SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA
EGÉSZSÉGNEVELÉS PROGRAM

Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme

Piczil Márta

Témavezető: Dr. Pikó Bettina

Szeged, 2009

Tartalomjegyzék

Bevezetés 3
A humán szféra és a segítő hivatás 5
Az oktatási szféra dolgozója 6
A szociális szféra dolgozója 9
Az egészségügyben dolgozók 11
Az ápolói hivatás jellemzői a szakirodalmi megállapítások tükrében 13
Az ápolói hivatás kialakulása 13
Az ápolói hivatás fejlődésének hazai sajátosságai 14
A pályaválasztással kapcsolatos motivációk, a pályán maradás okai és az ápolói hivatás presztízse 16
Az ápolói munka jellemzői. Munkahelyi stressz az ápolók körében 20
A humán segítés és a kiégés 26
A kiégés jelensége az ápolói munkában 29
Az egészségi állapot és az életmód jellemzői. Egészség- és rizikómagatartás ápolók körében 32
Megküzdési (coping)stratégiák és társas támogatottság az ápolók körében 37
Az egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete 40
Csongrád megyei dolgozó ápolók és leendő ápolók vizsgálata 43
Az empirikus kutatás célkitűzései 43
Az empirikus kutatás módszertana 44
A minta jellemzői 45
Alkalmazott mérőeszközök 46
A tanulók pályaválasztással kapcsolatos motivációi és a szakma presztízsének megítélése 51
A dolgozó ápolók pályaválasztással kapcsolatos orientációi és a szakma presztízsének megítélése 56
A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága tanulók körében 65
A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága dolgozó ápolók körében 68
A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága tanulók körében 71
A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága dolgozó ápolók körében 78
Konfliktusmegoldás és társas támogatás tanulók és a dolgozó ápolók körében 85
Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata 93
Az empirikus kutatás célkitűzései 93
Az empirikus kutatás módszertana 95
A minta jellemzői 95
Alkalmazott kérdőívek 96
A pályaválasztással kapcsolatos orientációk és a szakma presztízsének megítélése szegedi kórházi szakdolgozók körében 101
A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága a szegedi kórházi szakdolgozók körében 106
A saját egészségi állapot megítélése és az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága a szegedi kórházi szakdolgozók körében 108
Az életmód, az életkörülmények legfőbb jellemzői és a rekreáció lehetőségei a szegedi kórházi szakdolgozók körében 114

A társas támogatás, a kiégés és az élettel való elégedettség vizsgálata a szegedi kórházi szakdolgozók körében 119
Vajdasági egészségügyi szakdolgozók vizsgálata 129
Az empirikus kutatás célkitűzései 129
Az empirikus kutatás módszertana 131
A minta jellemzői 131
Alkalmazott kérdőívek 132
A pályaválasztással kapcsolatos orientációk és a szakma presztízsének megítélése a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében 137
A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében 142
A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében 144
Az életmód, az életkörülmények legfőbb jellemzői és a rekreáció lehetőségei a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében 152
A társas támogatás és az élettel való elégedettség a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében 157
A szegedi és a szabadkai egészségügyi szakdolgozók helyzetének összehasonlítása a pályaválasztási orientációk, az egészségi állapot, az életmód és az egészségmagatartás, valamint a szociális helyzet és az elégedettségi mutatók tükrében 163
A mintában szereplő szegedi és szabadkai ápolók státuszának összehasonlítása 163
A pályaválasztás motivációinak és a szakma jellemzőinek összehasonlítása 165
Az egészségi állapot mutatóinak összehasonlítása 169
Az egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete az ápolás társadalmi környezetének tükrében, Szegeden és Szabadkán 176
Az elégedettség mutatóinak összehasonlítása 184
Kvalitatív vizsgálat Szeged kórházi és klinikai osztályain dolgozó ápolók körében 187
A kvalitatív vizsgálat célkitűzései 187
A kvalitatív vizsgálat módszertana 188
A minta jellemzői 188
Eredmények: Stresszforrások az egészségügyben 188
A stressz oldásának módozatai 189
Megoldási javaslatok a munkahelyi stressz oldására 190
Az elégedettség és az elégedetlenség tényezői diszciplinák szerint 192
Az eredmények összefoglalása 196
Megoldási javaslatok az ápolók élet- és munkakörülményeinek, mentális és szomatikus egészségének javítása érdekében 200
Irodalomjegyzék 206
Mellékletek 218

Bevezetés

Az egészségüggyel kapcsolatos történések hosszú évek óta érdeklődésre tartanak számot laikusok és szakemberek körében egyaránt. Az ágazatot érintő kutatások nyomán körvonalazódnak a munkakörnyezeti jellemzők, ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy évről-évre sokasodnak a válság jelenségei, a gyógyító tevékenység minden szintjén tovább nehezítve a munkavégzés feltételeit.

Leggyakrabban az orvosok állnak a vizsgálatok fókuszában, így ritkábban esik szó a paramedikális személyzetről, akik igen heterogén csoportot képezve az egészségügy valamennyi területén jelen vannak. Közöttük találjuk az ápolókat, akik miközben nélkülözhetetlen szereplői a kuratív folyamatnak, anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányában, ám magas fokú elvárásokkal terhelten végzik munkájukat több-műszakos munkarendben, nap, mint nap.

Jelen értekezés azt a célt tűzte ki, hogy komplex vizsgálat tárgyává teszi az ápolók élet- és munkakörülményeit, bemutatja és elemzi azokat a tényezőket, melyek meghatározzák a betegekkel foglalkozó egészségügyi szakdolgozók szakmával kapcsolatos attitűdjeit, illetve befolyásolják létezésük privát síkjának történéseit.

Tíz éve tartó vizsgálat-sorozat keretein belül valósultak meg a célkitűzések: 1998 óta vizsgáljuk az ápolószemélyzet pályaválasztással kapcsolatos motivációit, pályaképét, pszichés és szomatikus egészségi állapotát, egészség- és rizikómagatartását, társas támogatórendszerét, coping-mechanizmusait, életkörülményeit, rekreációs tevékenységeit, munkával és élettel való elégedettségét és jövőbeni terveit. Az egyes kutatások kérdéscsoportjai több vonatkozásban hasonlóságot mutatnak, arra törekedtünk, hogy a gyógyítás különböző területein, és eltérő intézményi struktúrájában tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülményei összemérhetőek legyenek.

Az értekezés négy kutatás eredményeiről számol be. Elsőként Csongrád megyében dolgozó, illetve szakközépiskolai képzés keretei között tanuló, leendő ápolók vizsgálatára került sor, 1998-ban. A kvantitatív felmérés keretein belül 202 fő tanuló és 218 betegágy mellett tevékenykedő dolgozó válaszolt az önkitöltéses kérdőív kérdéseire.

2001-ben Szeged város kórházainak egészségügyi szakdolgozói vettek részt kutatásunkban: teljes körű lekérdezésre törekedtünk, de a 450 kérdőívből mindössze 201 érkezett vissza, jelezve, hogy a dolgozók nem hisznek abban, hogy a valóság feltárása hatással lehet élet- és munkakörülményeik megváltozására.

2003-ban az országhatáron túlra terjesztettük ki vizsgálatainkat, abban a reményben, hogy hasznos és értékes információkat kapunk azzal kapcsolatban, hogy egy másik országban, eltérő kulturális közegben miként alakulnak a munkavégzés feltételei, milyen jellemzőkkel bírnak a Vajdaságban, Szabadkán élő és tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók. Ebben a kutatásban 253 fő tisztelt meg minket válaszaival.

A kvantitatív vizsgálatok behatároltabb válaszlehetőségeinek és számszerű adatainak árnyaltabbá tétele érdekében került sor 1999-ben egy kvalitatív felmérésre, melynek kapcsán 51 félig strukturált interjút készítettünk Szeged 20 kórházi és klinikai osztályán dolgozó ápolóval. Ez esetben a legfőbb motiváló tényező az volt, hogy információkat kapjunk a munkahelyen előforduló stressz jelenségéről, a beazonosítható stresszorokról, illetve megkérdezzük a válaszadókat azzal kapcsolatban, hogy mit tesznek a feszültség oldása és a támogató kollegiális rendszer megvalósítása érdekében.

A kutatások eredményeinek összegzése után felmerülő megoldási javaslatok és cselekvési stratégiák hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az ápolói tevékenység újból hivatássá váljon, a hivatás betöltői pedig elégedetten és mások megelégedésére végezzék munkájukat.

A humán szféra és a segítő hivatás

A rendszerváltozás óta eltelt csaknem két évtized jelentős átalakulást hozott a magyar társadalom életébe. A korábbi diktatórikus keretek felpuhulásával körvonalazódni kezdett egy demokratikus alapokon nyugvó rendszer, azonban a pozitív irányú változások mellett sokak számára az átalakulás árnyoldalai is nyilvánvalóvá váltak. Laikusok és szakemberek egyaránt érzékelik azokat a történéseket, melyek a társadalom tagjainak életét befolyásolják: átstrukturálódó értékrendszer, az általános életminőség romlása, a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése, az egészségtelen, olykor önpusztító életmód, a deviáns viselkedések egyre gyakoribbá válása.

A változó viszonyok között azonban állandónak kell maradnia annak a segítő attitűdnek, mely a humán szférában dolgozó szakembereket áthatja. A pedagógus, a szociális szférában dolgozó szakember, az egészségügyben tevékenykedő szakdolgozó – a leggyakrabban emlegetett hivatások a humán szférán belül. Bármelyiket emeljük ki közülük, az átlagembernek is azonnal eszébe jutnak azok a jellemzők, melyekkel leírhatók az általuk végzett tevékenységek. A segítő attitűd, a tanuló, a kliens, a beteg érdekeinek előtérbe helyezése, saját szükségleteik háttérbe szorítása, az állandóság, az általános emberi értékek melletti elköteleződés velük szembeni szinte általános elvárások. Legtöbbször kizárólag hivatásbeli jellemzőiket tartjuk szem előtt, miközben magánemberi problémáikat, létezésük privát síkjának történéseit figyelmen kívül hagyjuk, ily módon nem is egyeztetjük össze ezeket magatartásbeli megnyilvánulásaikkal, és kevésszer vesszük számba azokat a nehézségeket, melyekkel a munkavégzés közben találkoznak. Ők pedig igyekeznek elvárásainknak eleget tenni: oktatnak, segítséget nyújtanak, krízishelyzeteket hárítanak el, gyógyítanak, ápolnak.

Éppen az említett hiányosságok miatt érdemes megvizsgálni azokat a tényezőket, amelyek meghatározzák és befolyásolják a szférában tevékenykedő szakemberek mindennapjait. A munkavégzés szervezeti keretei, a munkakörülmények, a vállalt hivatás gyakorlása közben fellépő nehézségek, a kliens és segítő kommunikációját nehezítő tényezők, a humán szférában dolgozók lelkére nehezedő terhek igen ritkán válnak vizsgálat tárgyává. Miután azonban az oktatás, segítés és gyógyítás folyamatában a szaktudás és a személyiség jellemzői egyaránt fontosak, ezért elengedhetetlen az aktuális helyzet felmérése, a segítők pszichés státuszának monitorozása, és szükség esetén a beavatkozás stratégiáinak kidolgozása. Mindez azt a célt szolgálná, hogy a humán szférában mindenki

megelégedésére magasabb színvonalon történjen a munkavégzés, ami feltehetően az ellátottak elégedettségének növekedését vonná maga után.

Az oktatási szféra dolgozója

Napjainkban, amikor az élethosszig tartó tanulás általános elvárássá kezd válni, egyre több figyelem irányul az oktatási szféra dolgozóira. A pedagógusokkal szembeni követelmények nagyon sokrétűek, és olykor az is előfordul, hogy az egyes szerepekkel szemben támasztott elvárások összeütközésbe kerülnek egymással, különféle szerepkonfliktusokat okozva (*1. táblázat)*

1. sz. táblázat. Elvárások és tanárszerepek (Fengler és *Jansen, 1984)*

ELVÁRÁSOK	TANÁRSZEREPEK
A tanulók elvárásai:	
Tudásközvetítés	Szakember, Tudós
Tanácsadás, segítés	Tanácsadó, segítő
Gondoskodás	Anyaszerep
Vezetés	Apaszerep
Irányítás	Példakép
Barátság	Barát
Szexualitás közvetítése	Nemi szerep
Szülők elvárásai:	
Tudásközvetítés	Szakember
Együtt dolgozás	Szövetséges, partner
Tanácsadás, segítség	Tanácsadó, segítő
Tehermentesítés, őrizet	Tehermentesítő
Kollégák elvárásai:	
Részvétel	Érdeklődő, barát
Támogatás, tehermentesítés	Segítőtárs, barát
Segítség	
Szolidaritás	Küzdőtárs
Felettesek elvárásai:	
Minden feladat megoldása	Intéző, kontrolláló
A vezetők	Felügyelő, szervező
munkájának tehermentesítése	Gondnok, segédmunkaerő
Támogatás	Postaátvevő
Az iskola legitimálása	Imázsgondozó, tudósító
Nyilvánosság elvárása:	
Tudásközvetítés	Szakember
Kiválasztás	Ítéletalkotó, bíráló, szelektáló
Tanácsadás	Szaktanácsadó
Alkalmazkodás, hasonulás	Nevelő
Megőrzés	Bizalmi személy, terapeuta

A sokféle szerepelvárás mellett gyakori jelenség, hogy a kívülállók a pedagógus egyoldalú felelősségét hangsúlyozzák azokban az esetekben, amikor a tanulók haladásának, fejlődésének üteme nem kielégítő. Gyakran előfordul, hogy valóban nehéz a képzési folyamatba bevonni a diákokat, hiszen sokszor kell a pedagógusoknak érdeklődés nélküli, motiválatlan tanulókkal konfrontálódniuk. Problémát jelenthet az órai fegyelem fenntartása, és a növekvő mértékű iskolai kriminalitás kezelése, visszaszorítása is (*Petróczi*, 2003). Nehézséget jelenthet még, hogy a különböző intellektuális, morális és szociális szinten álló diákok érdekeit egyidőben kell figyelembe venni, valamennyiük számára azonos alapokon nyugvó oktatási programot kell megvalósítani. A társadalmi és kulturális elvárásoknak való megfelelés szintén nagy terhet rak az oktatásban tevékenykedők vállára, akik a társadalom által preferált értékek struktúrájának és hierarchiájának változása közepette végzik munkájukat. Ez a munka azonban sokszor nem csupán a szaktudást igényli, mivel az oktatási folyamatban a pedagógus egész személyiségével részt vesz. Kutatási adatok azt mutatják, hogy ezekre a személyiségjellemzőkre és a kommunikációs technikákra szülők és gyermekek jobban odafigyelnek a tanár megítélésekor, mint a tudásszintjére. Ez azért is jelent nehézséget, mert a pedagógusok képzése során elsősorban a szaktárgyi ismeretek átadása domborodik ki, míg a kommunikációs, kapcsolatteremtő készségeik és a szakmai alkalmasságuk vizsgálata nem eléggé hangsúlyos (*Szabó*, 1999).

Becker és *Gonschorek* (1994) gyakorlattal rendelkező oktatókat kérdeztek meg arról, mi jelent számukra nagyfokú stresszt hivatásuk gyakorlása közben. A megjelölt stresszorok egyben a kiégéshez vezető út lehetséges okait is jelentik, az egyes tényezők sorrendje pedig előfordulásuk gyakoriságára utal:

1. A problematikus diákok.
2. A bürokratikus, hierarchikus rendszer, törvényekkel, rendeletekkel, szabályzatokkal nehezítve a pedagógusok életét.
3. Az iskolai felszereltség elégtelensége, egyes eszközök hiánya, illetve a pedagógusok előnytelen időbeosztása, órarendje, a helyettesítések rendszere, főleg ennek megoldatlansága.
4. A negatív irányultságú személyes történések, melyek megviselik az egyént: betegségek, párkapcsolati problémák, pénzügyi nehézségek, elismerés hiánya.
5. A nem megfelelő munkahelyi légkör, ahol nincs lehetőség a nyílt kommunikációra, a problémák megvitatására.

