mindig is érdekelt volt a munkavégzés pszichoszociális jellemzőinek javításában, mert itt hamar rájöttek, hogy a stresszorok jelenléte kihat a munkaelégedettségre, a hiányzások számára, a fluktuációra, a minőségi munkavégzésre, a kreativitásra és az innovációs tevékenységre. Különösen az utóbbi sínyli meg a krónikus stressz jelenlétét, hiszen a kreatív gondolkodásra rendkívül gátlóan hat, míg a rutintevékenységeket csak kevésbé érinti. Ezért a folytonosan megújuló, hatalmas sikersizériákat elkönyvelő cégek igen fontosnak tartják az egyén fejlődését, megtartását, támogatását. A stresszmenedzsment a szervezeti kultúra része, a pszichoszociális munkakörnyezet javításával ugyanis megelőzhető a stressz egyénre és szervezetre gyakorolt káros hatásai. Csak a stresszmenedzsment stratégiáit jól alkalmazni tudó szervezetek válhatnak gazdaságilag is tartósan sikeresé.

Az egészségügyben és más, nem termelő szférában azonban a menedzsmenttől idegen a humán

erőforrás fejlesztését magában foglaló gondolkodásmód. Nemcsak a hatékony stresszmenedzsment-technikák, hanem a modern vezetés gyakorlati módszerei sem nyertek mindeddig létjogosultságot. Az egészségpolitikának nem kiemelt területe a dolgozók lelki egészségvédelme. Kimutatták pedig, hogy a fokozott fizikai vagy pszichikai veszélyeknek kitett munkahelyeken a tényleges problémát sok esetben nem is a munka jellegéből fakadó veszélyhelyzetek jelentik – ezekre ugyanis számítanak az itt dolgozók –, hanem a nem megfelelő formális és informális kapcsolatrendszer (37). Az intenzív kórházi egységekben vagy a műtétes osztályokon dolgozók körében várt magasabb stresszterheltség nem igazolódott be, sőt, éppen ellenkezőleg, az itt dolgozó nővérek stresszterheltsége alacsonyabbnak mutatkozott, és munkájukkal is lényegesen elégedettebbek voltak, a pontos feladatmeghatározás, a pontos szerepkijelölés és a jobb pszichoszociális munkakörnyezet következtében (38). Vizsgálatunk is alátámasztja azt a szakirodalmi adatot, hogy a társas támogatás központi elem a stresszterhelés következményeinek megelőzésében. Korábbi vizsgálatunkban fény derült arra, hogy a nővérek gyakran hazaviszik munkahelyi problémáikat, nem állnak rendelkezésükre a stressz feldolgozásának társas módjai (34). A menedzsment egyik legfontosabb feladata olyan teamstruktúra kialakítása a munkahelyeken, amelyek elősegítik a kollegiális társas támogatás megvalósulását. Amikor ugyanis egy munkahely hatékonyságát kívánjuk növelni, nem szabad eltekinteni attól sem, hogy a humán erőforrás helyzetén javítsunk, mert tartós eredmény csak akkor várható, ha a változások a gazdasági területek mellett érintik az egészségügyi intézmények szervezeti kultúráját is.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány „A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata...” című OTKA F025070 számú kutatási projekt keretében készült. Az elemzés és a tanulmány megírása alatt a szerző a University of Alabama at Birmingham (USA) Szociológia Tanszékén vendégkutatóként dolgozott, amelyet az Oktatási Minisztérium Eötvös-ösztöndíja tett lehetővé. A szerző mindkét támogatásért köszönetét fejezi ki.

IRODALOM

1. Tumulty G, Jernigan IE, Kohut GF. The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *Appl Nurs Res* 1994;7:84-90.
2. McDaniel C, Stumpf L. Organizational culture: Implications for nursing service. *J Nurs Adm* 1993;23:54-60.
3. Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs* 1992;17:704-11.
4. Blegan MA. Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nurs Res* 1993;29:32-42.
5. Csanaky Gy. Szervezeti magatartást meghatározó tényezők az egészségügyben. *Kórház* 1999;6:22-31.
6. Fenwick R, Tausig M. The macroeconomic context of job stress. *J Hlth Soc Behav* 1994;35:266-82.
7. Makara P. Policy implications of differential health status in East

