

Jólét–jóllét mutatók segítő szakmában dolgozók körében

Nagyvárad *Katalin**

A témához kapcsolódó nemzetközi társadalomtudományi és egészség tudományi szakirodalomban számos kutatás foglalkozik az emberek egészségi állapotával. Ezekben a kutatásokban gyakran választanak olyan populációt, amely speciális munkahelyhez kötődik, így nem egyszer az egészségügyben dolgozókhöz, illetve azok munkakörülményeihez. Alapul véve a nemzetközi tapasztalatokat, kutatásunkban speciális populációt választottunk, egy – a segítő szakmában dolgozó – krónikus pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézmény szakembereit. Választásunk azért esett rájuk, mert az egészségügyi szektor dolgozóira a kilátástalanság, az általánossá váló bizonytalanság megélése, a jólét–jóllét kontextusának változása jellemző így az egészségi állapotuk feltérképezéséhez az egészségügyi szektorra jellemző visszafordíthatatlan folyamatokat is be tudtuk kapcsolni a vizsgálatba. A jólét – jóllét témakörével foglalkozó kutatások közös jellemzője, hogy túlnyomó részük a szubjektív egészségi állapotot vizsgálja kérdőíves felméréssel, önbecslés alapján. A kérdőívek gyakran tartalmazznak olyan kérdéseket, melyek az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi környezetre, illetve a megkérdezettek anyagi helyzetére is kitérnek. Ez azt jelenti, hogy sok kutató társadalomtudományi kontextusban is vizsgálja az egészségi állapotot meghatározó összetevőket. További szempontunk volt, hogy a szubjektív egészségmutatók mellett az objektív egészségi állapotot is felmérjük, mert az volt a fő hipotézisünk, hogy a mutatók többsége feltehetően egybeesik. Azonban feltételezésünket a vizsgálatunk nem igazolta.

Kulcsszavak: jólét–jóllét, egészségi állapot, segítő szakma

Bevezetés

Napjaikban az egészségügyben bekövetkező változásokat már visszafordíthatatlan folyamatként jellemezhetjük. Számos kultúranropológiai és szociológiai tanulmány foglalkozik azzal, hogy az emberi kapcsolatok és érzelmek ápolására nagyobb figyelmet, több időt kell, hogy szenteljünk. Világunkra jellemző, hogy a természetes emberi kapcsolatok helyét részben a segítő kapcsolatok veszik át. A nyugati szakirodalomban összefoglaló névvel segítő foglalkozásúaknak (például pedagógus, lelkész, jogász, szociális gondozó, ápoló, stb) nevezik őket. Azt is mondhatnánk, hogy e humán foglalkozású szakemberek tevékenységük jellegéből adódóan fokozott mértékű érzelmi kapcsolatban állnak az emberekkel. Ezért különösen fontos, hogy olyan képességekkel és jártasságokkal rendelkezzenek, amelyek segítik őket az érzelmek és emberi kapcsolatok terén történő eligazodásban. Talán nem véletlen, hogy a fogalom, illetve a kifejezés a fejlett, teljesítményorientált ipari társadalmakban jelent meg, amelyekre a fogyasztói szemlélet, az elidegenedés is jellemző (Tomcsányi és Fodor, 1990).

Az egészségügyi szektor dolgozóira – mint segítő foglalkozásúak egy jellemző csoportjára – a kilátástalanság, az általánossá váló bizonytalanság megélése, a jólét–jóllét kontextusának változása jellemző (Nagy, 2007). Az Európai Unió egészségügyi miniszterei 2005-ben Helsinkiben kijelentették, hogy a mentális egészség alapvető jelentőségű az egyének életminősége, munkaképessége szempontjából, mely további problémák forrása lehet az Európai Közösség Bizottsági jelentése szerint (Európai Közösség Bizottsága, 2006).

* Nyugat-magyarországi Egyetem, Berzsenyi Dániel Pedagógusképző Kar, Sporttudományi Intézet, Szombathely, tanársegéd, email cím: itaky@mnsk.nyime.hu

Életminőség, jólét–jóllét

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, Skrabski és Székely, 2006).

Diener szerint: „a szubjektív életminőség nem más, mint az, ahogyan az emberek értékelik saját életüket; ez magában foglalja a boldogságot, az étellel 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 „étellel 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). Wilkinson szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek növekedése hatást fejthet ki a modern társadalomban élők egészségre, az átlagos várható élettartamukra és tovább csökkenthetik az emberek érzelmi jóllétét (Wilkinson, 2006). Ezt a folyamatot nevezi Greg Easterbrook fejlődési paradoxonnak. A jelenség lényege, hogy a fejlett országokban élő emberek nem érzik jobban magukat, illetve egyre rosszabbul érzik magukat életfeltételeik folyamatos javulása ellenére (Kispálné, 2015). Scitovsky hasonlóképpen fogalmaz a témával kapcsolatban: „... a túl nagy kényelem és jólét akadályává válhat az örömeknek” (Scitovsky, 1990).