6. A szülőkkel kapcsolatos problémák: gyakran előfordul, hogy a szülő érdektelen, nem foglalkozik gyermeke iskolai előmenetelével, vagy túlzott elvárásokat táplál gyermekével szemben, és ebben partnernek szeretné megnyerni a pedagógust.
7. Az iskolavezetéssel kapcsolatos problémák: a pedagógusok gyakran érzik azt, hogy a vezetők nem tekintik egyenrangú partnernek őket, és a szubjektív, igazságtalan vezetők miatt az intézmény klímája negatív.

Az említett problémák fokozott stresszterhelést jelentenek a pedagógusok számára, a feszültségek pedig tünetek formájában is megmutatkoznak. A tanárok gyakran számolnak be ingerlékenységről, alvási zavarokról, fejfájásról, gyomorpanaszokról, légzési nehézségekről és depressziós tünetekről. A problémát súlyosbítja, hogy sokan nem kapcsolják össze tüneteiket a munkahelyi stresszel, emellett pedig szégyellik megosztani érzéseiket kollégáikkal, így panaszaikkal és gondjaik megoldatlanságával egyedül maradnak (*Petróczi*, 2007).

Tanárok körében végzett vizsgálat adatai szerint a válaszadók 65%-a már foglalkozott a pályaelhagyás gondolatával, elsősorban az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya miatt. A hivatás feladásának motivációi között az említettek mellett megtalálható az egyre fokozódó szellemi és pszichikai megterhelés, a nagy felelősség tényezője, illetve az az aggodalom is, hogy egyre nehezebb szót érteni a gyerekekkel. A pályán maradást nehezíti, hogy a pedagógusok minden nap találkoznak stresszorokkal, melyek leggyakrabban az intézmény vezetésével (ötletek megvalósulásának hiánya, tájékoztatás hiánya, oktatásügyben történő változások), a személyközi kapcsolatokkal (a jelzésekre nem reagáló vezetés, a munkatársak közötti együttműködés és őszinteség hiánya, a tanulók tiszteletlensége, agresszivitása, a szülőkkel való konfliktusok, a saját család háttérbe szorulása), a munkakörülményekkel (elégtelen források, tárgyi feltételek hiánya), a munkamegosztással (fölösleges értekezletek, sok adminisztráció és pluszmunka) és a munkafegyelemmel, pontosabban annak hiányával kapcsolatosak (*Petróczi, Fazekas, Tombácz* és *Zimányi*, 1999). *Petróczi* és munkatársai megállapították, hogy a pályán maradást elsősorban a gyerekszeretet, hivatástudat és a szakma szeretete motiválja, sokan viszont kényszerűségből tanítanak tovább, mert félnek a bizonytalanságtól, az új lehetőségek hiányától.

A szociális szféra dolgozója

A sokasodó társadalmi problémák egyre több olyan klienst „teremtenek”, akik a szociális szféra dolgozóitól várnak megoldást krízishelyzetben, vagy életük egy-egy nehéz szakaszában. *Welch* (1987) humán ökorendszere kijelöli azokat a területeket, ahol a szociális szféra dolgozói tevékenykednek. A rendszer egyes szintjein bármikor megbomolhat az egyén és környezete közötti összhang, így szomatikus, intraperszonális és interperszonális szinten, a család vagy más kiscsoportok szintjén, a helyi közösség, az adott kultúra vagy a nemzet szintjén bármikor jelentkezhet olyan zavar, amely a beavatkozás lehetőségét és szükségességét hordozza magában.

A segítő folyamatban a kliensnek szüksége van arra, hogy 1. egyénként, és ne típusként foglalkozzanak vele, 2. pozitív és negatív érzéseit egyaránt kifejezhesse, 3. méltósággal bíró emberként fogadják el, 4. megértésre és válaszra találjon akkor, amikor kifejezi érzéseit, 5. ne ítéljék el azokért a nehézségekért, melyekkel küzd, 6. saját maga válasszon és hozzon döntéseket saját életére vonatkozóan, 7. biztos legyen benne, hogy a róla szóló információkat bizalmasan kezelik (*Biestek*, 1957). Ugyanakkor a szociális területen dolgozó szakemberekkel kapcsolatos elvárás, hogy naprakész szakmai tudással rendelkezzenek, és személyiségükkel is vegyenek részt a segítő folyamatban, mindvégig szem előtt tartva a klienssel kialakítandó kapcsolat három alapelvét: a feltétel nélküli elfogadást, az együttérzést és a hitelességet, a kongruenciát (*Rogers*, 1975).

A segítő motivációk gyakran már a pályaválasztás során nyilvánvalóvá válnak (*Piczil* és *Pikó*, 2003). Szociális munkás hallgatók körében végzett vizsgálat szerint az emberekkel való foglalkozás vágya és a környezetben észlelt szociális problémák megoldására való törekvés irányította a segítés felé a hallgatókat, akik közül többen úgy érezték, hogy már gyerekkorukban is segítő szerepet vállaltak (*Darvas, Hegyesi* és *Nagy*, 1998). Az altruista attitűd és az ehhez kapcsolódó értékek a pályakép meghatározásában fontos szerepet töltenek be (*Fónai, Kiss* és *Fábián*, 1999).

A klienssel kialakított kapcsolatban kezdetektől fogva nagyon fontos a keretek kijelölése és megtartása, miközben mindvégig szem előtt kell tartani az intimitás határainak megtartását is. A segítséget nyújtó szakember nem erőltetheti saját értékeit kliensére, el kell fogadnia, hogy az más értékek köré szervezi életét, esetleg teljesen eltérő társadalmi és/vagy kulturális közegben éli mindennapjait (*Tomcsányi, Fodor* és *Kónya*, 1990).

A segítő kapcsolatnak lehetnek veszélyei is, és minden esetben szerencsés, ha a szociális szférában dolgozó szakember ezeket a csapdahelyzeteket igyekszik elkerülni. Vannak esetek, mikor a segített kihasználja a segítőt, és akár a zsarolás szintjéig is elmehetnek ezek a játszmák. A szakember túlságosan bevonódhat a klienssel való munkába, és elveszítheti a helyes arányokat munkája és magánélete között, miközben a szakmai és privát szféra közötti határ meghúzása elengedhetetlen feltétel a szakmában. A segítő gyakran élheti meg kudarcként, hogy igyekezete nem elegendő ahhoz, hogy kliense életében változások történjenek, gyakran azért, mert a segített nem tud, vagy nem akar változni, változtatni. Az irreális elvárások azonban kiégésre hajlamosítanak (*Petróczi*, 2007). Megnehezítheti a segítő helyzetét, hogy rendszeresen olyan kliensekkel dolgozik, akik válságban vannak, és emiatt érzelmeik negatívak, reakcióik pedig erősek és kihangsúlyozottak. Ily módon a segítőnek érzelmileg túlfűtött helyzetekben kell részt vennie, közben pedig kontrollálnia kell saját érzelmeit is (*Kadushin*, 1992). Olyan eset is előfordulhat, mikor a kliens helyzete megkövetelné a beavatkozást, a segítő azonban merev elutasításban részesül, esetleg fenyegetés és fizikai bántalmazás lehetősége is felmerül vele szemben az ellenálló kliens részéről.

Ezek a helyzetek a kiégés szempontjából veszélyeztetetté teszik a segítőt. Ha irreálisak az elvárások, túlzott az empátia, a saját erőt túlbecsüli az egyén, ha erős benne az azonnali sikerek iránti vágy és az elismerés igénye, akkor a csalódások hamar bekövetkeznek. A ridegség, a gyanakvás, a cinizmus, a kliens minősítése, a pszichoszomatikus tünetek megjelenése arra figyelmeztetnek, hogy elérkezett az intervenció ideje, a segítő maga is segítségre szorul. Ha a segítség idejében érkezik, a segítő szakember megtartható értékes hivatásában.

Szociális szférában dolgozók körében végzett kutatás számol be arról, hogy a válaszadók 41%-a foglalkozott már a pályaelhagyás gondolatával, elsősorban az anyagi megbecsülés hiánya, az alacsony bérek miatt. Többen jelezték, hogy a munkahellyel elégedetlenek. A munkavégzés közben észlelt stresszorok egy része az intézmény vezetésével függ össze (ötletek megvalósulásának hiánya, szakemberhiány, nem megfelelő vezetői attitűdök), más részük a személyközi kapcsolatok terén jelentkezik (kollégák őszinteségének és a kollegiális együttműködésnek a hiánya, saját család háttérbe szorulása, kliensek tiszteletlen magatartása, agresszivitása, a velük és hozzátartozóikkal való konfliktusok és kommunikációs problémák). Feszültségek tapasztalhatók még a munkakörnyezet, munkamegosztás és a munkafegyelem terén is (munkafegyelem hiánya, sok pluszmunka, sok adminisztráció, elégtelen források a kliensek igényeinek

kielégítéséhez, tárgyi feltételek hiánya, elhanyagolt környezet). Tovább nehezíti a helyzetet, hogy sokan kénytelenek túlmunkát végezni annak érdekében, hogy a szűkös anyagi juttatásokat valamilyen módon kiegészítsék (*Petróczi*, 2007).

Az egészségügyben dolgozók

A magyar társadalom tagjainak egészségi állapotát elemzők szerint aggodalomra adnak okot a magas halálozási mutatók. A haláloki struktúrában a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos betegségek és az erőszakos halálokok állnak az élen. Az életmódbeli jellemzők is hozzájárulnak az említett betegségek kialakulásához: a dohányzás, a helytelen táplálkozás, az alkoholfogyasztás, a stresszkeltő élethelyzetek sokasága tovább rontja a helyzetet. Miközben a szomatikus, pszichés és szociális jóllét elérése egyre távolabbi célnak tűnik a társadalom tagjai számára, az egészségügyi ellátás anomáliái is nehezítik a gyógyító folyamatban résztvevők helyzetét. Az orvosok és a paramedikális személyzet tagjai egyaránt érzékelik az ágazatban szervezeti és működési szinten előforduló nehézségeket és problémákat, ugyanakkor a betegek magas színvonalú ellátását megnehezítő tényezők mellett a gyógyító személyzet lelki megterhelése is számottevő.

Míg a segítő hivatások gyakorlói számára különösen fontos a kliens személye, a gyógyító folyamatban résztvevők, különösen az orvosok inkább a távolságtartás, a racionális segítő formák érvényesítését tartják célravezetőnek. A teljesítménykényszer, a pszichés távolságtartás, az érzelmek hárítása a pályaszocializáció során is kiemelkedő jelentőséggel bír. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy az orvos-beteg kapcsolat nem nélkülözheti az érzelmi elemeket. Gyakran már a kapcsolatfelvétel fázisa is jelenthet emocionális megterhelést, hiszen a beteg-szerep tehetetlenséggel, passzivitással párosulhat, esetleg dühös, ellenséges indulatokkal telt. Eközben fokozott elvárások is terhelik az orvost, hiszen a betegek, a hozzátartozók és a szakma egyaránt a minél hamarabb bekövetkező és látványos gyógyulást várja. Ennek következtében a hozzátartozókkal folytatott kommunikáció sem mindig zökkenőmentes, hiszen az aggodalom, a szenvedés látványa a rokonok számára mindig megterhelő, és ezért gyakran a gyógyító személyzetet okolják. A haldoklókkal és gyógyíthatatlan betegekkel való foglalkozás ugyancsak nagyfokú lelki megterheléssel jár: egyrészt nyilvánvalóvá válik, hogy az orvos és az ápoló nem képes csodákra, másrészt a betegek elvesztése kudarc is, ami nagyfokú lelki terhet jelent az egészségügyi dolgozók számára. A magas elvárások egyébként is veszélyt jelentenek, hiszen a valóságban kevésszer realizálódnak, ilyen módon a gyógyításban

résztvevők, különösen az orvosok gyakran átélik a kudarcélményt, ami a tanult tehetetlenség érzéséhez vezethet. Ez pedig mindenképpen fokozott érzelmi megterhelést jelent, ami negatív érzések, fokozott indulatok alapjául szolgálhat. A feszültséggel kapcsolatba hozható ugyanakkor a saját felelősség hangsúlyozása is, ami a gyógyítással foglalkozók esetében igen gyakori: a kudarcokért mindenekelőtt saját magukat hibáztatják, a környezeti tényezők szerepét ritkán vizsgálják (*Petróczi*, 2007). A környezet részéről egyébként gyakran hiányzik a visszajelzés, vagy nem egyértelmű a munka értékelése. Ez pedig könnyen vezet feszültséghez, mely testi tünetek formájában (pl. magas vérnyomás) és alacsonyabb szintű teljesítményben mutatkozhat meg (*Maslach* és J*ackson*, 1982).

Ezek a tényezők azoban sajnálatos módon nem kapnak kellő figyelmet akkor, amikor az egészségüggyel kapcsolatos nehézségekről esik szó, pedig a gyakran említett szervezeti hiányosságok mellett az ágazatban működő személyi állomány problémáiról is szólni kellene, hiszen a gyógyítás folyamatában résztvevők helyzetének alapos ismerete nélkül nem adható valós kép a szféra aktuális állapotáról, illetve nem fogalmazhatók meg reformjavaslatok sem.

Az orvosok tevékenysége mellett hangsúlyt kell fektetni a paramedikális szakmák vizsgálatára is. A paramedikális munkakörök a gyógyító munka köré szerveződtek (*Blane*, 1991), az elnevezés pedig egyben azt is jelzi, hogy a gyógyítás középpontjában az orvosi hivatás áll, ami nem csak a szakmai hierarchia csúcsát jelenti, hanem az ellenőrzés-irányítás tekintetében a dominanciát is (*Freidson*, 1970). A paramedikális személyzet tagjai között találjuk az ápolókat, akik a gyógyító folyamat nélkülözhetetlen szereplőiként tevékenykednek. Hivatásuk jellemzőinek komplex vizsgálata adalékul szolgálhat az egészségügyi ágazatban zajló történések megismeréséhez.

Az ápolói hivatás jellemzői a szakirodalmi megállapítások tükrében

Az ápolói hivatás kialakulása

A gyógyítás, az ápolás történeti korokon átívelő, fontos feladat, így az ápolók személye és tevékenysége igen régóta kiemelt jelentőséggel bír. Az ápolói munka hivatássá válásának kezdete a középkorig nyúlik vissza. A betegeket ellátók kezdetben elsősorban egyházi keretek között tevékenykedtek, hiszen a betegápoló házak, ispotályok, később pedig a kórházak működtetését ebben az időszakban leginkább az egyházi szolgálatok végezték. A szerzetesrendek a karitász eszméjéhez híven ápolták a rászorulókat, munkájuk pedig az egyéni üdvözülés útját is jelentette. A fordulópontot a kórházak szekularizációja hozta, miáltal is a betegek gondozása főként világi hivatássá vált, és ezzel háttérbe szorult az ápolói foglalkozás ún. karitatív modellje (*Davies*, 1980). A világi ápolók társadalmi megbecsültsége azonban már a kezdetektől rendkívül alacsony volt, megvetett munkát végeztek, míg a rendi ápolók továbbra is magas presztízzsel felruházva folytatták tevékenységüket.