- and West Europe: the case of Hungary. *Soc Sci Med* 1994;39:1295-302.
8. Leppanen RA, Oikkinoura MD. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand J Work Envir Hlth* 1987;13:1-8.
 9. Wheeler H, Riding R. Occupational stress in general nurses and midwives. *Br J Nurs* 1994;3:527-34.
 10. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall; 1982.
 11. Pikó B. Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízisének megítéléséről. *Eü Gazd Szemle* 1999;37:79-89.
 12. Pikó B, Piczil M. Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *LAM* 1998;8:728-34.
 13. Sellye H. Confusion and controversy in the stress field. *J Hum Stress* 1975;1:37-44.
 14. Marcelissen FHG, Winnubst JAM, Buunk B, de Wolff CJ. Social support and occupational stress: A causal analysis. *Soc Sci Med* 1988;26:365-73.
 15. Small E. Valuing the unseen emotional labour of nursing. *Nurs Times* 1995;28:40-1.
 16. Fenlason KJ, Beehr TA. Social support and occupational stress: Effects of talking to others. *J Org Behav* 1994;15:157-75.
 17. Oehler JM, Davidson MG, Starr LE, Lee DA. Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart Lung* 1991;20:500-505.
 18. Stechmiller JK, Yarandi HN. Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung* 1993;13:534-41.
 19. Pikó B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Subst Use Misuse* 2000;35:617-30.
 20. Pikó B. Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *LAM* 1996;6:474-7.
 21. Pikó B. Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: Role of the WHO definition of health. *Adm Pol Ment Hlth* 1999;26:435-8.
 22. Armenian HK, Halabi SS, Khlal M. Epidemiology of primary health problems in Beirut. *J Epidem Commun Hlth* 1989;43:315-8.
 23. Mays N, Chinn S, Ho KM. Interregional variations in measures of health from the Health and Lifestyle Survey and their relation with indicators of health care needs in England. *J Epidem Commun Hlth* 1992;46:38-47.
 24. Wilkinson IF, Barby DN, Mant A. Self-care and self-medication. *Med Care* 1987;25:965-78.
 25. Barsky AJ, Cleary PD, Klerman GL. Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Soc Sci Med* 1992;34:1147-54.
 26. Verbrugge LM, Asconi FJ. Exploring the iceberg: common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987;25:539-69.
 27. Stille D, Rudolf G. Krankheitsbild und Krankheitsverhalten bei 655 ambulanten psychoneurotischen und psychosomatischen Patienten. *Z Psychosom Med* 1982;28:150-59.
 28. Pikó B. Psychosomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. *Orv Hetilap* 1999;140:1297-304.
 29. Pikó B, Barabás K, Boda K. Psychosomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orv Hetilap* 1995;136:1667-71.
 30. Leino P. Symptoms of stress predict musculoskeletal disorders. *J Epidem Commun Hlth* 1989;43:293-300.
 31. Kroenke K, Wood D, Mangelsdorff D. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics and outcome. *JAMA* 1988;260:929-34.
 32. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review. *Am J Med* 1982;72:127-35.
 33. Pikó B. Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *J Roy Soc Prom Hlth* 1999;119:156-62.
 34. Pikó B, Piczil M. „És rajtunk ki segít...?” – Kvalitatív egészség-szociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély* 2000;10:110-20.
 35. Pikó B. Job satisfaction and dissatisfaction in Hungary: Nurses' opinion of their profession in a changing society. *J Nurs Adm* 2000;30:452-73.
 36. Pikó B, Barabás K, Boda K. The frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Publ Hlth* 1997;7:243-7.
 37. Kaufmann GM, Beehr TA. Occupational stressors, individual strains, and social supports among police officers. *Hum Rel* 1989;42:185-97.
 38. Boumans NPG, Landeweerd JA. Working in an intensive or non-intensive care unit: Does it make any difference? *Heart Lung* 1994;23:71-9.

VI. MÁJNAP

Továbbképző konferencia háziorvosok és gasztroenterológusok részére

Időpont: 2001. május 18.

Helyszín: Semmelweis Egyetem Elméleti Tömb (Budapest, IX. Nagyvárad tér)

Szervező: Májbetegekért Alapítvány, Fővárosi Szent László Kórház, III. Sz. Belgyógyászati Osztály (Hepatológia – Gasztroenterológia)

A konferencián elhangzó előadások:

Prof. Dr. Böszörményi Nagy György (Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet):
Hepatopulmonalis szindróma

Prof. Dr. Nemesánszky Elemér (Budai Irgalmasrendi Kórház): Portalis hypertensio és ascites
Dr. Péter Zoltán (Fővárosi Szent László Kórház): Portalis hypertensio és a gastrointestinalis traktus

Dr. Szőnyi László (Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika): Gyermekkori májbetegségek és szerepük a felnőttkori májbetegségek kialakulásában

Dr. Makara Mihály (Fővárosi Szent László Kórház): Az antivirális szerek szerepe a májbetegségek kezelésében

Dr. Rókus László (Központi Honvéd Kórház): Májbetegségek elleni védőoltások; védőoltások májbetegneknek

Dr. Görög Dénes (Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika):
A májtranszplantáltak gondozása

Az előadások 30 percesek, egy-egy tematikai blokkot kerekasztal-megbeszélés és vita követ. A rendezvény ideje alatt a szponzorok kiállítása tekinthető meg. A büfét az alapítvány biztosítja.

A rendezvényen való részvételt a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke 2 kreditponttal ismeri el.