A Gallup Intézet 2006-os nemzetközi felmérésében – melyet azonos kérdőív alapján 132 ország felnőtt lakossága körében folytattak le – is megerősítették Wilkinson korábban idézett megállapítását, mely szerint a gazdasági növekedés nem jár együtt az étellel való elégedettséggel (boldogsággal). Ellenben a várható élettartam-növekedés, mely összefüggésben van az anyagi jóléttel, ha kismértékben is, de hatással van az étellel való elégedettségre. Az anyagi jólét azonban az életkor előre haladtával kevésbé hat az étellel 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 (Easterlin, 2005). Egy európai kutatás eredményei szerint viszont az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők több negatív érzélemmel és kevesebb pozitívval rendelkeznek, mint a magasabb jövedelműek (Michaelson, Juliet és mtsai. 2009). 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 Martos (2011) is arra a megállapításra jutottak, hogy az életminőség és a gazdasági fejlődés nincsenek lineáris kapcsolatban egymással. Tehát a pénzügyi jólét nem feltétlenül jelenti az adott társadalom boldogságának növekedését. Másrészt a gazdaság sikereinek az életminőség is előfeltétele lehet (Kopp és 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 és 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*).

A londoni Új Gazdaság Alapítvány (*New Economics Foundation, NEF*) 2007-ben folytatott, az egyéni, a társadalmi és a munkahelyi jóllét (*well-being*) országonkénti feltérképezésére irányuló vizsgálatának eredményeiből kiderül, hogy a magyar felnőttek kevésbé elégedettek az életükkel, gyakran vannak negatív érzelmeik, kevésbé energikusak, közeli társas kapcsolataik nem túl erősek, a munkahelyükön sem érzik túlságosan jól magukat; viszont a mindennapi működésük, életvitelük, tevékenységeik színvonalát és a közbizalom szintjét mérő mutatók tekintetében az európai átlag feletti értékek jellemzők rájuk (idézi: *Kispálné, 2015*).

A témában végzett magyar kutatások közül az egyik legjelentősebb az elmúlt évtizedekben négyszer – 1988-ban, 1995-ben, 2002-ben és 2006-ban – lefolytatott Hungarostudy Egészség Panel (HEP) országos reprezentatív vizsgálat. A felmérés legfontosabb eredményei többnyire összhangban állnak a nemzetközi vizsgálatok eredményeivel, azaz Magyarországon jelentősek a jövedelmi egyenlőtlenségek – melyekben az iskolai végzettség szerepe meghatározó –, a bizalom és a társadalmi tőke csökken, az anómiás állapot nő, társadalmi méretűvé vált (*Kopp 2008; Kopp és Skrabski 2008; idézi: Kispálné, 2015*). A magyar emberek boldogságérzete továbbá összefüggést mutat többek között a nemükkel (a férfiak boldogabbak a nőknél), az anyagi helyzetükkel, a munkaerő-piaci státusukkal, a munkahelyi körülményeikkel, a társas támogatásuk különféle formáival, az élet értelmébe vetett hitükkel, a fizikai és mentális egészségi állapotukkal (*Kopp és Skrabski 2008*).

A kutatás leírása

A témához kapcsolódó szakirodalomban számos kutatás foglalkozik különböző társadalomtudományi megközelítésekben az emberek 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 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.

A jólét–jóllét kontextusa, valamint a hozzájuk tartozó egzisztenciális és mentális komponensek valamilyen módon a saját kutatásunkban is vizsgálat tárgyát képezik, mint ahogy annak eldöntésében is a szakirodalomból építkeztünk, hogy lakossági vagy munkahelyhez kötődő speciális populációt válasszunk-e, amikor a vizsgálatot terveztük. Miután nem kevés kutatásban vizsgáltak olyan populációt, amely speciális munkahelyhez kötődik, mi is ezt a megoldást választottuk, nevezetesen egy krónikus pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézmény szakdolgozóit. Döntően azért, mert a vizsgált személyek jólét–jóllét mutatóinak feltérképezéséhez az egészségügyi szektorra jellemző sajátos munkahelyi körülményeket is be akartuk kapcsolni a vizsgálatba. Minthogy mintánkat egy intézmény dolgozóinak körére korlátoztuk, kutatásunk magyarázó esettanulmánynak minősül, melyből az következik, hogy kutatási eredményeink érvényességi köre nem terjed túl a vizsgált intézményen és populáción.

A hazai és nemzetközi kutatások túlnyomó része a jólét–jóllét kérdéskörét kérdőíves felméréssel tárja fel. Ez az a pont, ahol túl szerettünk volna lépni a más kutatásokból szerzett módszertani tapasztalatokon, így adatainkat nemcsak önbecslésre, hanem a saját magunk által végzett műszeres mérésekre is alapoztuk, hiszen kíváncsiak voltunk arra, hogy a jólét–jóllét mutatók miként befolyásolják az egyének egészségi állapotát.

A kutatás céljai és hipotézisei

A kutatás egyik célja módszertani jellegű volt, nevezetesen az, hogy az jólét–jóllét mutatók mellett az objektív egészségi állapotot is felmérjük, tekintve, hogy ez viszonylag hiányterületnek számít a témával foglalkozó hazai és nemzetközi kutatásokban. Feltételeztük, hogy a kérdéseinkre adott válaszok, mint szubjektív mutatók, egybeesnek az objektív fizikai állapotfelmérés eredményeivel.