Az igazi áttörést Florence Nightingale munkássága jelentette a XIX. század második felében, aki a mai értelemben vett ápolónői foglalkozás megalapítójának tekinthető. Az ápolás karitatív szemléletét felváltotta az életmód-modell, ezzel együtt pedig elindult ennek a foglalkozásnak a paramedikális tevékenységgé alakulása is, hiszen Nightingale szerint az ápolóknak teljes életmódjukat a betegek gyógyításának szolgálatába kell állítaniuk, és ehhez az orvos utasításait pontosan végre kell hajtaniuk (*Abel-Smith*, 1964). Az orvos és ápoló tekintélyelven alapuló kapcsolatát leginkább a katonás rend és a fegyelem állandó jelenléte jellemezte. Az ápolás professzionalizálódása is ekkor indult meg: egyre fontosabbá vált a képzettség, ugyanakkor Nightingale úgy vélte, hogy az ápolóknak megfelelő jellembeli adottságokkal is kell rendelkezniük. Florence Nightingale és követői képzőhelyek alapításával intézményesítették a hivatást. A képző intézmények, amelyek szintén katonai fegyelmet követeltek meg a növendékeiktől, többnyire középosztálybeli lányokat vonzottak a pályára. A szigorú fegyelem mellett kórházi bennlakás, hosszú munkaidő, tekintélyelvű kapcsolatok, az élet és a munka feletti teljes kórházi kontroll jellemezte a munkát. Az ápolási tevékenységet olyan fontosnak tartotta Nightingale, hogy általa vált gyakorlattá Angliában, hogy a legjobb családból származó nők olykor egy-két évet is eltöltöttek kórházban dolgozva azért, hogy megtanulják a betegápolást. Ez az ápolási modell gyorsan elterjedt, nem csak Angliában, hanem a többi

fejlett ipari országban is. A hivatás alacsony presztízsét azonban máig meghatározza, hogy míg az orvosi szerepkört tradicionálisan férfiak töltötték be, addig az ápolói szakma a szekularizáció után döntően női munkakörré vált (*Mauksch*, 1972).

A XX. század fordulóján az orvoslás egyre inkább természettudományos alapokra helyeződött, és ezzel együtt átalakult a kórház intézménye is. Megnövekedtek az ápolói munkával kapcsolatos igények, és egyre fontosabbá vált, hogy a hivatás gyakorlói megfelelő iskolázottsággal rendelkezzenek, javuljon a képzettségi szint, és ezzel összefüggésben változzon az ápolói tevékenység megítélése, a vele kapcsolatos közvélekedés. Addig ugyanis, amíg a betegek gondozását, ápolását, szakértelmet nem igénylő, piszkos és alantas munkának tekintik, e foglalkozás nem válik vonzóvá magasabb társadalmi osztályba tartozó lányok számára, akik pedig képesek lennének magasabb szakmai színvonalú munka elvégzésére is. Megszaporodtak az ápolás hivatássá alakítását szorgalmazó törekvések.

Ezt a hivatási modellt főleg Amerikában tartották szem előtt, elsősorban itt jelentkezett a kibővült ismeretanyag, a kórházi gyakorlattal összekapcsolódó képzés, a tudományos alapokra helyezett oktatás következtében az ápolói munka differenciálódása. Itt terjedt el először a főiskolai képzés is, amely elismerte az ápolást mint önálló tudományterületet, amely saját szakfolyóiratokkal, konferenciákkal, továbbképzésekkel rendelkezil. Mindezek eredményeképpen a hivatás presztízse is nőtt valamelyest, amiben az is szerepet játszott, hogy megindult a szakma erőteljes specializálódása (*Barribal*, 1996). Ez a tény azonban újabb problémát vet fel: a hagyományos ápolói tevékenységek megbecsültsége a specifikusabb szakmai képzettséget igénylő területekhez képest méginkább lecsökkent.

Az ápolói hivatás fejlődésének hazai sajátosságai

Ha a XX. század elejétől követjük nyomon az ápolói hivatás fejlődésének hazai történéseit, elmondható, hogy a társadalom és a gazdaság elmaradottsága éreztette hatását az egészségügyben, és természetesen az ápolás területén is. A század első évtizedeiben hazánkban kevés eredménnyel jártak a képzés megoldására irányuló törekvések. Az ápolók képzése szervezetlen volt, nem épült egységes tananyagra, emellett az intézményes széttagoltság is súlyosbította a helyzetet. Az egyes intézményekben különböző iskolázottsági szinthez kötötték a felvételt, és ez a tény alapvetően meghatározta az ápolók társadalmi rekrutációs hátterét, az eltérő képzettségi szint pedig befolyásolta az elhelyezkedés lehetőségeit. Már a század harmincas éveiben is általános volt az alacsony

fizetés, a túlmunka, melynek kereteit nem szabályozták, ritka volt a szabadság, és az ápolók nyugdíjra sem voltak jogosultak (*Tahin,* 1989).

1945 után az ország és az egészségügy újjáépítésében kiemelten szükségessé vált az ápolók munkája. Ebben az időszakban a kórházakban megindult az ágyszám és a munkaerőkapacitás mennyiségi növekedése. Kezdetét vette a munkaidő, az évi fizetett szabadság és a nyugdíjjogosultság szabályozása, emellett a képzés állami feladattá vált. Az ápolók számának emelkedése mellett a szakma heterogenizálódása is elkezdődött. Az ötvenes években végbemenő gazdasági-társadalmi átalakulások egyre általánosabbá tették a nők munkavállalását, és a munkaerőpiacra belépő nők számára vonzónak tűnt az ápolói pálya. Elsősorban városi munkáscsaládok lányai választották ezt a hivatást, de a falusi parasztcsaládok gyermekei is úgy vélték, hogy az egészségügyben végzett munka a társadalmi mobilitás fontos csatornája lehet számukra (*Tahin, Makó* és *Jeges,* 1979).

A hatvanas-hetvenes években az egészségügyi ellátórendszer fejlődése felgyorsult, így nőtt a szükséglet a paramedikális személyzet iránt. Az ápolói hivatás mellett létrejöttek olyan szakmák – pl. asszisztensi, orvosírnoki –, amelyek betöltéséhez már követelménnyé vált az érettségi vizsga. Ezek a pályák magasabb presztízst biztosítottak, így az ápolók számára társadalmi rétegződésbeli továbblépést jelentettek, míg a hagyományos ápolói tevékenység megbecsültsége ezzel szemben hanyatlott. A kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a szakképzettség és az iskolai végzettség eltérései az ápolók belső társadalmi rétegződését is kifejezik (*Jeges, Füzesi* és *Tahin,* 1982). Az „elit csapatot" a hetvenes években az intenzíves és aneszteziológus szakdolgozók jelentették. Ebben az időszakban a kórházi betegellátási technológiában végbement változások az ápolói munkára is erőteljesen hatottak, ami pedig a rekrutációs bázist illeti, még mindig nagy számban képviseltették magukat a mezőgazdasági fizikai dolgozók gyermekei, illetve azok a városi munkáscsaládból származó fiatal lányok, akik gyengébb tanulmányi eredményeik miatt csak így tudtak továbbtanulni (*Tahin, Makó* és *Jeges*, 1979). Már ebben az időszakban problémát jelentett, hogy a betegágy mellett dolgozók gyakran változtattak munkahelyet, de nőtt a pályaelhagyók száma is. Nyilvánvalóvá vált, hogy az elégedetlenség okai között a nehéz munkakörülmények és az alacsony bérek előkelő helyet foglalnak el. Tovább nehezítette a helyzetet, hogy szaporodtak azok a munkalehetőségek, melyek az ápolási tevékenységnél könnyebbnek bizonyultak és kedvezőbb munkafeltételeket biztosítottak, ugyanakkor a nők azokat a munkaköröket és munkahelyeket részesítették előnyben, ahol a munkaidő hossza és a végzett tevékenységek nem gátolták a családi életben betöltött központi szerep gyakorlását. 1975-től egy új képzési rendszert vezettek be, amely lehetővé

tette, hogy 14 éves kortól megkezdődjön az ápolók képzése. Ez a tény sajnálatos módon tovább rontotta a szakma már addig sem túl magas presztízsét. Ugyanebben az évben az induló egészségügyi főiskolai képzések sorából kimaradtak az ápolók, ezzel is blokkolódtak a szakmai továbbfejlődés és a karrier lehetőségei (*Cseri*, 2002).

Hazánkban 1989-től először egy felsőoktatási intézményben, később az ország több pontján elindult a diplomás ápoló képzés, azzal a céllal, hogy olyan ápolási szakembereket képezzenek, akik tanulmányaik befejezése után az egészségügy bármely területén képesek önállóan tervezni, irányítani és ellenőrizni az ápolás folyamatát, illetve kutatómunkájukkal hozzájárulnak az ápolásfejlesztéshez. Bár napjainkban az egészségügyben dolgozó szakemberek képzése EU normákhoz igazodva történik, nincs kellő számú jelentkező sem a közép, sem a felső szintű képzésekre. Az ápolói hivatás megítélése negatív, ugyanakkor a többnyire orvosközpontú gyógyító folyamatban az ápoló nem kap kellő önállóságot (*Cseri*, 2002). Úgy tűnik, a szakmát még napjainkban is inkább alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekei választják, többnyire szakmunkásképzőt, szakiskolát végzett apák és szakközépiskolát vagy gimnáziumot végzett anyák dominálnak az ápolói hivatást választó fiatalok családi hátterét illetően (*Kovácsné*, 2008).

Ezek a fejlődésbeli jellemzők napjainkig kísérik az ápolói hivatást gyakorlókat, így érthető, hogy a további fejlődés, specializálódás igénye hazánkat sem kerülheti el, az igény mind jobban megmutatkozik az ápolási szakma megújítására, átszervezésére (*Nánási* és *Kiss*, 1995).

A pályaválasztással kapcsolatos motivációk, a pályán maradás okai és az ápolói hivatás presztízse

Minden hivatás esetében kardinális kérdés, hogy betöltőjének milyen motivációja volt a pályaválasztást illetően? Egy szakma, egy választott hivatás mögött általában megjelenik a saját igény kifejezése, az önmegvalósítás vágya. Néhány tényező meghatározó jelentőséggel bírhat, hatást gyakorolhat a választásra, így a család gazdasági-társadalmi státusza, a szülők iskolázottsági szintje, foglalkozása, attitűdjei (*Snell, Stokes* és *Sands*, 1994). Különösen fontos az indíttatások ismerete a humán szférában tevékenykedők esetében, ahol az elhivatottságnak, a szakma értékei melletti elkötelezettségnek nagy a szerepe. Valamely hivatásra való felkészülés már a gyermekkorban elkezdődhet, a szocializáció során pedig gyengülhetnek vagy erősödhetnek azok a hatások, melyek a pályaválasztást befolyásolják. A magyar társadalom tagjai számára hosszú évek óta

nyilvánvaló az egészségügy válsága, és ismeretesek azok a negatívumok is, melyek az ágazattal és az ápolói tevékenységgel összekapcsolhatók: fárasztó, fizikai és lelki értelemben egyaránt nehéz munka, alacsony bérek, a megbecsülés hiánya, nagyarányú fluktuáció, a hivatást választók egyre csökkenő aránya. E tények ismeretében felértékelődhetnek azok az információk, melyek a pályára kerülés okaival, illetve azzal kapcsolatosak, hogy az ápolók szeretik-e munkájukat, hivatásnak tekintik-e a betegek ápolását, a gyógyításban való részvételt, vagy szükséges rossznak ítélik, és fáradtan, közönyösen tevékenykednek nap, mint nap.

Ápolók körében végzett kutatások arról számolnak be, hogy a legtöbb esetben a pályaválasztást értékes, belső motivációk előzték meg: az emberek szeretete, segíteni akarás, a gyengébbek felkarolásának vágya, a pálya iránti érdeklődés. Említést érdemel még a család és a barátok hatása, példája. A karrier lehetősége azonban kevésbé vagy egyáltalán nem minősül befolyásoló tényezőnek (*Bodrogi* és *Kálmán*, 2001; *Kovácsné, Feith* és *Balázs*, 2004; *Kovácsné*, 2008; *Piczil, Kasza, Markovic* és *Pikó*, 2005). A betegágy mellett dolgozóknál gyakori, hogy már általános iskolás korban kialakulnak azok a motivációk, melyek később az egészségügy felé terelik a tanulót, és a szakmaválasztásnál domináns az altruisztikus értékrend (*Kovácsné*, 2008).

A választás tehát többnyire tudatos, kevesen vannak, akik úgy ítélik meg, hogy kényszerből, vagy választási lehetőségek hiányában kerültek az egészségügybe. Ez az erős motiváció a szakma negatívumainak megtapasztalása után is a pályán tartja a dolgozókat, hiszen sokan munkájuk szeretete, változatossága, érdekessége, de legfőképp a segíteni akarás miatt nem akarnak váltani. Akik optimistán tekintenek a jövőbe, úgy vélekednek, hogy az ápolás mindig hivatás marad, munkájukra továbbra is szükség lesz, és hamarosan el fognak indulni a jövőbe mutató, pozitív irányú változások. Ugyanakkor azok száma is növekvőben van, akik pályán maradásukat attól teszik függővé, hogy történnek-e változások, mert a jelenlegi helyzet már nem sokáig bírja őket maradásra. A negatív jövőképpel rendelkezők jelzik az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányát, a napról napra nehezedő munkafeltételeket, a kiégés veszélyét (*Piczil, Kasza, Markovic* és *Pikó*, 2005; *Szentgyörgyi*, 2000).

Miután napjainkban egyre fontosabbá válik a képzettség, és a munkaerőpiaci státusz megszilárdításának alapvető feltétele az élethosszig tartó tanulás, az egészségügyben dolgozók számára is felértékelődik a tudás. A hivatás melletti elköteleződést az is példázza, hogy a betegágy mellett dolgozók minden nehézség ellenére vállalják a tanulással járó terheket, kötöttségeket, és az egyébként is szűkös szabadidő keretek további

csökkenését. Egyes kutatások szerint a továbbtanulók – akik elsősorban diplomás ápolóvá szeretnének válni – leginkább belső indíttatásból és presztízs okokból kezdik el tanulmányaikat, az anyagi megfontolások nem játszanak döntő szerepet elhatározásukban (*Baráthné* és *Lantos*, 1999). Akik még tanulnak, csaknem maradéktalanul úgy gondolják, hogy a szakmában maradnak, és elsősorban a fekvőbeteg-ellátásban szeretnének dolgozni a diploma megszerzése után. Érdeklődésüket leginkább a belgyógyászaton, gyermekosztályon, sebészeten és az intenzív osztályon végzendő munka váltja ki. Úgy tűnik azonban, hogy még a diploma megszerzése sem bizonyul biztosítéknak a jövőt illetően. Kutatási eredmények ismeretében elmondható, hogy a diplomás ápoló hallgatókban élnek a karrierrel kapcsolatos félelmek: leginkább az alacsony jövedelemtől és az alacsony megbecsültségtől tartanak (*Kovácsné*, 2008).

Akik már rendelkeznek főiskolai végzettséggel, úgy vélik, hogy végzés után, új ismeretek birtokában fontosabbá vált számukra a minőségi betegápolás, a beteg érdekképviselete, ugyanakkor öntudatosabbá váltak, és nőtt a felelősségtudatuk is. Érdekes azonban, hogy tanulmányaik befejeztével a közvetlen munkatársaik részéről gyakran irigységet és ellenséges indulatokat tapasztaltak. Véleményük szerint munkahelyükön nem minden esetben valósul meg a szakképzettség szerinti munkamegosztás, elsősorban a régi szokások beidegződése és az elégtelen dolgozói létszám miatt, vagy, mert a vezetők nem veszik figyelembe a képzettségbeli különbségeket. A magasabb végzettséget szerzett ápolók jelzései szerint szükség lenne arra, hogy többen képezzék magukat, ez ugyanis emelhetné az ápolás színvonalát és az össz-ápolói munka is hatékonyabbá válhatna ezáltal (*Baráthné* és *Lantos*, 1999; *Siket*, 2003). Összegzésként elmondható, hogy a segítő hivatást gyakorlók – köztük az ápolók – pályaválasztását az emberekkel való törődés, a segítés vágya motiválja, és ez az attitűd úgy tűnik, sikeresen ellensúlyozza a hivatással együtt járó negatívumokat (*Fónai*, *Pattyán* és *Szoboszlai*, 2001).