A kutatás másik céljaként azt tűztük magunk elé, hogy egymásra vonatkoztassuk a jólét–jóllét objektív és szubjektív tényezőit. Feltételeztük, hogy a vizsgált populációban azoknak lesznek jók az objektív egészségmutatói, akik jobb egzisztenciális és mentális körülmények között élnek.

A vizsgálatban résztvevők köre és általános jellemzése

A kiválasztott Fővárosi Pszichiátriai Intézetben (Szentgotthárd) a vizsgálat évében (2012) 338 fő dolgozott. Közülük 131 szakdolgozó vállalta, hogy válaszol a jólét–jóllét kérdéskörét tartalmazó kérdéseinkre, valamint aláveti magát a fizikai állapotfelmérésnek. Általános jellemzésükhöz tíz tényezőt választottunk ki.

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 (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% azok 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 kétféle vizsgálati eljárást alkalmaztunk. Az elsőben a fizikai állapot (továbbiakban objektív mutatók), a másodikban a jólét–jóllét mutatókat (szubjektív mutatók) mértük. Az objektív egészségi állapot mérése során a vizsgált személyt testmagasságának megmérése után állítottuk fel a testösszetétel-mérő gépre.¹ A személyes adatok (nem, születési idő, testmagasság) bevitele után indítottuk a mérést. A körülbelül kettő percig tartó vizsgálat után egy komplex értékelőlapot kaptunk az egyénről. Az alkalmazott testösszetétel-mérő gép által szolgáltatott adatok révén diagnosztizálható többek között a korai elhízás mértéke, mivel a zsírtömeg műszeres méréssel történő meghatározása már 1-2 kilogramm zsírtöbbletet is megmutat. Erre az eddig általánosan elfogadott testtömeg-index² (BMI) – melyet a legtöbb hazai és nemzetközi kutatásban alkalmaznak – nem képes, mert a tápláltsági állapotot jelző mérőszámot önbevallás vagy mindössze a testmagasság és testsúlymérés hányadosaként kapjuk meg. Így nem határolja el a zsigeri régiókban elhelyezkedő zsír-

1. A mérésre használt készülék, az Inbody 720, a bioelektromos impedancia elvén alapul, vagyis az emberi testtel nyolc ponton érintkező módszerrel használja a komplex testösszetétel méréseire.
2. A testtömeg-index egyenlő a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosával.

szövetet a hasi zsírszövetből. (*Dömötör, 2007*) Műszeres mérés esetén viszont lehetőség van a testösszetevők arányainak pontos meghatározására is. A vizsgálat során pontos adatokat kapunk az egyén derék–csípő hányadosáról, mely a centrális elhízás, illetve a zsíreloszlás egyik leg többet használt egyszerű mutatószáma; valamint a felhalmozott zsigeri zsír mennyiségéről cm^3 -ben, mely számos metabolikus és szív- és érrendszeri megbetegedés kialakulásának fokozott kockázati tényezője lehet.

Az említett adatok alapján az egyén egészséges vagy egészségileg veszélyeztetett kategóriába került, és így az is megállapítható volt, hogy milyen mértékű fogyás, illetve hízás szükséges, továbbá, hogy a súlygyarapodásnak vagy súlyvesztésnek izomból vagy zsírból kell-e megtörténnie. Minden résztvevő az adatainak arányait figyelembe véve egy fitességi összpontszámot kapott, a maximális pontszám 100 volt.

A másik, a jólét–jóllét mutatók felmérésére szolgáló eszközünk a kérdőív volt. A nemzetközi kérdőívek (WHO WBI-5 és WHOQOLD-BREF-26)³ a válaszadók életminőség-profilját vizsgálta fizikai, mentális (5 kérdés), illetve társadalmi és környezeti dimenzióban (24 kérdés). Ez utóbbiban bevezetőként két általánosabb kérdésre is felelniük kellett a megkérdezetteknek, nevezetesen, hogy mennyire elégedettek az életminőségükkel, továbbá hogy milyenek értékelik az egészségi állapotukat. A kérdésekre adott válaszokat egy ötfokú skálán kellett jelölniük a vizsgálatban résztvevőknek.

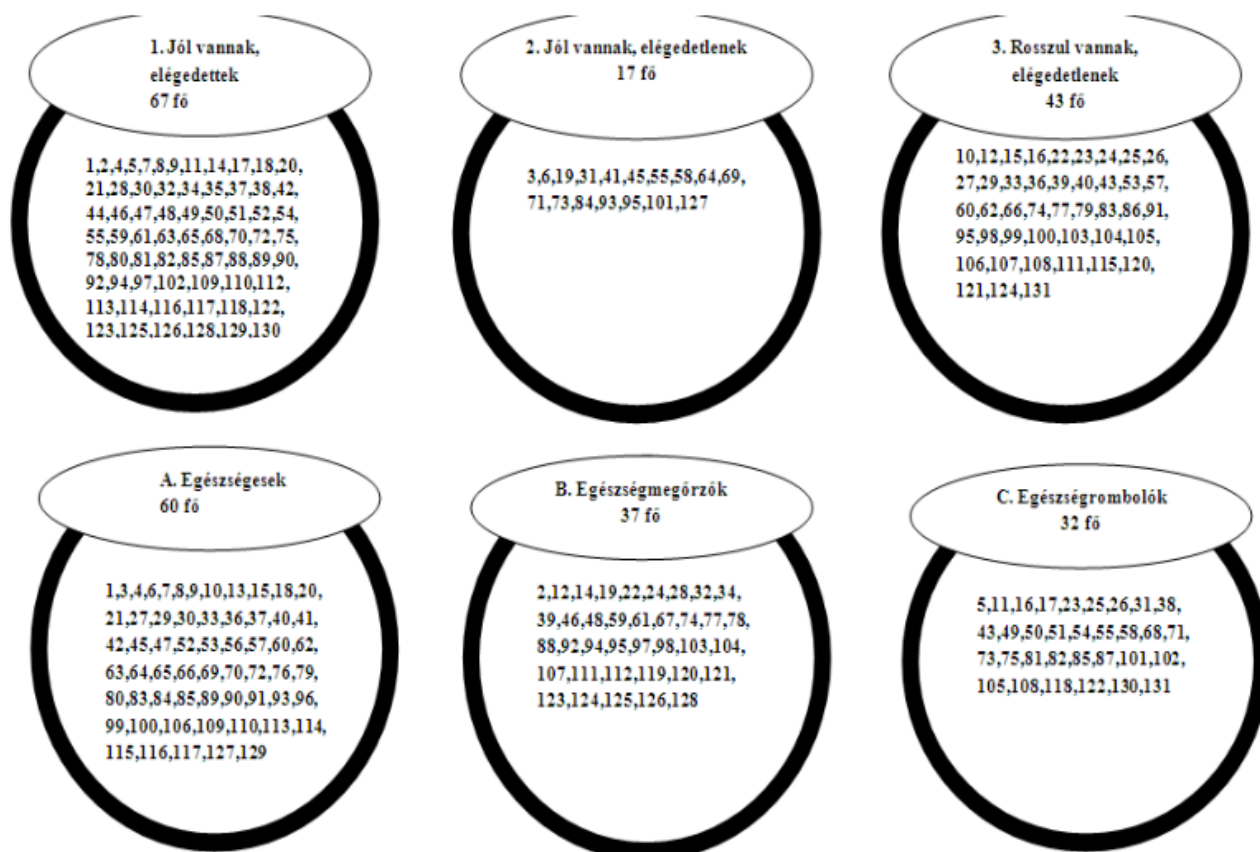
Az adatfeldolgozás módszerei

Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 matematikai-statisztikai programcsomag használatával történt. A kérdőívek kérdéseire kapott válaszokat leíró statisztikák segítségével – gyakoriság, relatív gyakoriság – elemeztük. A leíró statisztikák után hierarchikus klaszterelemzést végeztünk a WHOQOLD-BREF26 életminőség-kérdőív, a WHO WBI5 jólléti rövidített kérdőív kérdései, valamint a testösszetétel-mérés során kapott eredmények alapján. A csoportosításhoz a Ward-eljárást választottuk. Az összevonási séma alapján a válaszadókat három csoportba soroltuk. A klaszterekkel és a kérdőív kérdéseivel keresztábra-elemzést is végeztünk, melyből megállapítottuk, mely klaszter erősebb, érzékenyebb a vizsgált mutató tekintetében.

A hierarchikus klaszterelemzés eredményei

Tekintettel arra, hogy a kutatás egyik célja az volt, hogy a jólét–jóllét mutatókat összevegyük az objektív egészségi állapotot mérő adatokkal, az összehasonlítás érdekében a kétféle adatforrásra támaszkodva klasztereket alkottunk. Három–három klasztert kaptunk. Az elsőbe a legjobb eredménnyel rendelkezők, a másodikba a közepes, míg a harmadikba a rosszabb mutatókkal bíró személyek kerültek be a hierarchikus klaszteranalízis alapján. A klasztereket legfőbb jellemzőik összegezéséeként neveztük el, megjelölve bennük a hozzájuk tartozó személyek sorszámait.

3. Itt kell megjegyezni, hogy vizsgálatom során a WHOQOLD-BREF 26. kérdőív *Kullmann Lajos* által átdolgozott magyar nyelvű változatát használtuk. A multikulturális módszerrel kifejlesztett életminőség mérőeszköz jellemzője (melynek eredeti változata 100 kérdést tartalmazott), hogy az életminőségre ható valamennyi tényezőt felöleli. Hierarchikus felépítésű, ami annyit jelent, hogy a legfelső szintet az általános életminőség és az átfogó egészségérzés képviseli. Alattuk hat tárgykör található: fizikai teljesítőképesség, pszichológiai állapot, függetlenség szintje, szociális kapcsolatok, környezet, lelkiesség. Ez utóbbi három tárgykör, csak a WHOQOL kérdőívben fordul elő.



1. ábra: A szubjektív illetve az objektív klaszterek elnevezései és tagjai

A hierarchikus klaszterelemzés eredményei

Jól vannak, elégedettek, és az Egészségesek klaszterének összehasonlítása

Kutatásunk első hipotéziseként azt feltételeztük, hogy a jólét–jóllét témakörére vonatkozó kérdőívből szerzett adatok és a fizikai állapotfelmérésünk eredményei révén kapott eredmények egybe fognak esni. Ennek a hipotézisnek az igazolása vagy elvetése céljából először azt néztük meg a WHO QOLD26 és a WHO WBI5 vizsgálatából nyert, – önbecslésen alapuló – mutatók alapján, hogy a feltételezett egybeesések valóban megtörténtek-e.