Nyilvánvaló, hogy a hivatás presztízsének megítélése hatással lehet az egészségügyben dolgozók közérzetére és a képzési rendszerbe belépők motivációira is. Ismeretes, hogy egyre kevésbé vonzó az egészségügyi pálya, és miközben a krónikus létszámhiány mind nehezebbé teszi a minőségi munkavégzést, a társadalom tagjai nem értékelik megfelelően az egészségügyben dolgozók munkáját. Az ápolói pálya presztízsét vizsgálva úgy tűnik, hogy azt a főiskolai képzésben résztvevő diplomás ápoló hallgatók értékelik a legmagasabbra, közülük sokan úgy vélik, hogy a hivatás elismerése, megbecsültsége a közeljövőben tovább fog emelkedni. Érdekes azonban, hogy az optimista ápolók közül többen nem ajánlanák gyermeküknek az ápolói munkát, és tanulmányaik befejezése után

jelentős részük számára a külföldön való elhelyezkedés a cél. Az országon kívüli munkavállalást a nyelvtanulás, a magasabb szintű szakmai tudás megszerzésének vágya motiválja, de az okok között szerepel az anyagi és erkölcsi megbecsülés kívánalma is (*Kovácsné, Feith* és *Balázs*, 2004; *Kovácsné*, 2008). Figyelemre méltó tény, hogy vannak, akik még a felsőfokú képesítés megszerzése után is folytatnák tanulmányaikat, bár olyan ápolókat is találunk, akik úgy gondolják, hiába képezik magukat, nincs, nem lesz különbség az általános ápoló és diplomás kollégája között a munkakört tekintve (*Bodrogi* és *Kálmán*, 2001).

Azok között, akik befejezték főiskolai tanulmányaikat, a szakma presztízsét illetően már jóval kevesebb a bizakodó és optimista szakdolgozó. Inkább alacsonynak, illetve nagyon alacsonynak ítélik meg hivatásuk presztízsét, és nem gondolják azt, hogy ezen a területen a közeljövőben bármilyen pozitív irányú változás történne. Az ilyen negatív irányultságú gondolatok többekben érlelik a változtatás lépését, ami akár azt is jelentheti, hogy nem a szakmát hagynák el, hanem – főiskolai hallgató kollégáikhoz hasonlóan – külföldön vállalnának munkát, magasabb fizetés, nyelvtanulás és szakmai tapasztalatok szerzésének céljából. A külföldi munkavállalás gyakran mutat összefüggést a munkahelyi előmenetellel: minél kevésbé elégedett az ápoló a szakmai előrejutással, annál gyakrabban gondol a külföldi munkavállalásra (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006).

Ha a magasabb képzettséggel rendelkezők elégedettségének mértéke a hivatás megbecsültségével kapcsolatban alacsony, érthető, hogy azok, akik a tanulás lehetőségét sem engedhetik meg maguknak, még elégedetlenebbek, általában úgy érzik, hogy munkahelyük nem felel meg az elvárásaiknak. Az elégedetlenség okai között szerepel az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, a szervezetlenség, a létszám- és eszközhiány, a kompetenciának nem megfelelő munkavégzés, az önállóság és a társszakemberek hiánya, a nem megfelelő vezetés (*Cseri*, 2002; *Pikó*, 1999). Ezek a tényezők hozzájárulnak az ápolói rang elvesztéséhez, a szakma presztízsének további csökkenéséhez. Megjegyzendő, hogy azok az ápolók, akik magasabbnak ítélik saját társadalmi presztízsüket, életükkel is elégedettebbek, bár a munkaelégedettségük mértékét ez nem befolyásolja (*Pikó* és *Piczil*, 2006).

Külföldi tapasztalatok alapján is a magyarországiakhoz hasonló tendenciák rajzolódnak ki. A Cseh Köztársaságban dolgozó ápolók jelentős része úgy gondolja, hogy hivatásuk társadalmi megítélése átlagos, vagy ennél alacsonyabb. Minél fiatalabb egy ápoló és minél kevesebb időt töltött el az egészségügyben, annál optimistább, és úgy érzékeli, hogy munkájának társadalmi megbecsültsége nagyon magas. (Legelégedettebbek a három évnél

rövidebb ideje dolgozó ápolók.) Ahogyan telnek az évek és gyűlnek a tapasztalatok, úgy választják egyre többen az „átlagos” és az „átlag alatti” kategóriát az ápolói munka presztízsének megítélésekor (*Bártlová* és *Tóthová*, 2006). Szerb ápolók körében végzett vizsgálatok adatai szerint a hivatás feladásának szándéka sokakban erős, az okok között a hiányzó társadalmi és anyagi megbecsülés mellett a fárasztó munka tényezője és az egyre csökkenő motiváció is szerepel (*Markovic, Piczil, Kasza* és *Pikó*, 2006). Az amerikai helyzetkép ismeretében pedig az mondható el, hogy az ágazat létszámhiánnyal küzd, és a fiatalok körében nem vonzó az ápolói pálya. Ugyanakkor a betegágy mellett tevékenykedők sem tekintenek pozitívan munkájukra, hivatásukra, míg főiskolán tanuló társaikról úgy vélekednek, hogy tanulmányaik során nem ismerkednek meg a szakma valódi lényegével, tudásuk hiányos (*Kohler* és *Edwards*, 1990; *Sheu, Lin* és *Hwang*, 2002).

A kutatások eredményeit összegző szerzők és gyakorló szakemberek egyaránt abban reménykednek, hogy a fejlődés útja az ápolói hivatás professzionalizálása felé vezet, ez pedig a hivatás presztízsének növekedését is maga után vonja majd.

Az ápolói munka jellemzői. Munkahelyi stressz az ápolók körében

Néhány éve került az érdeklődés középpontjába a szubjektív jóllétet befolyásoló tényezők vizsgálata, amely azóta gyakori témája különféle kutatásoknak (*Ryan* és *Deci*, 2001). Az általános elégedettségi mutatók feltárásán túl érdemes figyelni olyan specifikus mutatókra is, mint a munkával kapcsolatos elégedettség. Ez azért is fontos, mert a munkával, munkakörülményekkel való elégedettség erősen összefügg azzal, hogy saját életünket milyennek ítéljük meg, hiszen elégedettségünk növeli életkedvünket, míg a munkahellyel való elégedetlenség számos életproblémához vezethet (*Büssing, Bissels, Fuchs* és *Perrar*, 1999; *Lee, Hwang, Kim és Daly,* 2004).

Miután életünk jelentős részét a munkahelyen töltjük, egyáltalán nem mindegy, hogy milyen az a környezet, ami körülvesz minket, milyenek a munka jellemzői fizikai és személyi értelemben egyaránt. A munkahellyel kapcsolatos problémák feltárása során kiemelt jelentőséggel bír a stressz vizsgálata. A munkahelyi stressz egészségre gyakorolt hatása jól ismert, sajnálatos módon nagyon sokakat érint, sokat beszélünk róla, a gyakorlatban azonban nem valósul meg, vagy elégtelen a megelőzés és a stressz-menedzsment. Ugyanakkor nélkülözhetetlen azoknak a tényezőknek az ismerete is, melyek meghatározzák a dolgozók közérzetét, hozzájárulnak a munkával kapcsolatos elégedettséghez vagy elégedetlenséghez.

A munkaelégedettség elemzéséhez több modellt használhatunk, ezek közül az egyik *Herzberg* (1968) kéttényezős elmélete. *Herzberg* szerint az elégedetlenséget és az elégedettséget okozó tényezők két külön csoportba tartoznak. Az elégedetlenséget a következők befolyásolják: a munkakörülmények, a vállalatpolitika és az irányítás, a fizetés, az előrelépés, a juttatások, a dicséret és a rossz munkahelyi légkör. Ezeket *Herzberg* higiéniai tényezőknek nevezi, és úgy véli, hogy hiányuk elégedetlenséget vált ki, viszont meglétük önmagában még nem fokozza az elégedettséget. Az elégedettséget kiváltó tényezőket *Herzberg* motivációs tényezőkként említi, ezek – a higiéniai tényezőktől függetlenül – egyértelműen megszabják az elégedettség mértékét. A motivációt fokozzák a következők: az érdekes, sikerélményt nyújtó munka, a fejlődési távlatok, az azonosulás a szervezeti célokkal, a jó munkahelyi kapcsolatok. A személyközi kapcsolatok tehát elsősorban higiéniai tényezőkként viselkednek, ami azt jelenti, hogy a rossz munkahelyi légkör feltétlen elégedetlenséget vált ki, a jó munkahelyi kapcsolatok azonban hosszabb távon erősíthetik az elégedettséget, és motivációs hatást fejthetnek ki.

Másik fontos megközelítési mód a munkával kapcsolatos elégedettség vizsgálata esetén *Hackman* és *Oldham* (1976) modellje, amely a munka motiváló hatásait vizsgálja. Az elmélet kidolgozói szerint a munkával kapcsolatos elégedettséget a következő öt tényező biztosítja leginkább: a szakismeretek változatossága, a feladat teljessége, a feladat fontossága, a viszonylagos autonómia, a visszacsatolás biztosítása. Fontos tehát, hogy a dolgozó változatos, nem túl monoton tevékenységet végezzen, feladatköre jól meghatározható és teljes legyen, érezze, hogy munkája lényeges hozzájárulás a szervezet céljainak megvalósulásához. Emellett legyen olyan döntési hatásköre, amely a munkaszervezet által meghatározott kereteken belül érvényesül, ugyanakkor történjen meg a visszacsatolás számára az elvégzett munkája hatékonyságáról, eredményességéről.

Ha az elméleteket az ápolói munkára vonatkoztatjuk, elmondható, hogy a munkahelyi kapcsolatok különös fontossággal bírnak, hiszen mindkét csoportban megtalálhatók. Ha jó a munkahelyi légkör, a társas kapcsolatok minősége kielégítő, ez a tény kompenzálhatja a munkaterheltség negatív hatásait, csökkentheti a stressz következményeit, és segíthet a kiégés megelőzésében. Az ápolók számára fontos az elismerés, a betegekkel kialakított jó kapcsolat. Ez a herzbergi sikerélménynek megfeleltethető tényező, a Hackman-Oldham modellben pedig a visszacsatolás és az önálló, fontos és változatos munka tényezőjét jelenti.

Sajnálatos módon az elégedetlenségi faktorok nagy számban jelen vannak az ápolói hivatást gyakorlók körében. Az alacsony fokú anyagi megbecsülés, a juttatások, dicséretek

hiánya, a munkaeszközökkel való nem megfelelő ellátottság, a gyakran egészségtelen munkakörnyezet, a szakmai fejlődés lehetőségeinek hiánya, a képzettségbeli hiányosságok az ápolói hivatással szorosan összekapcsolódó tényezők. Az előrelépési lehetőségek is hiányosnak mondhatók, és bár a tanulást, a szakmai továbbképzést egyre többen tartják fontosnak, ez további terheket ró az egyébként is fáradt, túlterhelt ápolókra.

Abban az esetben, ha az ápolói hivatás legfőbb jellemzőit, a munkakörülményeket szervezeti kereteken belül vizsgáljuk tovább, találunk még olyan tényezőket is, melyek feszültségek kiváltására alkalmasak. Ezek egy része a munka jellegéből fakad: a nagyfokú felelősség és adaptációs kényszer, a fizikailag és pszichikai szempontból is megerőltető munka, a több műszak, az ügyeleti rendszer. A több műszak az ápolás szükséges követelménye, hiszen olyan szakterületről van szó, ahol a napi 24 órás igénybevétel, az állandó készenlét nélkülözhetetlen a gyógyulás érdekében. Az ügyeleti rendszer azonban különböző fizikai és pszichikai megterheléseket okozhat, felboríthatja a természetes biológiai ritmust. Ezért az ápolók és az egészségügyben dolgozók más csoportjainak stresszterheltségét vizsgálva ez a tényező kiemelt helyen szerepel (*Escriba-Agüir, Perez-Hoyos* és *Bolumar*, 1993). A stresszt előidéző faktorok közül sokan az ápolási tevékenységtől sok időt elvonó adminisztrációt emelték ki, de a gyógyításhoz szükséges eszközök hiánya, illetve a sürgősségi helyzetek azonos időben történő halmozódása is többek által nyert említést (*Némethné,* 2001).

Mindenképpen vizsgálat tárgyává kell tenni az osztály jellegét, ahol a munkavégzés történik, hiszen ez szintén befolyásolja a stresszhelyzetek kialakulásának lehetőségét. Bebizonyosodott, hogy az intenzív ápolási egységekben vagy műtétes osztályokon dolgozók munkatechnológiai stresszterheltsége nem fokozott, ellenkezőleg: alacsonyabb, és munkájukkal is elégedettebbek, mint a nem intenzív ápolási igényű munkahelyeken dolgozók. Magyarázatként a világos feladatmeghatározást, a nagyfokú autonómiát és kontrollt, a pontos szerepkijelölést említették, és azt, hogy úgy érzik, hozzájárulásuk a betegek állapotának javulásához jelentős és látványos (*Boumans* és *Landeweerd,* 1994).

Kiemelt figyelmet érdemel a halállal, haldoklással és a betegek szenvedéseivel kapcsolatos érzések, attitűdök vizsgálata. Nyilvánvaló, hogy olyan stresszorral van dolgunk, amely az egészségügy bármely területén, bármikor megjelenhet, és ezzel jelentős érzelmi terhet ró az ápoló személyzetre (*Némethné*, 2001). Sajnálatos módon kevés figyelmet fordítunk a témára, gyakran gondoljuk azt, hogy az egészségügyben dolgozók munkájuk során „megszokják” a szenvedő beteg látványát, természetesnek tekintik a halál tényét. Vizsgálatok bizonyítják, hogy az orvostanhallgatók és az ápolók leginkább

hozzátartozóik és ismerőseik elvesztésekor szereznek ismereteket a haldoklás folyamatáról. Miután munkájuk során a haldoklók többségével kapcsolatba kerülnek, így különösen fontos lenne az elmúlással kapcsolatos attitűdjeikkel tisztában lenniük (*Hegedűs, Pilling, Kolosai* és *Bognár*, 2001). Külföldi felmérések is arról számolnak be, hogy az ápolók munkájuk során az egyik legfőbb stresszforrásként határozzák meg a haldoklók gondozását (*Parkes*, 1985). A magyar társadalomban a halál többnyire még tabukérdésnek számít. Elgondolkodtató, hogy az egészségügyben dolgozók a képzés során nem kapnak elegendő ismeretet a halállal, a haldoklók gondozásával kapcsolatban. Az ápolók képzésében a témával kapcsolatos igen minimális óraszám is elsősorban szakmai teendőkkel ismerteti meg a tanulókat, kevés szó esik a pszichés gondozásról, az etikai kérdésekről és a kommunikációról. Ennek fényében nem meglepő, hogy az ápolási folyamatban sokan nem beszélgetnek a haldoklóval, ha pedig mégis létrejön a kommunikáció, azt többnyire a beteg kezdeményezi. Az ápolók közül többen tartják fontosnak, hogy ismereteket szerezzenek a haldokló betegek humánus ellátásával kapcsolatban, legfőképp az alapképzés keretein belül, de a szakmai továbbképzések, esetmegbeszélések is keretet adhatnának az ilyen irányú információ megszerzéséhez (*Hegedűs, Pilling, Kolosai* és *Bognár*, 2001). Tovább nehezítheti az egyébként is túlterhelt ápolók helyzetét, hogy némely esetben a súlyos, haldokló betegek ápolásával kapcsolatban még az orvosok is tőlük kérnek segítséget a gondozási tevékenységet illetően (*Bognár, Kolosai, Hegedűs* és *Pilling*, 2001). Újabb stresszforrás lehet, hogy a súlyos betegekkel, haldoklókkal dolgozó ápolók társas támogatottságának mértéke gyakran elégtelen, körükben több az egyedülállók és elváltak aránya, mint az orvosok és más egészségügyi diplomások körében. Sok ápoló ezekben a munkakörökben közepesnek vagy rossznak ítéli meg saját egészségi állapotát, közülük sokan küzdenek jórészt diagnosztizálatlan és kezeletlen pszichiátriai, pszichoszomatikus és szomatikus tünetekkel. Nem túl jó pszichés és szomatikus státuszukat tovább ronthatja, hogy az elégtelen bérek miatt sokan kénytelenek két vagy több munkahelyen dolgozni (*Hegedűs, Mészáros* és *Riskó*, 2004).