A WHOQOLD-BREF26 adatforrásunk alapján bőven találtunk eltéréseket a „Jól vannak, elégedettek” és az „Egészségesek” klaszterek között. Tematikailag négy csoportba sorolhatjuk azt a 13 szempontot, melyekben, ha nem is kiugró, de jelentősebb eltérések mutatkoztak. Egyrészt az életfeltételeiket, a biztonságérzetüket, a jövedelmük mértékét – beleértve a napról napra élés kérdését – ítélték jobbnak a „Jól vannak, elégedettek” klaszterébe tartozók. Továbbá az általános állapotukat, a fizikai állapotukat, aktivitásuk mértékét is jobbnak gondolták, és ezzel összefüggésben kevésbé érezték, hogy testi fájdalmaik akadályoznák mindennapi tevékenységüket. A „Jól vannak, elégedettek” klaszter tagjai önmagukkal is elégedettebbek voltak, jobban élvezték az életüket és a szexuális életet, és jobban tudtak aludni, és több értelmét látták az életüknek. Ami a WHO WBI5 nemzetközi kérdőívet illeti, a „Jól vannak, elégedettek” klaszter tagjai érdekesebb napokat éltek meg, mint az „Egészségesek” klaszterébe tartozók.

Ahhoz, hogy az első hipotézisre egyértelmű vagy árnyalt választ tudjunk adni, még egy összevetést el kellett végeznünk, mégpedig a jólét–jóllét témakörében kapott eredményeket a klasztertagok műszeres méréssel kapott adataival. A „Jól vannak, elégedettek” és az „Egészségesek” klaszterekbe tartozók eredményeinek összehasonlítása során kiderült, hogy testsúly/testmagasság, az izomtömeg, a zsírtömeg, a testzsír-százalék, a zsigeri zsír és a derék-csípő hányados alapján az „Egészségesek” klaszterébe tartozók jobb mutatókkal rendelkeznek, ahogy ezt a normál tartományba való besorolásuk mutatja.

Jól vannak, elégedetlenek és az Egészségmegőrzők klaszterének összehasonlítása

Ha a fent említett kérdőívek alapján a „Jól vannak, elégedetlenek” és az „Egészségmegőrzők” klaszterek adatait is összehasonlítjuk, az látható, hogy az „Egészségmegőrzők” klaszterébe tartozók ítélik meg pozitívabban a differenciákat mutató szempontokat. Tematikai csoportosításban jobbnak ítélik egyrészt az életfeltételeiket, a biztonságukat és a szabadidős lehetőségeiket; másrészt az általános állapotukat, az egészségi állapotukat és a mindennapi élethez szükséges energiájukat. Szintén pozitívabban az élet élvezetének, a saját magukkal való elégedettségüknek, a személyes kapcsolataiknak és a szexuális életüknek vonatkozásában. Két szempontból a „Jól vannak, elégedetlenek” megítélése a jobb, az ide tartozó személyek kevésbé érzik a napról napra élés gondjait, és ezzel összefüggésben az életminőségüket is jobbnak tekintik.

Rátérve a WHO WBI5 nemzetközi kérdőívre, a „Jól vannak, elégedetlenek” és az „Egészségmegőrzők” esetében mind az öt szempontból van különbség a klaszterekbe tartozó személyek válaszai között. Az „Egészségmegőrzők” klaszter tagjai mind az öt szempontból pozitívabban, konkrétan vidámabbak, nyugodtabbak, aktívabban, kipihentebbek, napjaik is érdekesebbek mint a „Jól vannak, elégedetlenek” klaszterébe tartozók.

Tápláltsági állapot mutatók mentén összehasonlítva a „Jól vannak, elégedetlenek” és az „Egészségmegőrzők” klaszterét kiderült, hogy az izomtömeget kivéve az összes többi (testsúly/testmagasság, az izomtömeg, a zsírtömeg, a testzsír-százalék, a zsigeri zsír és a derék-csípő hányados) mutató szempontjából a „Jól vannak, elégedetlenek” klasztertagok értékei vannak jellemzően a normál tartományban.

Roszzul vannak elégedetlenek és az Egészségrombolók klaszterének összehasonlítása

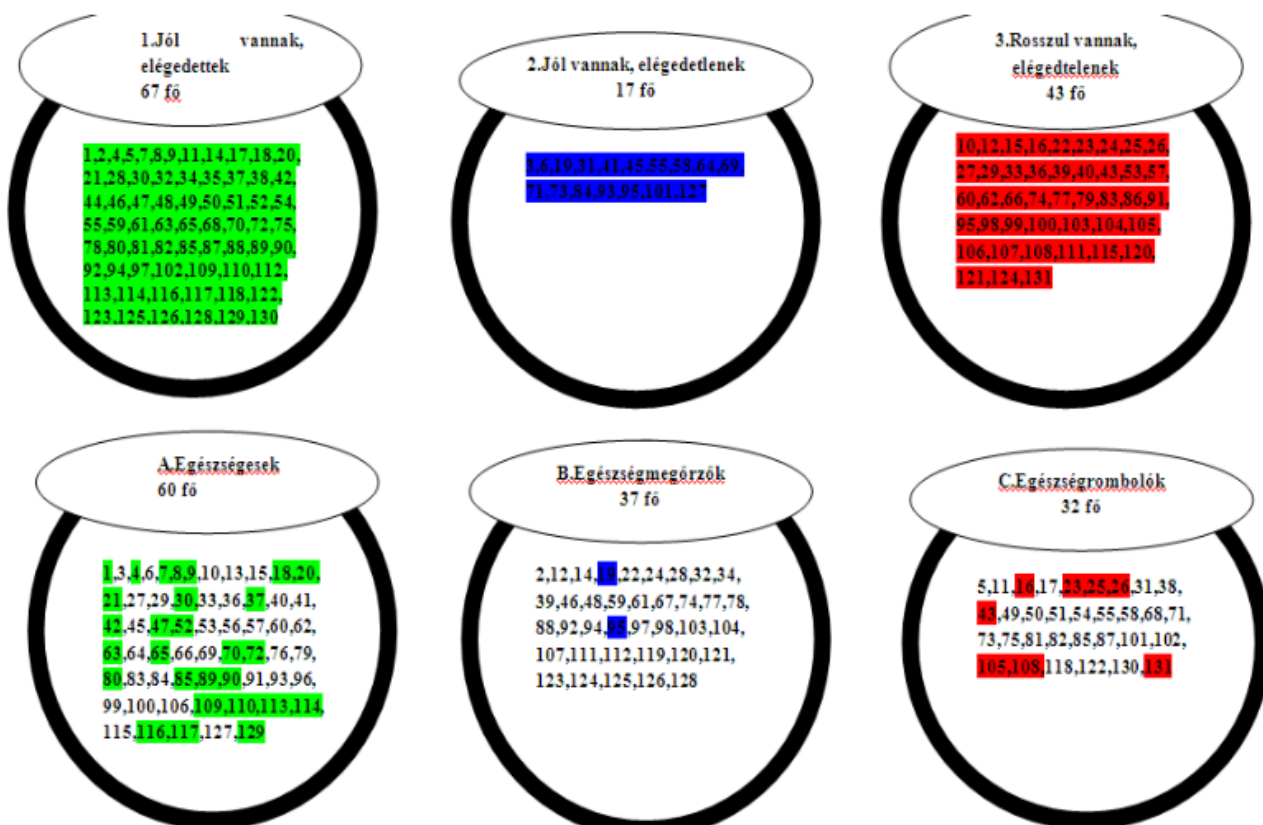
Az eddig elemzett kérdőíveink alapján bőven találtunk eltéréseket a „Roszzul vannak, elégedetlenek” és az „Egészségrombolók” klaszterek között is. Tematikailag négy csoportba sorolhatjuk azt a 16 szempontot, melyekben, ha nem is kiugró, de jelentősebb eltérések mutatkoztak. Egyrészt az életfeltételeiket, a biztonságérzetüket, az egészségügyi szolgáltatásokat, a jövedelmük mértékét, beleértve a napról napra élés kérdését ítélték jobbnak az „Egészségrombolók” klaszterének tagjai a „Roszzul vannak, elégedetlenek” klasztertagokhoz képest. Másrészt az általános állapotukat, a fizikai állapotukat, aktivitásuk mértékét és koncentrációs képességüket is jobbnak gondolták az „Egészségrombolók” Harmadrészt az önmagukkal és baráti kapcsolataikkal is elégedettebbek voltak, jobban élvezték az életüket és a szexuális életet, illetve jobban tudtak aludni is, mint a „Roszzul vannak, elégedetlenek” klaszter tagjai. Negyedrészt ugyanebben az összehasonlításban több értelmét látták az életüknek, és jobbnak ítélték az életminőségüket is az „Egészségrombolók” klaszter tagjai.

Ami a WHO WBI5 nemzetközi kérdőívet illeti, az öt szempontot tartalmazó kérdés közül kettő olyan volt, melyben kisebb eltérés mutatkozott a „Roszzul vannak, elégedetlenek”. és az „Egészségrombolók” klaszter tagjai között. Az „Egészségrombolók” klaszterének tagjai nyugodtabbak, napjaik inkább voltak tele érdekes dolgokkal, mint a „Roszzul vannak, elégedetlenek” klasztertagoké.

A „Rosszul vannak, elégedetlenek” és az „Egészségrombolók” klasztereinek tápláltsági állapot alapján történt összehasonlítása során azt láthatjuk, hogy a „Rosszul vannak, elégedetlenek” klaszter tagjai egy szempont (izomtömeg) kivételével jellemzően a normál tartományban reprezentálódtak.

Érdekes megfigyelésem még, hogy ha a hat klaszter összehasonlításában az aggregált mutatót, a fitnesspontot tekinthetjük szempontnak, akkor az „Egészségesek” elnevezéssel illetett klasztertagok messze a legmagasabb értékkel rendelkeznek.