Az egyéni személyiségjellemzők és viselkedési formák jelentik a szervezeti keretek mellett az egyén és munkahely kapcsolatának másik pólusát. Az egyén motivációi, képességei, szociális késztetései, konfliktusmegoldási stratégiái, céljai és értékrendszere nagymértékben meghatározzák a stresszre adott reakció válaszmintázatait (*Kobasa* és *Puccetti*, 1983). A stressz-szint ugyanakkor szorosan összefügg az ápolók munkaelégedettségével (*Ramirez, Graham, Richard, Cull* és *Gregory,* 1996), pályaelhagyási szándékaival (*Kovácsné, Tóth, Feith és Balázs,* 2004), mentális

egészségével és jóllétével (*Escriba-Agüir* és *Tenias-Burillo*, 2004; *Zammuner* és *Galli*, 2005), élettel való elégedettségével (*Mackenzie, Poulin* és *Seidman-Carlson*, 2006), valamint a körükben előforduló kiégés jelenségével (*Allen* és *Mellor*, 2001; *Pikó*, 2006).

Többször említést nyert, hogy a munkakörnyezeti jellemzők sorában a személyközi kapcsolatok mennyire fontosak. Minőségük a munkahelyi stressz kialakulásával is összefüggésbe hozható, hiszen a feszültségek egy része a formális és informális személyközi kapcsolatokból, azaz a pszichoszociális munkakörnyezetből ered (*Lambert, Lambert* és *Ito*, 2004; *Pikó*, 1999; *Wheeler* és *Riding*, 1994). Ez utóbbi tényező jelentőségét kutatások sora igazolta, amelyek eredményeként kimutatták, hogy az egészségügyi szférában dolgozók fokozott fizikai és pszichikai veszélyekre számíthatnak, de a nem megfelelő társas interakciók gyakrabban érik őket felkészületlenül. Emiatt a társas támogatás elégtelensége az egyik legfőbb stresszforrás (*Stewart* és *Arklie*, 1994). Azokon a munkahelyeken, ahol a fizikai és/vagy pszichés leterheltség nagymértékű, a tényleges problémát gyakran nem igazán a munka jellegéből adódó nehézségek jelentik, hanem a nem megfelelő formális és informális kapcsolatrendszer. Rosszabb helyzetben vannak azok, akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, akik a munka elől „meneküléssel" próbálnak megküzdeni a stresszel, vagy akiket munkatúlterhelés jellemez (*Chang*, 2006).

A stressz következményeit vizsgálhatjuk egyéni és intézményi szinten egyaránt. Az egyénben sokféle pszichikai, magatartási és egészségi állapotbeli változást idézhet elő a stressz. *Margolis, Kroes* és *Quinn* (1974) megállapították, hogy a stresszreakció megnyilvánulhat rövid ideig tartó szubjektív tünetekben, ilyenek pl. a szorongás, a figyelem koncentrációjának csökkenése, az elkeseredettség, a harag. Hosszabb távon egyes pszichés tünetek is utalhatnak a stressz meglétére, így a depresszió, a rezignáltság, az elidegenedés, különféle pszichoszomatikus tünetek, magatartási szinten pedig az agresszió, a mértéktelen dohányzás vagy alkoholfogyasztás, a társas kapcsolatok megromlása. A szomatikus struktúrán belül a stressz hatására megjelenő fiziológiai változások lehetnek átmenetiek, mint a vérnyomásemelkedés, vagy tartósak, amelyek az egészségi állapotban klinikailag is diagnosztizálható elváltozásokat okoznak. Végül *Margolis* és munkatársai (1974) a munkateljesítmény romlását említik, ami azonban már szervezeti szintű következmény. A stressz kihat a munkaelégedettségre, a hiányzások számára, a fluktuációra, a minőségi munkavégzésre és a kreativitásra, innovációs készségre is (*Ivancevich* és *Matteson*, 1980). Ismeretesek ugyanakkor ún. pszichoszociális egészségmutatók is, amelyek a munkahelyi stressz és elégedetlenség indikátorai.

Előfordulásuk magas aránya jelzi a munkahelyi környezet hiányosságait. A már említett pszichoszomatikus tünetek gyakorisága mellett az egészség önminősítése ugyancsak fontos mutató lehet a stressz mértékét illetően.

A stressz és a következményes kiégés sajátosan nyilvánul meg az ápolói hivatásban. Olyan munkakörről van szó, amelyben a stressz hatása a munkateljesítmény romlásában nem megengedett, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció, a pályaelhagyások jelzik a problémát (*Leppanen* és *Olkinoura*, 1987). A stresszel való megküzdésre erősen kihat az is, hogy hány éve dolgoznak az ápolók az adott osztályon, és mekkora a munkaterhelés. A mentális egészség pozitívabb azoknál, akik több éve dolgoznak az osztályon, illetve akik nagyobb távolságot tartanak a betegekkel szemben (*Pikó*, 2001).

Az ápolók legtöbbször azonosítani tudják a stresszorokat, és leggyakrabban a következő tényezőkkel magyarázzák a nagyfokú feszültséget: a munkatársak közötti nem megfelelő kapcsolat, a kommunikáció zavarai, a munkaerőhiány, a munkával összefüggő lelki megterhelés, a gyógyíthatatlan betegekkel történő kommunikáció, az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, az orvosoktól való függés, a halál ténye, a halottak ellátása, a gyógyíthatatlan betegek lelki vezetése (*Pikó* és *Piczil*, 2000; *Szicsek*, 2004). A pszichés terhek csökkentésében jelentős szerep juthat a munkahelynek, ahol ésszerűbb munkaszervezéssel, nagyobb erkölcsi és anyagi megbecsüléssel, speciális mentálhigiéné oktatásával meg lehetne előzni, hogy a nem, vagy nem megfelelően feldolgozott stressz az egészségügyi szakdolgozók esetében a testi és pszichés tünetek súlyosbodásához, a kiégés kialakulásához vezessen (*Hegedűs*, *Mészáros* és *Riskó*, 2004). A munkahelyi stressz csökkentésében fontos szerepe van a világos, egyértelmű kommunikációnak is. Ahol ez megvalósul, nincsenek félreértésekből adódó feszültségek, viták, összetűzések. A gyakorlat sajnálatos módon gyakorta azt mutatja, hogy a munkahelyen még a formális munkahelyi értekezleteken sem mindig egyértelmű a kommunikáció, a célokról, feladatokról az ápolók csak utólag értesülnek. Miközben a közösséghez tartozás egyik fontos feltétele a jólinformáltság, a közösséghez kapcsolódás ugyanakkor a kiégés ellen ható protektív tényező (*Némethné*, 2001).

Egy jól funkcionáló munkahelyi szervezetben mindenkor szem előtt kell tartani azt a tényt, hogy a stresszorok azonosításával és a csökkentésük érdekében alkalmazott intézkedésekkel és technikákkal a burn-out kialakulása megelőzhető.

A humán segítés és a kiégés

A segítő hivatást gyakorlók, közöttük az egészségügyi dolgozók munkájának lényegi része a humán segítés (*Temesváry, Pataki, Kalmárné, Zimányi,* 1996). Az emberekkel való foglalkozás, a beteg, kiszolgáltatott emberek segítése jelentős vonzerő a pályaválasztásban a karitatív attitűddel megáldott fiatalok számára (*Muldoon* és *Kremer,* 1995). Az emberek segítése sok pozitív érzés forrása, ugyanakkor nagy pszichikai megterhelést is jelent. Miután az ápolók munkájának alapvető részét képezi a humán segítés, így tevékenységük során gyakran találkoznak pszichikai megterhelést jelentő helyzetekkel.

A segítő foglalkozásúak stresszterheltségével kapcsolatban gyakran emlegetett jelenség a kiégés szindróma, amelynek kialakulása azzal áll összefüggésben, hogy a klienssel, beteggel való foglalkozás során a szakemberek az őket ért pszichikai hatásokat, stresszeket nem a megfelelő módon dolgozzák fel, és ennek pszichikai anomáliák a következményei (*Spickard, Gabbe, Christensen*, 2002). A fogalom 1974 óta él a szakirodalomban, amikor *Freudenberger* meghatározta a szindrómát. A kiégés krónikus érzelmi megterhelések nyomán fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapotát jelenti, melynek következménye az elszemélytelenedés, érzelmi kimerültség és az inkompetencia érzése. Ez az általános negatív életérzés kihat többek között a munkavégzésre és a társas kapcsolatokra (*Fekete,* 1991), ugyanakkor következménye lehet a munkával való elégedetlenség, a pályaelhagyás, az énkép sérülése és a testi-lelki egészség megromlása (*Jeanneau* és *Armelius,* 2000; *Leiter,* 1992; *Murray,* 2002; *Ramirez, Graham, Richard, Cull* és *Gregory,* 1996). Olyan folyamatról van tehát szó, melyben a stressz és a hajszolt munkatempó következtében az egykor elkötelezett szakember eltávolodik munkájától. Freudenberger után pár évvel *Schmidbauer* (1983) foglalkozott behatóan a segítőkre jellemző attitűdök feltérképezésével. A vizsgálatai kapcsán megfigyelt jelenséget Helfer-szindrómának nevezte el. Ennek lényegét abban látta, hogy az emberi problémákkal való foglalkozás ára a segítők saját pszichikai egyensúlyának felbomlása. Minél inkább merev életformává, szükségletté alakul a másokon való segítés kihívása, a segítő számára annál nagyobb a veszélye annak, hogy saját lelki egyensúlyának karbantartását elhanyagolja (*Fekete*, 1991). Amíg a kiégés inkább a munkastresszel hozható összefüggésbe, addig a segítő szindróma a humanisztikus pályamotiváció sajátos alakulásaként értelmezhető.

Maslach (1982) a kiégés vizsgálatakor kimutatta, hogy ez egy többdimenziós jelenség. A maslachi modell szerint a tünetegyüttes krónikus érzelmi és interperszonális stresszfolyamatokra adott válaszreakció. Bár egyéni, személyiségjellemzőktől függő

stresszérzékelésről van szó, az csak a munkahely szervezeti, a társas kapcsolatokat is magában foglaló kontextusában értelmezhető (*Maslach* és *Jackson*, 1981). Az érzelmi kimerülés, az energiavesztés érzése mellett a modell kiemelte az elszemélytelenedést, ami gyakran éppen a kimerültség következtében, énvédő funkcióként lép fel. Az elszemélytelenedés együtt jár a munkába vetett hit megrendülésével, míg súlyosabb esetekben cinizmus és dehumanizálódás következik be. A személyes kompetencia érzésének csökkenése a hatékonyság felfüggesztődésébe, és akár alacsony önértékelésbe és depresszióba torkollhat. *Maslach* és munkatársai (1996) a jelenség leírásán túl az okok feltárását is fontosnak tartották. Megállapították, hogy kiégés kialakulására egyrészt egyéni – személyiség-, képesség-, készségbeli –, másrészt munkaszervezeti tényezők hajlamosíthatnak, pl. a kiszolgáltatottság a döntéshozóknak, a kontroll és az autonómia alacsony szintje, valamint a társas kapcsolatokból eredő konfliktusok és a stresszel való megküzdés nem megfelelő stratégiáinak alkalmazása. A jelenséggel azért is érdemes kiemelten foglalkozni, mert egy metaanalízis arra is felhívja a figyelmet, hogy a munkával való elégedetlenséghez leginkább a kiégés jelensége járul hozzá (*Faragher, Cass* és *Cooper*, 2005).

A jelenség kialakulásában belső és külső tényezők egyaránt szerepet játszanak. A belső tényezők közül leginkább említésre méltók a fejlett empátiás készség, a másokon való segítés vágya, a fejlett hivatástudat, a magas elvárások a munkával, a kollégákkal és önmagukkal szemben, és a magánszférában zajló konfliktusok. Épp a magas elvárások és a valóság közötti nagy különbségek okozzák a feldolgozhatatlan feladatot az egyén számára. A külső tényezők közül ki kell emelni a stresszt, a nem megfelelő munkakörülményeket (ezek lehetnek személyi és tárgyi jellegűek), a munkahelyi elégedettség alacsony fokát, a felelősség és a kompetencia-szintek tisztázatlanságát, illetve a társas támogatás hiányát (*Szemlédy*, 2004). *Maslach* és munkatársai (1981) a kiégés kialakulásával kapcsolatban az intézményi feltételeket is lényegesnek találták, úgy vélték, hogy a következő tényezők nagyban meghatározzák a jelenség kialakulását: (1) a személyzet és páciens arány, (2) a munkafeltételek, (3) a munkában eltöltött idő, a munkaórák száma, (4) a szabadidő mennyisége, (5) a klienssel való közvetlen kapcsolatban eltöltött idő tartalma.

Freudenberger (1974) a kiégés alakulását 12 lépcsős folyamatként írja le, amelynek fokozatai a következők:

1. a bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszerig,
2. fokozott erőfeszítés,
3. a személyes igények elhanyagolása,

4. a személyes igények és konfliktusok elfojtása,
5. az értékrend megváltozása,
6. a fellépő problémák tagadása,
7. visszahúzódás,
8. magatartás- és viselkedésváltozás,
9. deperszonalizáció (az „önérzékelő képesség” elvesztése),
10. belső üresség,
11. depresszió,
12. teljes kiégettség.

Ami a tüneteket illeti, több fokozatban és a legkülönfélébb szimptómák megjelenésével manifesztálódhatnak. *Első fok*: a kiégés tünetei csak szórványosan jelentkeznek, és rövid lefutásúak. Szabadidős tevékenységekkel, pihenéssel, relaxációval a munkával való elégedettség még visszatérhet a normális szintre. *Másodfok*: a tünetek gyakrabban jelentkeznek, hosszabb ideig fennállnak, és már nehezebben leküzdhetőek. A pihenés nem segít, a hétvége sem jelent megoldást, minden munkanap végén nagyfokú fáradtság jelentkezik. Megjelenik a cinizmus, hangulatváltozások észlelhetőek, és a hatékonyság feletti aggodalom központi témává válik az egyén számára. *Harmadfok*: a tünetek állandón jelen vannak, a fizikai és lelki problémák állandósulnak. Az egyén gyakran kérdőjelezi meg alkalmasságát, szakértelmét. A munkahelyi és személyes kapcsolatokban megjelenik a visszahúzódás, felerősödhetnek a családi problémák, és új munkahely keresésének vagy akár a szakma elhagyásának gondolata is felmerül (*Spaniol* és *Caputo,* 1979).

A *tünetek* jelentkezhetnek *fizikai síkon*: fáradtság, kimerültség, izomfeszülések, testi megbetegedések (migrén, gyomorpanaszok, vastagbélgyulladás), magas vérnyomás, alkohol- és droghasználat, szívbetegség formájában. A *pszichés*, és ezeken belül főleg *érzelmi tünetek* lehetnek: tagadás, a beismerés hiánya, racionalizálás, düh és depresszió, paranoia, dehumanizáció, önbecsmérlés, merev attitűdök és makacs ellenállás a változással szemben. Az *intellektuális tünetek* megjelenhetnek a döntéshozó képesség megromlásának, a nem megfelelő információfeldolgozásnak a képében, de az időbeosztás zavarai, a munkával kapcsolatos gyötrelmes gondolatok is ide tartoznak. *Szociális tünetek* lehetnek: a munka előtérbe helyezése, szociális visszavonultság, cinizmus, a hatékonyság csökkenése, rosszindulatú humor, gunyorosság, családi problémák megjelenése, illetve súlyosbodása ugyancsak a kiégés megjelenését jelzik (*Petróczi*, 2007).