Az első hipotézis ellenőrzésére szánt összevetésekben (a jólét–jóllét adatok klaszterenkénti összevetése a fizikai állapotfelmérés eredményeivel) látható, hogy a jólét–jóllét mutatók tekintetében 8 szempont volt, amely az eredményeket differenciálta. Megjelent ugyanis mind a három összehasonlításban az élet élvezete, a biztonságérzet, a napról napra élés, az általános állapot, a saját magával való elégedettség, a szexuális élet élvezete, az életfeltételek, valamint az érdekes napok megélése. A megítélésbeli különbségeket főként ezen szempontok mentén ragadhattuk meg. A tápláltsági állapot mutatók esetében pedig szintén 8 szempont (testsúly/testmágasság, az izomtömeg, a zsírtömeg, a testzsír-százalék, a zsigeri zsír és a derék-csípő hányados) differenciálta az egyes klaszterek tagjait.



2. ábra: Az egyes klaszterek tagjai a szubjektív és objektív eredmények összevetése után.

Látható az ábrán, amit a fentiekben részleteztem, vagyis a szubjektív eredmények objektív adatokkal való összevetése után a színnel jelzett klasztertagok adatai ezek egybe.

Kik vannak igazán jól és kik vannak igazán rosszul és miért?

Második hipotézisünk az volt, hogy azok vannak jól, akiknek jók az egzisztenciális és a mentális körülményeik. E tekintetben nagy meglepetést az eredmények nem hoztak. Az előbbiekből következően csak azokat vizsgálhattuk az „igazán jól vannak” körében, akiknek a jólét–jólét témakörében feltett kérdésekre adott válaszaik és a fizikai állapotfelmérésük eredményei szinkronban voltak egymással, metaforával élve „maradók” voltak, és nem „elvándorlók”. A „Jól vannak, elégedettek” klaszteréből 31 fő maradt ebben a csoportban. Ugyanígy az „igazán rosszul vannak” körébe csak azokat sorolhattam, akik a „Rosszul vannak, elégedetlenek” csoportjába tartoztak, és ezen eredményeiket a fizikai állapotfelmérésük adataival összevetve ott is maradtak (9 fő). A szakirodalomban a második hipotézisünkben szereplő két elemet, az egzisztenciális és a mentális körülményeket, a jólét–jólét fogalmkörében tárgyalják. Ennél az értelmezési keretnél maradva azt néztük meg, hogy van-e jelentős különbség bizonyos ide tartozó mutatók között, ha a „Jól vannak, elégedettek” és a „Rosszul vannak, elégedetlenek” maradónak válaszait ezek mentén összehasonlítjuk. Az általam választott mutatókat és a válaszok eredményeit a következő táblázat szemlélteti.

Mutatók	„Jól vannak, elégedettek” maradói	„Rosszul vannak, elégedetlenek” maradói
Általános biztonságérzet	41,9%	11,1%
Jövedelem	38,7%	11,1%
Az élet értelme	90,3%	77,8%
Az élet élvezete	74,2%	44,4%
Elégedettség önmagával	64,6%	33,3%
Elégedettség az alvásával	58,0%	33,3%

1. táblázat: A „maradók” egzisztenciális és mentális mutatói

A táblázatból az tűnik ki, hogy minden mutató esetében sokkal magasabbak a válaszarányok a „Jól vannak, elégedettek” maradónál a „Rosszul vannak, elégedetlenek” maradóihoz képest. Nem egyforma mértékben ugyan, de jelentősek a különbségek. A legnagyobb, négyszeres eltérés az általános biztonságérzet esetében mutatkozik. A jövedelmi különbségek tekintetében a válaszarány az önbevallás szerint „csak” háromszoros.

Kétharmados többségben vannak az élet értelme, háromnegyedes többségben az élet élvezete, feles többségben az önmagukkal való elégedettség és egyharmados többségben az alvással való elégedettség vonatkozásában a „Jól vannak, elégedettek” maradói a „Rosszul vannak elégedetlenek” maradóihoz képest. Ez volt tehát az a hipotézisünk, melyet esettanulmányunk is igazolt a szakirodalomban gyakran fellelhető ilyen típusú megállapításokhoz hasonlóan. Más szavakkal: azok vannak igazán jól, akiknek a jóléte és a jóléte legalább viszonylagos szinkronban van egymással.

Összegzés

Összegzésként elmondhatjuk, hogy bár a hazai és a nemzetközi szakirodalomban számos tanulmány foglalkozik azzal, hogy a munka és a munkakörnyezet milyen viszonyban van a dolgozók egészségi állapotával, azonban méltatlanul kevés kutatás foglalkozik a fizikai és mentális terhelésnek egyaránt kitett egészségügyi dolgozók egészségi állapotával (Jakab, Hulesch és mtsai., 2006). A hazai egészségügyi intézmények sajátos mikroklímájában dolgozó, speciális populációra irányuló vizsgálatok többsége leginkább az orvosokra fókuszál, kiemelve a kiégés, a munkastressz, valamint a nők körében különösen megjelenő szerepkonfliktusok kérdéskörét (Hege-dűs, Szabó és mtsai., 2008). Pedig nemcsak az orvosok, hanem az ápolók is igen sok stresszhelyzetnek vannak kitéve munkájuk jellegéből adódóan. Például munkarendjük többműszakos, az ügyeleti kötelezettségek rájuk is vonatkoznak, továbbá felelősségük hatalmas, magasak az elvárások a betegek hozzátartozóinak részéről is, gyakoriak a kudarcélményeik, és sokszor hiányzik a visszajelzés a munkájukról (Petróczi, 2007). Mindezek következtében felborulhat a bioritmusuk, labilizálódhatnak a szociális kapcsolataik, bizonytalanná válhat, hogy mennyi idejük marad a családi, baráti kapcsolataik ápolására (Escriba-Agüir, Perez-Hoyos és Bolumar, 1993). A rájuk nehezedő nyomás és a sok bizonytalanság testi tünetek formájában is megjelenhetnek (például magas vérnyomás) (Maslach és Jackson, 1982). A fent említettek miatt fókuszáltunk kutatásunkban az egészségügyi szakdolgozók, – mint segítő szakma – objektív és szubjektív egészségmutatóinak összevetésére. Első hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy a vizsgált populáció objektív adatai (fizikai állapotfelmérés eredményei) és szubjektív mutatói (jólét–jóllét témakörével foglalkozó kérőívekből szerzett adatok) egybe fognak esni, az eredmények ezt egyáltalán nem igazolták. A megkérdezettek kétharmadánál nem estek egybe az objektív és szubjektív állapotot tükröző eredmények. Számszerű pontossággal: a vizsgált 131 főből csak 41 fő esetében igazolódott ez a hipotézis. Második hipotézisünk viszont teljes mértékben igazolódott, hogy a vizsgált populációban azoknak lesznek jók az objektív és szubjektív egészségmutatói, akik jobb egzisztenciális és mentális körülmények között élnek. Ők azok, akik biztonságban érzik magukat, látják életük értelmét, élvezik az életüket, elégedettek önmagukkal és rendszeresen jól is alszanak.

Szakirodalom

1. Ágoston Péter és mtsai. (2007): *Az életminőség fogalmán túl*. Demos Magyarország Alapítvány, Budapest.
2. Csikszentmihalyi, M. and Hunter, J. (2003): Happiness in Everyday Life: the Uses of Experience Sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185–199.
3. 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.
4. Diener, ED (1995): A Value Based Index for Measuring National Quality of Life. *Social Indicators Research*, 2, 107–27.
5. Easterlin, R. A. (2005). Feeding the Illusion of Growth and Happiness: A reply to Hagerty and Veenhoven. *Social Indicators Research*, 3, 429–443.
6. Escriba-Agüir, V., Perez-Hoyos, S. and Bolumar, F. (1993): Effects of work organization on the mental health of nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 1, 3–8.
7. Európai Közösség Bizottsága (2006): *Zöld könyv. A lakosság mentális egészségének javítása. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása*. Budapest.

8. Hegedűs Katalin, Szabó Nóra és mtsai. (2008): Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelkiállapota. In. Kopp Mária (2008): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 335–340.
9. Helgeson VS. (1992): Moderators of The Relation Between Perceived Control and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63. 656–666.
10. Jakab Ernő, Hulesch Bors, és mtsai. (2006): Munkavállalók életminősége. In. Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 288–301.
11. Kispálné Horváth Mária (2015): *A felnőttkori tanulás hatása a komfortérzésre*. Doktori értekezés. Budapest, 2015.
12. Kopp Mária, Skrabski Árpád és mtsai. (2006): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In. Kopp Mária (2008): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 84–105.
13. Kopp Mária, Skrabski Árpád (2008): Kik boldogok a mai magyar társadalomban? In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 73–79.
14. Kopp Mária, Martos Tamás (2011): A társadalmi összjólét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban I. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 3. 241–259.
15. Maslach, C., Jackson S. E. (1982): Burnout in health professions. A social psychological analysis. In: Sanders, G. S. and Suls, J. (ed.): *Social Psychology of Health and Illness*. NJ. Erlbaum, Hillsdale. 227–247.
16. Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S. and Marks N. (2009): *National Accounts of Well-being. Bringing Real Wealth into the Balance Sheet*. New Economics Foundation, London. URL: <http://www.nationalaccountsofwellbeing.org/public-data/files/national-accounts-of-well-being-report.pdf> Utolsó letöltés: 2013. 07. 20.
17. Nagy Edit (2007): *Egy segítő foglalkozás képviselőjének pályaképe, a kiégés szempontjából*. Doktori értekezés, Debrecen.
18. Scitovsky Tibor (1990): *Az örömtelen gazdaság. Gazdaságlélektani alapvetések*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
19. Tomcsányi Teodóra, Fodor László (1990): Segítő kapcsolat, segítő szindróma, segítő identitás. In.: Jelenits István, Tomcsányi Teodóra szerk.: *Lelki jelenségek és zavarok sorozat, Egymás közt – egymásért*. A Bp. XIII. ker. Híd Családsegítő Központ valamint a Szeged-Csanádi Püspökség kiadása.
20. Veenhoven, R. (2007): Quality of life research. In: Bryant, C.D. & Peck, D.L.: *21st Century Sociology, A Reference Handbook*. Sage, Thousand Oaks, California, USA. 2. 54–62.
21. Wilkinson, R. (2006): Társadalmi korrózió, egyenlőtlenség és egészség. In: Giddens, A., Diamond, P. (szerk.) (2006): *Írások az egyenlőtlenségről, az egyenlőségről – és az új egyenlőségről*. Napvilág Kiadó. Budapest. 238–257.