A jelenség egy ciklikusan ismétlődő folyamat, amelyben négy fázist különíthetünk el: 1. a lángoló lelkesedést, az idealizmust, amely gyakran irreális elvártásokkal jár együtt, 2. a stagnálást, amely együtt jár a teljesítőképesség csökkenésével, 3. a frusztráció fázisát, melyben egyre idegesítőbbé válnak a munkával kapcsolatos terhek, 4. végül az apátia fázisát, melyben a munka egyre rutinszerűbbé válik (*Edelwich* és *Brodsky*, 1980).

A kezelés folyamata általában két területen történik: fontos a munkakörülmények megváltoztatása és az egyén magatartásának módosítása.

A kiégés jelensége az ápolói munkában

Az ápolói hivatás jellemzőit vizsgálva áttekintettük azokat a stresszorokat, melyek az egészségügyben dolgozók számára feszültségek forrásaként jelentkeznek. Ha a kiégés jelenlétét vizsgáljuk az ápolók körében, elmondható, hogy leginkább az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság csökkenése jellemzi őket, míg az orvosoknál az érzelmi kimerülés mellett a deperszonalizáció figyelhető meg. Ez azzal magyarázható, hogy a két csoport tagjai eltérő módon foglalkoznak a betegekkel, ugyanakkor nagy valószínűséggel más-más coping stratégiákat használnak (*Maslach* és *Jackson*, 1993).

Az ápolók munkájában a betegekkel való közvetlen foglalkozás több szempontból is megterhelő lehet: a beteg érzései, viselkedése, egészségi állapota, a vele való kommunikáció, a hozzátartozókkal való kapcsolattartás érzelmileg terheket róhatnak az ápolókra (*Small*, 1995). Magát az érzelmi terhelést befolyásolja a siker és a kudarc aránya. A kudarc stresszel jár, a többször ismétlődő kudarc pedig tanult tehetetlenséghez vezet. A tehetetlenség érzését fizikai és pszichikai értelemben egyaránt megszenvedi szervezetük, hiszen a tehetetlenség egy kontroll nélküli állapotot jelent (*Maslach* és *Jackson*, 1982). A kommunikáció milyensége, minősége az orvos-ápoló-beteg triászt tekintve is meghatározó, ideértve a beleszólási jogot, az információk átadását, a megfelelő hangnemet és a kollégák közötti elismerést is (*Szicsek*, 2004). Ugyanakkor arról sem feledkezhetünk meg, hogy az ápolói tevékenységet többnyire nők végzik, ők pedig még inkább veszélyeztetettek a kiégés szempontjából. A még mindig általános sztereotípiák következtében azt várja el tőlük a társadalom, hogy megértéssel, együttérzéssel, nagyfokú empátiával viszonyuljanak az emberekhez, a család szintjén és munkahelyi szituációkban egyaránt. Ezt az odaadást természetesen az ápolási folyamatban is demonstrálniuk kell. Az sem szerencsés megoldás, ha a dolgozó hazaviszi a munkahelyi problémákat, hiszen amellett, hogy a családtagok nem tudnak adekvát segítséget nyújtani, ez a szituáció tovább erősíti a feszültséget, hiszen

ilyen módon a családi szerepek is zavart szenvednek (*Pikó* és *Piczil*, 2000). Az ápolást végző nők közül sokan úgy vélekednek, hogy a családért, otthonért, gyermekekért érzett felelősség gyakran kombinálódik a nehéz munkahelyi körülményekkel, és ezen érzelmi hatások összeadódása előkelő helyen áll a stresszt előidéző tényezők sorában (*Némethné*, 2001).

A munkaszervezeti jellemzők: a három műszak okozta nehézségek, a szervezési bizonytalanságok, a gyakran fellépő hiányállapotok, a nem megfelelő kommunikáció, a feszültséggel terhes munkahelyi kapcsolatok, a kollegiális társas támogatás hiánya, az anyagi és erkölcsi megbecsülés alacsony foka szintén gyakran idéznek elő feszült helyzeteket, melyek megoldása az esetek döntő többségében nem megnyugtató a felek számára. Ilyen módon a munkahely szervezeti keretei és társas kapcsolatokat magában foglaló kontextusa sajnálatos módon kedvező feltételeket teremt a kiégés jelenségének kialakulására (*Piczil* és *Pikó*, 2003).

Hazai kutatások tükrében vizsgálva a kiégést elmondható, hogy a fekvőbetegosztályokon dolgozó ápolók veszélyeztetettsége magas fokú, lelki egészségük komoly veszélyben van. A pályán régóta dolgozók kiégési értékei a legkedvezőtlenebbek, de kimutatható, hogy a pályakezdők kezdeti, gyakran túlzott lelkesedése, ütközve a realitásokkal, hamar veszélyeztetetté teszi az ápolókat. Minél hosszabb időt tölt valaki az egészségügyben, úgy csökken a munka újdonságtartalma, növekszik viszont a stressz és a felelősség, és egyre inkább nyilvánvalóvá válnak a szakma negatívumai. Azok, akik kevés jövedelmüket túlmunkával próbálják pótolni, még veszélyeztetettebbek a kiégés szempontjából (*Bencés*, 2006; *Pálfi*, 2003). Természetesen az osztály jellege is meghatározó a jelenség kialakulásában: legnagyobb fokú az érintettség az intenzív osztályon dolgozó ápolóknál, őket követik a krónikus osztályokon dolgozók, a legkevésbé veszélyeztetett populációt az aktív osztályokon dolgozó ápolók jelentik. Feltételezhető, hogy az intenzív terápiás osztályok dolgozói napi rendszerességgel megélnek olyan helyzeteket, melyeket képtelenek megoldani, ugyanakkor mindennapos a szenvedés látványa, a halál tényével való megbirkózás (*Kelly* és *Cross*, 1985; *Norbeck*, 1985; *Pálfi*, 2003; *Pálfi*, 2008). Jelzéseik szerint a legjelentősebb stresszt kiváltó, és egyben a kiégés szempontjából is fontos tényezők a következők: a halállal való mindennapos szembesülés, a sürgősségi helyzetek halmozódása, a hibátlan munkavégzésre ösztönző nagy külső és belső nyomás, illetve a kevés sikerélmény (*Némethné*, 2001).

Az is nagyban befolyásolja az egészségügyben dolgozók – köztük az ápolók – lelki egészségét, hogy milyen betegek között végzik munkájukat. Súlyos betegekkel foglalkozó

egészségügyi dolgozók körében a betegségek, a depresszió, a suicid gondolatok magasabb arányban vannak jelen, mint más területen dolgozóknál, és esetükben a kiégés veszélye is számottevőbb (*Hegedűs*, 2004). Említést érdemelnek azok a szakdolgozók is, akik a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgoznak: körükben leginkább az érzelmi kimerülés számottevő (*Jones*, 1987). Ez azért is paradox helyzet, mert a pszichiátriai gyógyítótevékenység fókuszában az érzelmi munka áll. Az érzelmi kimerültség és a dehumanizáció szempontjából fontos annak ismerete, hogy a pszichiátriai ellátórendszerben dolgozóknak mennyi a heti munkaideje, illetve hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatot kiépítve (*Kovács*, 2006).

Krónikus betegekkel dolgozó ápolók körében is magas fokú a veszélyeztetettség, hiszen a fizikai kimerültség, a pszichés megterhelés, és az ennek nyomán kialakuló érzelmi kimerültség, elsivárosodás mindennapos jelenségek munkájukban. Ugyanakkor esetükben az is kimutatható, hogy a vizsgált ápolók nagy többsége rossz csapathatékonysággal működő munkahelyen dolgozik, ez a tényező szintén megnövelheti a sérülékenységet, előrevetítve a kiégés kialakulását (*Szemlédy*, 2004).

Kiemelendő, hogy a kórházi osztály ellátási formája és a főálláson túli munkatevékenység szintén szignifikáns összefüggést mutat a kiégettséggel (*Pálfi*, 2008), hasonlóan a pályaelhagyás gondolatához (*Pálfi*, 2003; *Pálfi*, 2008). Természetesen azok a dolgozók, akik magukat kifejezetten fáradtnak érzik, gyakrabban gondolnak a pályaelhagyásra (*Némethné*, 2001), az ápolói létszám további csökkenése azonban az egészségügy jelenlegi állapotában katasztrófát idézne elő.

A jelenség a fejlett egészségügyi ellátórendszerrel működő országokban is súlyos problémát jelent. Az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, Angliában és Skóciában 700 kórházban 43 000 ápolóra kiterjedő vizsgálat eredményeit tanulmányozva kimutatható, hogy a válaszadók 30–40%-a a kiégés magas fokát mutatja. Az ápolók 60–70%-a szerint alacsony az ápolói létszám, ez túlterheléshez vezet, és a megkérdezetteknek csak kevesebb, mint 50%-a elégedett a munkahelyi vezetőkkel. Mindezek következményeként a vizsgálatban résztvevők 20-30%-a tervezte, hogy egy éven belül elhagyja a pályát (*Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Clarke* és *Busse*, 2001).

Az egészségi állapot és az életmód jellemzői. Egészség- és rizikómagatartás ápolók körében

Az ápolói hivatás fő jellemzői közé tartozik az odaadás és együttérzés, amely fejlett empátiás készséget követel, ugyanakkor nyitottabbá és sérülékenyebbé is teszi a szakmabelieket. Az ápolók munkájuk során az emberekkel azok életének egyik legkiszolgáltatottabb időszakában találkoznak, az ápoló-beteg kapcsolat pedig az ápolókra is hatással van, hiszen a beteg lelki vezetése stresszel járó folyamat (*Gelsema,* 2006). Többször megállapítást nyert már az a tény, hogy az ápolói munka számos stresszforrást hordoz. A szakma egyes jellemzői, mint a több műszak, a gépies iramú munka, az ügyeleti rendszer, az alulfizetettség, továbbá a túlterheltség, a kompetenciakörök tisztázatlansága, a nem mindig támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek hozzájárulnak ahhoz, hogy az ápolók munkája stresszel teli hivatássá vált (*Hegney, Plank* és *Parker,* 2006). Természetesen a munka jellege mellett a stresszre való reakció nagyban függ az egyén személyiségétől is: ha az egyén könnyen frusztrálódó, nem pozitív gondolkodás jellemzi, és állandóan szorong, még sérülékenyebb (*Pikó* és *Piczil*, 2000), így a stressz testi, lelki tüneteket és betegségeket okozhat (*Sabo*, 2006). Ha nem történik beavatkozás, az egyén számára egy idő után lehetetlenné válik a stresszorok leküzdése, ennek pedig következménye a kiégés kialakulása (*Cubrilo-Turek, Urek* és *Turek,* 2006).

A munkaszervezeti jellemzőkkel összefüggő problémák és az ápolói munkával együtt járó negatívumok hatásai gyakran nagyfokú fáradtság formájában is megjelennek. Fontos veszélyeztető tényező a több műszak és a fárasztó túlmunka, amely az alvás és ébrenlét ritmusának megzavarása mellett befolyással lehet az alvásra, pihenésre szánt idő mennyiségére is. Gyógyító tevékenységet végzők vizsgálata kimutatta, hogy a pihenésre fordított idő nem elegendő, a válaszadók közül nagyon kevesen ébrednek kipihenten. Hétköznapokon a válaszadók közül sokan többnyire hatórányi alvással kénytelenek megelégedni. A többműszakos munkarend – amellett, hogy a társas kapcsolatokat és a családi élet megszervezését is megnehezíti, és ezzel újabb feszültségforrást hív elő az ápoló tevékenységet végző nők életében – fokozottan sújtja a nőket, akik élettanilag is kevésbé tolerálják a biológiai ritmus átrendeződését (*Escriba-Agüir, Perez-Hoyos* és *Bolumar,* 1993).

Általánosságban elmondható, hogy a betegágy mellett dolgozók között alig találunk olyanokat, akik ne küzdenének testi tünetekkel. Ezek közül leggyakrabban a fejfájást, az ízületi- és mozgásszervi panaszokat, a gerincbántalmakat említik a dolgozók. A

pszichoszomatikus tünetek közül igen gyakran előfordul a rossz közérzet, a fáradtság, tartós álmatlanság, idegesség, kedvetlenség, kimerültség, szorongás és a félelem (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006; *Markovic, Pikó, Piczil* és *Kasza*, 2006).

Fekvőbeteg osztályon dolgozó ápolók körében végzett vizsgálat kimutatta, hogy a megkérdezés előtti három hónapban leggyakrabban derék- és hátfájdalommal, kimerültséggel, ingerlékenységgel és alvási problémákkal küzdöttek a válaszadók. A szomatikus és szubjektív tünetek előfordulási gyakorisága azoknál volt a legmagasabb, akik három műszakban dolgoztak. Az ápolók csaknem negyede vallotta azt, hogy valamilyen krónikus betegségben szenved. A szív- és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, thrombosis, szívritmuszavar), a csontrendszer betegségei (gerinc-, derékproblémák) és endokrin zavarok (diabetes mellitus, pajzsmirigybetegségek) fordultak elő leginkább (*Molnár*, 2002). Az is megállapítható, hogy az életkor előrehaladtával és az egészségügyben eltöltött évek számával arányosan nemcsak a tünetek gyakorisága magasabb, de a krónikus betegségek előfordulása is (*Pásztor*, 2006; *Pikó* és *Piczil*, 2007).

A súlyos betegek ápolása a pszichés státuszra is rányomja a bélyegét: az ilyen jellegű osztályokon dolgozók csaknem fele már állt kezelés alatt daganatos betegség, depresszió, magas vérnyomás, és gyomorbetegség miatt. A hospice-ban, a pszichiátrián, a mozgásszervi rehabilitációban és az onkológiai osztályokon dolgozók körében magasabb a depresszió aránya, az onkológián dolgozók körében pedig a gyomor- és nyombélfekélyes megbetegedések száma kiugróan magas. Ugyanakkor az öngyilkossági kísérletek száma is magasabb, különösen azok körében, akik pszichiátriai osztályokon dolgoznak (*Hegedűs, Mészáros* és *Riskó*, 2004).

Krónikus betegekkel foglalkozó ápolók körében végzett kutatás arra derített fényt, hogy körükben gyakori a fizikális és pszichés kimerültség, amely könnyen vezethet a kiégés kialakulásához (*Szemlédy,* 2004).

Az ápolók körében a fel nem dolgozott feszültségek, szorongások egészségkockázati magatartás megjelenését is eredményezik, amely dohányzás, alkoholfogyasztás, bizonyos gyógyszerek fokozott használata formájában manifesztálódik. Egy hazai kórházban végzett vizsgálat kimutatta, hogy a betegágy mellett dolgozó ápolók csaknem fele rendszeresen dohányzik, többségük bárhol, helytől függetlenül rágyújt. Közel háromnegyedük fogyaszt alkoholt, alkalomszerűen. Általános körükben a koffeinfogyasztás, kétharmaduk rendszeresen kávézik. Egy-két adag kávé az átlagos napi adag, de néhányan öt adagnál is többet isznak naponta (*Molnár*, 2002). Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók, köztük az ápolók több mint harmada dohányzik, ötödük fogyaszt alkoholt, és a

kábítószer fogyasztása is nagyobb arányban fordult elő körükben, szemben azokkal a dolgozókkal, akik nem súlyos betegek körében végzik munkájukat (*Hegedűs, Mészáros* és *Riskó,2004).*

Az érzékelt pszichés és szomatikus tünetek, és az egészségkárosító magatartások halmozott előfordulása vezethet ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók saját egészségi állapotuk megítélését tekintve nem túl optimisták (*Pikó,* 1999; *Pikó*, 2001). Kórházi dolgozók körében végzett vizsgálat adatai szerint az ápolók több mint fele rossznak ítéli egészségét (*Molnár*, 2002). Súlyos, haldokló betegekkel foglalkozó ápolók egészségi állapotukat sokkal rosszabbnak ítélik, mint az ugyanezzel a beteganyaggal dolgozó orvosok vagy más egészségügyi dolgozók. Az ápolók az egészségi állapot önminősítésekor leginkább a nagyon rossz, rossz illetve a közepes minősítést jelölték be (*Hegedűs, Mészáros* és *Riskó*, 2004).

Ami az orvoshoz fordulás kérdését illeti, a következő tünetek és betegségek esetében tartják fontosnak az egészségügyi dolgozók az orvoshoz fordulást (az egyes betegségcsoportok sorrendje a gyakoriság szerinti rangsorolást is jelenti):

1. nőgyógyászati és szülészeti problémák,
2. vérzés (köpet, hányadék, széklet, fekély),
3. fájdalom, szívpanaszok,
4. nagymértékű fogyás, láz, daganatos tünetek, ízületi problémák,
5. magas vérnyomás
6. fogakkal kapcsolatos problémák, érrendszeri problémák,
7. krónikus köhögés.

A felsorolásból látható, hogy nagyrészt olyan problémákkal fordulnak orvoshoz, amelyek kellőképpen komolyak ahhoz, hogy öngyógyítással nem orvosolhatók, ugyanakkor az is látszik, hogy a felsorolt tünetek között találunk olyanokat, melyek az ágazatban előforduló munkaterheléssel függenek össze (*Pásztor*, 2006). Minél rövidebb ideje dolgozik valaki az egészségügyben, annál nagyobb a valószínűsége, hogy háziorvosát fogja felkeresni betegség esetén. Később egyre általánosabbá válik az intézményen belüli ismeretségi rendszerek igénybe vétele. Az is általános tendencia, hogy a betegség tüneteinek megléte esetén sokan visszautasítják a táppénzes állományba vételt, egyrészt anyagi okok miatt, másrészt miután kevesebben dolgoznak a szükségesnél, – érzésük szerint – kiesésükkel veszélybe kerülne a betegek folyamatos ellátása. Úgy tűnik tehát, hogy az anyagi kényszer és a hivatásszeretet mindent háttérbe szorít (*Pásztor*, 2006).

Ami a szűrővizsgálatokon való részvételt illeti (fogászati és nőgyógyászati szűrés), hazai kutatás bizonyítja, hogy az ápolók részvételi aránya 60% fölött van, de ez az az eset, amikor csak a 100%-os részvételi arány lenne elfogadható. Az adatokból az is kiderül, hogy az ápolók részvétele a szűrésen magasabb, mint az orvosnőké (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné,* 2006; *Pásztor*, 2006). Egy Békés megyében végzett vizsgálat ennél rosszabb eredményekről számol be: nőgyógyászati szűrővizsgálatra az ápolásban dolgozó nők kevesebb mint harmada jár, egyharmaduk pedig csak panaszok esetén keresi fel nőgyógyászát. Fogorvosi vizsgálaton rendszeresen egytizedük jelenik meg (*Molnár,* 2002).

Miután az egészségügyben dolgozók modellként is megjelennek, így magatartásuk példaértékű lehet a betegek előtt, bár egészséggel, betegséggel kapcsolatos ismereteik szintje nem feltétlenül befolyásolja pozitív irányba egészség-magatartásukat (*Armstrong,* 1995). A pozitív példaadás, a kongruens viselkedés fontossága az ápoló-beteg kontextusban felértékelődik, és az is fontos kérdés, hogy az egészségmegőrző, betegségmegelőző magatartásformákat – melyeket az ápoló a betegnek javasol – önmaga betartja–e. Vizsgálatok azt példázzák, hogy ez a példamutatás csak ritkán valósul meg. Gyakori az ápolók körében a rizikófaktorok előfordulása: dohányzás, kevés testmozgás, nem megfelelő táplálkozás. Diplomás ápoló hallgatók vizsgálata azt mutatta, hogy a vizsgálatban résztvevők fele túlsúlyos, nem megfelelőek az étkezési szokásaik, 45%-uk nem végez heti aktív testmozgást, és 46%-uk dohányzik (*Csatlós,* 2004). A helytelen táplálkozás és a rendszeres testmozgás hiányának következtében gyakori a túlsúly: ápolók körében végzett vizsgálat szerint a válaszadók csaknem fele öt kg-nál nagyobb túlsúllyal rendelkezik, ezt rendszeres mozgással nem próbálják kompenzálni. A válaszadóknak mindössze egyötöde vallja azt, hogy hetente három vagy ennél több alkalommal végez aktív testmozgást. A mozgás egyébként azért is fontos lenne, mert segíthetne a feszültségek levezetésében. A válaszadó ápolók 41%-a ingerlékeny, ideges a mindennapokban, 43%-uk pedig türelmetlen és rossz hangulatú (*Csatlós,* 2004).

Az egészségtelen életmód nemcsak a magyar ápolókra jellemző, nemzetközi kutatások példázzák, hogy máshol is jelen van. Kanadában például a tanuló ápolók egyötöde dohányzik (*Chalmers, Seguire* és *Brown,* 2003). Spanyolországban arra a megállapításra jutottak, hogy az ápolók esetében a dohányzás erősen összefügg az életkorral: minél idősebb korcsoportot vizsgáltak, annál magasabb volt a dohányzók aránya (*Ruiz* és *Bayle,* 2003). Egy dán kutatás orvosok és ápolók dohányzási szokásaira koncentrált. Kiderült, hogy az orvosokhoz képest az ápolók körében kétszer akkora a dohányosok aránya (*Madsen,* 1991).

Az egészségi állapot vizsgálatakor nem szabad szem elől tévesztenünk azt a tényt, hogy az egészségügy olyan ágazat, ahol a munkahely maga is magas arányban produkál egészségkárosító tényezőket, ártalmakat. A munkahelyi ártalmakkal a dolgozók tisztában vannak, bár leginkább a biológiai (fertőzés lehetősége), kémiai (gázok, gőzök, gyógyszerek) és fizikai ártalmakat (sugárzás, szoros munkatempó, neonvilágítás) említik. Csak negyedik helyre sorolják a pszichés ártalmakat, melyek között legfontosabb véleményük szerint az állandó stressz-állapot. Az értékek rangsorában első helyre teszik az egészséget, ami nem lehet véletlen, hiszen munkájuk során gyakran szembesülnek azzal, mit jelent az egészség elvesztése (*Pásztor*, 2006). Az egészséget veszélyeztető tényezők között említett fizikai leterheltség esetében kiemelt fontosságú veszélyforrásként határozták meg a betegek mozgatását, emelését, ez hozzájárulhat a már említett mozgásszervi betegségek kialakulásához (*Molnár*, 2002).

Az ápolók egészségét veszélyeztető tényezőkkel kapcsolatban az Amerikai Egyesült Államokban is végeztek felmérést. A megkérdezett csaknem ötezer ápoló 70%-a a munkahelyi stresszből és túlórából fakadó akut és krónikus panaszokat emelte ki, 60%-uk a súlyos gerinc- vagy mozgásszervi sérüléstől félt, 45%-uk pedig a fertőzés lehetőségét említette. Mindössze a válaszadók kevesebb, mint 20%-a érezte úgy, hogy biztonságos, az egészségét nem veszélyeztető munkakörnyezetben dolgozik. A megkérdezettek 83%-a annak ellenére is folytatta a munkáját, hogy súlyos hát- és gerinctájéki fájdalmakkal küzdött. Az amerikai ápolók 88%-a jelezte, hogy a munkával kapcsolatos egészségi és biztonsági félelmei miatt nem érzi folytathatónak az ápolói tevékenységet, és ápolói karrierjét feladni kényszerül. A nem biztonságos munkakörülmények ugyanakkor a minőségi betegellátást is veszélyeztetik véleményük szerint (*Amerikai Ápolók Szövetsége*, 2002). A nyugat-európai ápolók esetében is hasonló a helyzet: csaknem kétharmaduk azt jelezte, hogy az egészségükre a legnagyobb veszélyt a munkahelyi stressz és a túlórázás jelenti, és emiatt sokan érzik úgy, ha nem javulnak a munkakörülmények, feladni kényszerülnek hivatásukat (*Coomber* és *Barribal*, 2006).

Az egészségmegőrzésre irányuló tevékenységeket tekintve az ápolók a következő sorrendet állították fel: legfontosabb a rendszeres orvosi ellenőrzésen való részvétel, az elegendő pihenés, relaxálás, majd a túlmunka, túlerőltetés kerülése következik a sorban. Fontosnak tartják a testmozgást, a vitaminok szedését, az elegendő alvást, a megfelelő étkezést, valamint a dohányzás kerülését és a testsúly ellenőrzését is. A valóságban azonban ezek a kívánalmak ritkán realizálódnak: az ápolók leginkább sétálnak, kirándulnak egészségük megőrzése érdekében, az aktív sportolás nem igazán jellemző

esetükben. Igyekeznek odafigyelni a táplálkozásukra, és kerülik a káros szenvedélyeket, de ez csak keveseknek sikerül. Többen jelezték, hogy semmit nem tesznek annak érdekében, hogy egészségüket megóvják. Egy vizsgálat során az is megállapítást nyert, hogy az egészséges életmód jelentős mértékben függ a társadalmi-gazdasági helyzettől, de nagy szerepet játszik benne az egyén magatartása is. Az ápolók rendelkeznek megfelelő szintű egészségügyi ismerettel, de e tudást úgy tűnik, nem használják fel saját egészségük megőrzésére, fejlesztésére (*Molnár*, 2002).

Megküzdési (coping) stratégiák és társas támogatottság az ápolók körében

Az egészségügyben jelenlévő és gyakorta hosszú ideig fennálló stresszel telített helyzetek próbára teszik az ágazatban dolgozók tűrőképességét. A feszültségekkel való megküzdés módozatai változatosak, és nem minden esetben jelentenek adekvát megoldást a fennálló helyzetben. A megküzdés kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amelynek segítségével azokat a külső vagy belső hatásokat próbáljuk kezelni, melyekkel kapcsolatban úgy ítéljük meg, hogy felülmúlják aktuális személyes erőforrásainkat (*Lazarus* és *Folkman,* 1984). A megküzdés tehát olyan tudatosan megválasztott viselkedés, melynek az a célja, hogy az egyén fenntartsa, illetve helyreállítsa szervezete egyensúlyát. Coping stratégiáink lehetnek adaptívak és inadaptívak, attól függően, hogy az alkalmazott stratégia mennyire sikeres, milyen irányba befolyásolja a helyzetet, de aktív (támadás, menekülés) vagy passzív (visszahúzódás, átértékelés) módon is megközelíthetjük az adott stresszhelyzetet (*Stauder*, 2007). Vizsgálhatjuk ugyanakkor azt is, hogy az adott viselkedés a fennálló helyzet megoldását, a stressz okozta feszültség csökkentését célozza-e, vagy más személyek bevonására irányul. Ez esetben megkülönböztetünk *problémaorientált, érzelemorientált* és *támogatáskereső* stratégiát. A problémaorientált viselkedésen belül jellemző lehet a probléma elemzése, átstrukturálása, átértékelése, illetve az alkalmazkodás. Érzelemorientált megközelítés esetén az egyén érzelmi indíttatású cselekvést visz végbe, keresi az érzelmi egyensúlyt vagy visszahúzódik. A támogatás keresése egyértelműen összefügg a segítségkéréssel (*Lazarus* és *Folkman*, 1984). Minél több megküzdési stratégiát ismer és alkalmaz az egyén egy adott helyzetben, annál hamarabb tudja visszaállítani az egyensúlyi helyzetet életében. Azt, hogy milyen módon küzdünk meg a stresszel teli helyzetekkel, meghatározhatja a szocioökonómiai státusz, a nem, az életkor, a családi állapot, az anyagi kondíciók, a kulturális hovatartozás, a képzettség és az egészségi állapot is (*Tiringer,* 2007).

Az egészségpszichológiai vizsgálatokban központi helyet foglalnak el a coping stratégiák és a társas támogatás formái (*Ogden*, 1996). Sokáig úgy kezelték a két jelenséget, mint egymástól független területeket, azonban mára már bizonyosságot nyert, hogy egymással szorosan összefüggnek, ily módon a társas támogatást a konfliktusokkal való megbirkózás részjelenségének tekinthetjük (*Greenglass*, 1993; *Pikó* 1997; *Thoits*, 1986; *Wills*, 1990). A társas megküzdési módszerek vizsgálata azért is került előtérbe, mert interperszonális kapcsolataink nemcsak a stressz legfontosabb forrásait jelentik, hanem a konfliktusokkal való megbirkózás is többnyire társas térben, egymáshoz igazodva történik (*Lyons, Mickelson, Sullivan* és *Coyne*, 1998). A stresszel való megbirkózást és e folyamat kihatásait az egészségre régóta vizsgálják (*Edwards* és *Cooper*, 1988; *O'Neill* és *Zeichner*, 1985). Elsősorban a megbirkózás módszerei és a mentális egészség összefüggése mutatható ki, és sok esetben a stressz éppen a mentális folyamatok útján befolyásolja a szomatikus egészséget (*Felton, Revenson* és *Hinrichsen*, 1984; *Wheaton*, 1983). A megküzdés tényezői azonban nem egyértelműen sorolhatók az adaptív, illetve inadaptív osztályba, hiszen maga a stresszel való megbirkózás folyamata is járhat stresszel, sőt nemegyszer általunk adaptívnak megítélt konfliktusmegoldási módszer idéz elő az egészségi állapotra is hatást gyakorló stresszt (*Edwards* és *Cooper*, 1988). Kiemelt helyen szerepel egyfelől a megküzdés, másfelől a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás közötti kapcsolatok vizsgálata, hiszen az egészséget kockáztató magatartás maga is a konfliktusmegoldás inadekvát módszere, illetve következménye lehet. Egyértelműen kimutatható, hogy a stresszt gyakrabban átélők körében mindhárom magatartásforma, valamint a nyugtatók és altatók szedése is lényegesen gyakoribb (*Pikó*, 1999). Részben biokémiai, részben tanult magatartási mechanizmusok útján ezek a szerek elősegítik a szorongás oldását, aminek eredményeként addikció alakul ki, későbbi egészségi állapotbeli károsodásokkal.

A konfliktusmegoldást, illetve a társas támogatást befolyásoló tényezők közül ki kell emelni a munkahely jelentőségét (*Pikó,* 1995). Köztudott, hogy vannak magas stresszterheltségű munkahelyek, amelyek állandó alkalmazkodásra, a konfliktusmegoldási módszerek fokozott mozgósítására késztetik a dolgozókat (*Greenglass, Fiksenbaum* és *Burke*, 1996). Az egészségügy és ezen belül az ápolók munkaköre a stresszhelyzetek szempontjából mindig is a veszélyeztetettek közé tartozott (*Leppanen* és *Olkinoura*, 1987; *Wheeler* és *Riding*, 1994). A munkahelyi stresszel való megbirkózás, a pszichoszociális munkakörnyezet, valamint a munkatársi támogatás kihat nemcsak az ápolók egészségi állapotára, hanem munkával való elégedettségükre, munkához való hozzáállásukra,

pályaelhagyási késztetésükre is (*Pikó*, 2001; *Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000). A magasabb stressz-szinttel jellemezhető munkahelyeken kimutatták, hogy nem elsősorban a munka okozta fizikai és lelki megterhelés a legerősebb stresszor, hanem az interperszonális konfliktusok, a munkaszervezés hiányosságai, a munkatársak támogatásának hiánya (*Kaufmann* és *Beehr*, 1989).

A stresszel való megbirkózás folyamatában a személy neme is fontos módosító hatást fejt ki, amit a vizsgálatok során figyelembe kell venni (*O'Neill* és *Zeichner*, 1985; *Solomon* és *Rothblum*, 1986). Közismert, hogy a nők előnyben részesítik a konfliktusmegoldás társas formáit, több érzelmi és kevesebb kockázatkereső módszert használnak, mint a férfiak, akik viszont nem egyszer hatékonyabban alkalmazzák a meglévő forrásaikat. Mindez összefügg azzal, hogy a konfliktusmegoldás maga is stresszt gerjeszthet. Az interperszonális kapcsolatok pedig sokkal inkább járhatnak stresszhatással, mint a férfiak által előnyben részesített racionálisabb megbirkózási fajták (*DeLongis*, *Folkman* és *Lazarus*, 1988; *Pikó*, 2001). A társas támogatásnak szintén vannak nemi jellegzetességei, amelyek a szociálisan meghatározott nemi szerepek eltéréseiből fakadnak (*Bem*, 1974; *Vaux*, 1985). A társas kapcsolatok mindig kétoldalúak: társas támogatásként is funkcionálhatnak, de maguk is szerepelhetnek stresszforrásként.

Az ápolók coping profilját vizsgálva megállapítható, hogy gyakori körükben a feszültségkontroll, ami azt jelenti, hogy igyekeznek a feszültséget és annak közvetlen következményeit kézben tartani, jellemző a figyelem-elterelés, magas az önbüntetés és a belenyugvás típusú megküzdés. Jóval kevésbé érvényesül azonban az érzelmek középpontba helyezése, az emóció-fókusz, és kisebb arányban fordul elő az érzelmek közvetlen kiélése, az emóció-kiürítés is. A problémaközpontú és a támaszkereső megküzdési mód jelenléte átlagosnak mondható (*Szicsek*, 2004).

A munkahely jellegzetességei és a nemből fakadó sajátosságok tehát együttesen alakíthatják ki az ápolók megküzdési módszereit, amelyek adekvát vagy inadekvát alkalmazása egészségi állapotukat, egészségkockázati magatartásukat formálja.

Az egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete

Hazánkban évről évre sokasodnak azok a problémák, amelyek az egészségügyben dolgozók életét és mindennapjait megnehezítik (*Szántó* és *Solymosi*, 2000; *Németh*, 2000; *Bugovics* és *Pilt*, 2002). Az alacsony fizetések, a szervezési bizonytalanságok, a megbecsülés hiánya a szféra minden szintjén éreztetik hatásukat, így a paramedikális személyzet körében is általános az elégedetlenség (*Pikó* és *Piczil*, 1998; *Sasváriné*, 2001). Az ápolók csoportja külön is említést érdemel, hiszen a több műszak, az elégtelen bérek, a nagyarányú fluktuáció, a hierarchia alacsony fokán állva megtapasztalt megalázó helyzetek egyre kevésbé engedik láttatni a szakma szépségeit (*Pikó*, 1999; *Pikó* és *Piczil*, 2000).

Az ápolással kapcsolatos problémák egyébként a nálunk fejlettebb országokban sem ismeretlenek, hiszen olyan, fizikailag és emocionálisan egyaránt megterhelő hivatásról van szó, melynek anyagi és erkölcsi elismerése általában nincs arányban a megterheléssel (*Walters, French, Eyles, Lenton, Newbold* és *Mayr*, 1997; *Traynor*, 1995). Külföldi kutatások szerint a munkaelégedettség szorosan összefügg az anyagi megbecsüléssel és a munkában való önállósággal. Ausztráliában végzett kutatások azt igazolták, hogy a munkahely- vagy pályaelhagyást a munkaelégedettség határozza meg: az ápolók inkább olyan munkát választanának, ahol ki tudnák bontakoztatni tudásukat, amivel növelnék önbecsülésüket. Ezek megvalósulásával egyenes arányban növekedne a munkával való elégedettségük is (*Pelletier, Donoghue* és *Duffield*, 2005).

Azzal a társadalom valamennyi tagja tisztában van, hogy az ápolói munka nélkülözhetetlen, ám a szakma presztízse korántsem tükrözi ezt (*Pikó*, 1999). A pályaelhagyás mellett meredeken csökken a képzésben résztvevők száma is. A legégetőbb problémák egyike az anyagi megbecsültség hiánya. Az alacsony bérek az elégedetlenséget kiváltó tényezők között előkelő helyet foglalnak el, ugyanakkor az ápolók szociális helyzetét tekintve bizonyított hátrányos helyzetük és életmódjukkal való elégedetlenségük (*Horváth* és *Rigó*, 2002; *Kövesi, Füzi* és *Bálint*, 1980; *Lengyel* és *Tóth*, 2001; *Sasváriné*, 2001). Egy hazánkban végzett presztízsvizsgálat megállapítása szerint, a társadalom tagjai 156 foglalkozás közül hasznosság szempontjából 11. helyre sorolták az ápolói munkát, a jövedelmezőség alapján azonban csak a 100. helyre került. Ebben az esetben találták a legnagyobb különbséget a hasznosság és a jövedelmezőség között (*Blasszauer* és *Jakab*, 1994). Csongrád megyei ápolók körében végzett vizsgálat arról számolt be, hogy a válaszadók szegénységtudata nagy, anyagi helyzetük kedvezőtlen, különösen az elvált és az özvegy ápolók kénytelenek nélkülözni (*Pikó*, 1999). A béremelés fontosságát bizonyítja

az a kutatás, amely Északkelet-Magyarország hat megyéjében zajlott. Az eredmények azt mutatják, hogy az ápolói fizetések emelésének köszönhetően a térségben a fluktuáció 40%-ról 30%-ra csökkent, ugyanakkor a tanulói ösztöndíj bevezetése nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, az ápolói pálya továbbra sem örvend nagy népszerűségnek (*Szloboda,* 2002).

Az egészségügyben, az ápolás területén többnyire nők dolgoznak, akik a munkaidő letelte után a gyereknevelés és a család ellátásának gondjait is megoldani kényszerülnek. Az ágazatban dolgozó nők többsége érzi úgy, hogy életük a vállalt terheket tekintve sokkal nehezebb, mint a férfiaké, ugyanakkor a munkahelyi beilleszkedést és egészségi állapotukat tekintve is hátrányban vannak, és a gyermeket nevelő nők karrierépítési lehetőségei is sokkal korlátozottabbak a férfiakénál (*Feith, Kovácsné* és *Balázs,* 2005). A betegellátásban dolgozó nők többsége úgy vélekedik, hogy a társadalom jobban megbecsüli azt, aki dolgozik, de emellett azt is érzik, hogy a nők helye otthon lenne, és a családról, a gyerekekről való gondoskodás lenne a legfőbb teendő (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006). Ez esetben kirajzolódik a családanya és a dolgozó nő szerepe közötti konfliktus. *Hajagos*ék kutatása azt is bizonyította, hogy az ápolási tevékenységet végző nők körében magas az elváltak és különélők aránya, aki pedig nem szeretné feláldozni a családi életét a munka miatt, gyakran dönt a pályaelhagyás mellett.

A hátrányos anyagi helyzet az életkörülményeket is jelentősen befolyásolja. Egy jól felszerelt otthon nagyban megkönnyíthetné az egyébként is igen leterhelt egészségügyi dolgozók életét, egyes háztartási gépek használata pedig jelentősen lerövidíthetné a háztartási munka idejét. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság sem megfelelő az ápolók körében. Sajnálatos módon többen kénytelenek nélkülözni automata mosógépet, fagyasztóládát, mikrohullámú sütőt és mosogatógépet (*Piczil* és *Pikó,* 2002).

Az anyagi megbecsülés hiánya és a munkahelyi leterheltség természetesen a szabadidő eltöltésére is rányomja a bélyegét. Az ápolók közül nem engedheti meg magának mindenki, hogy kikapcsolódás, nyaralás céljából elutazzon, ugyanakkor a moziba, színházba járás lehetősége is csak keveseknek adatik meg (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné,* 2006). Legtöbben olvasással, televíziózással töltik szabadidejüket, tehát többnyire pénzbe nem kerülő és helyhez kötött tevékenységekkel (*Piczil* és *Pikó,* 2002).

Annak érdekében, hogy az ápolásban tevékenykedők és családtagjaik nagyobb biztonságban élhessék életüket, sokan kénytelenek túlmunkát végezni. Ez a tevékenység

ritkán zajlik az ágazaton belül, így tehát az újabb alkalmazkodás újabb feszültségek előidézője lehet (*Piczil* és *Pikó*, 2002).

A fent említett tények ismeretében adekvát a kérdés: foglalkoztatja-e az egészségügyben dolgozó ápolókat a pályaelhagyás gondolata? Csongrád megyei vizsgálat igazolta, hogy az ágazatban dolgozók körében nagyfokú az elégedetlenség: a megkérdezettek csaknem fele feladná hivatását. Döntésüket a már jól ismert negatívumokkal támasztják alá: alacsonyak a bérek, nem becsülik a munkájukat, sok a megaláztatás, nagy a bizonytalanság és kilátástalan a jövő. Érdekes módon azonban az esetleges pályamódosítás során választott területek ugyancsak az emberekkel való törődésről, emberekkel való foglalkozásról szólnának. Akik pedig továbbra is az egészségügyben tevékenykednének, azokat áthatja a hivatás szeretete, a betegek, rászorulók gondozásának, segítésének a vágya. Érdekükben is prioritást élveznek/élveznének az ágazat problémáinak megoldását célzó reformok.

Csongrád megyei dolgozó ápolók és leendő ápolók vizsgálata

Az empirikus kutatás célkitűzései

Az irodalmi áttekintésben leírtakkal összhangban az empirikus kutatás átfogó célja volt a Csongrád megyében tanuló és dolgozó ápolók komplex vizsgálata, különös tekintettel a pályaorientációra, a szakma presztízsének és jellemzőinek megítélésére, valamint a tanuló és dolgozó ápolók egészségi állapotának és egészségkárosító magatartásának vizsgálatára.

Az általánosan megfogalmazott célon belül több részcél is vezérelte a kutatást, melyek a következők voltak:

1. Az *első célkitűzés* annak vizsgálata volt, hogy a válaszadók pályaválasztását milyen tényezők motiválták, és hogyan ítélik meg a szakma presztízsét. Ezen a témakörön belül a következő kérdésekre kerestünk választ:

a) Milyen tényezők játszottak szerepet a tanuló és dolgozó ápolók pályaválasztásában?

b) Hogyan ítélik meg a választott hivatás presztízsét? Véleményük szerint hogyan vélekedik szakmájukról a társadalom és a többi egészségügyi dolgozó?

c) Hová helyezik az ápolói munkát más foglalkozások hierarchiájában?

d) Milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel illetik az ápolói pályát?

2. A *második célkitűzés* annak feltérképezése volt, hogy a vizsgált populáció körében milyen gyakorisággal fordulnak elő pszichés terhek, és ezek csökkentésében, feldolgozásában számíthatnak–e segítségre? Ebben a kérdéscsoportban a következőkre kérdeztünk rá:

a) Milyen gyakorisággal fordulnak elő lelki megterhelést jelentő helyzetek a válaszadók gyakorlata és munkája során?

b) Ezekben a szituációkban milyen gyakran érkezik megoldást jelentő segítség?

c) Kitől várnának több segítséget a megnyugtató megoldás érdekében?

3. A *harmadik célkitűzés* annak vizsgálata volt, hogy a tanuló és dolgozó ápolók hogyan ítélik meg egészségi állapotukat, milyen gyakorisággal fordul elő a stressz és néhány egészségkárosító magatartás körükben. Ezt a célkitűzést a következő kérdések segítségével igyekeztünk megvalósítani:

a) A vizsgálat időpontját megelőző évben milyen gyakorisággal fordultak elő bizonyos testi tünetek?

b) Milyen az egészségi állapot önmegítélése a kortársakkal összehasonlítva?

c) Milyen gyakorisággal fordult elő a vizsgálatot megelőző egy évben a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás?

d) A dohányzással kapcsolatban milyenek a válaszadók attitűdjei?

e) Mely területeken és mennyire van jelen a stressz a válaszadók életében?

f) Mennyire jellemző a nyugtatók, altatók és egyéb élénkítőszerek használata a feszültségek oldása, levezetése érdekében?

4. A *negyedik célkitűzés* kapcsán azt tettük vizsgálat tárgyává, hogy a megkérdezettek körében melyek a legjellemzőbb coping technikák? Megállapításainkhoz a következő kérdések segítségével jutottunk:

a) Melyek a legjellemzőbb konfliktusmegoldási módozatok a válaszadók körében?

b) Milyen társas támogatórendszerrel bírnak a kutatásban résztvevő tanuló és dolgozó ápolók?

Az empirikus kutatás módszertana

A vizsgálatot Csongrád megye területén dolgozó és tanuló ápolók körében végeztük. Név nélkül kitöltendő, önkitöltéses kérdőíves módszert alkalmaztunk a kutatás során, a válaszadók részvétele önkéntes volt (az alkalmazott kérdőívet az *1. sz. melléklet* tartalmazza). A minta kiválasztása véletlenszerűen történt, a megyében dolgozó ápolók kb. 10 %-a vett részt a felmérésben. Összesen 420 kérdőív került feldolgozásra.

A dolgozó ápolók (n=218) esetében ügyeltünk arra, hogy a lehető legtöbb diszciplina képviselve legyen, a feldolgozás megkönnyítése érdekében pedig az osztályokat manuális és nem manuális kategóriákba soroltuk. A megkérdezett tanulók (n=202) egészségügyi szakközépiskolai képzés keretei között sajátították el a szakmai ismereteket (őket a továbbiakban tanulókként említem).

Az adatok feldolgozása az SPSS statisztikai programcsomag segítségével történt.

A minta jellemzői

A *válaszadó tanulók* valamennyien szakközépiskolai képzésben vettek részt, életkorukat tekintve 15–25 év között voltak, közülük 12 fő volt fiú, 190 fő lány.

Ami a családi hátteret, a szülők iskolai végzettségét illeti, megállapítható, hogy leginkább a szakmunkás végzettségű apák dominálnak (113 fő), míg az anyák esetében a szakmunkásképzőben szerzett szakmai végzettség, illetve a gimnáziumi érettségi a legjellemzőbb (69, ill. 65 fő).

Az alkalmazási minőség vizsgálata kapcsán az mondható el, hogy míg az apák közül sokan szakmunkásként és vállalkozóként tevékenykednek (62, ill. 33 fő), addig az anyák között nagy számban találunk háztartásbelieket, szellemi tevékenységet végzőket és szakmunkásokat (40 fő, 37 fő, ill. 34 fő).

A megkérdezett középiskolások szüleinek munkaerőpiaci státuszát tekintve elmondható, hogy az apák közül 40 fő, az anyák közül 27 fő nem állt alkalmazásban a vizsgálat idején, munkanélküliek voltak.

A lakáskörülményeket tekintve az a legjellemzőbb, hogy a tanulók családjukkal kertes családi házban élnek (147 fő). 30 fő él szüleivel lakótelepi lakásban, 15 fő társasházi lakásban, míg 10 fő bérlakásban.

A válaszadó fiatalok családjuk anyagi helyzetének figyelembevételével a következő réteghelyzetet határozták meg: 7 fő családját az alsóosztályba sorolta, 84 fő az alsó-középosztályt jelölte meg, 104 fő szerint családja a középosztály soraiba tartozik. Mindössze 6 fő állította, hogy az anyagi helyzetet tekintve családjával a felső-középosztályba tartozik, míg egy fő sorolta családját a felső osztályba.

A *válaszadó dolgozók* 19-61 év közöttiek voltak, közülük 13 fő volt férfi, 205 fő nő. A családi állapotot tekintve 88 fő volt nőtlen/hajadon, 82 fő élt házasságban, 25 fő pedig elvált volt a megkérdezés időpontjában. 12 fő élettársi kapcsolatot jelölt meg az együttélés formájaként, míg 11 fő özvegyen élt. A megkérdezettek közül 92 főnek van gyermeke.

Ami a legmagasabb iskolai végzettséget illeti, a válaszadók közül legtöbben egészségügyi szakközépiskolai végzettséggel, illetve érettségivel rendelkeztek (134 fő). 62 fő egészségügyi szakiskolai képzettséggel, 16 fő főiskolai diploma birtokában, 6 fő pedig általános iskolai végzettséggel dolgozott az egészségügyben.

Ami a lakáskörülményeket illeti, 135 főnek van saját lakása: ez 52 fő esetében lakótelepi lakást, 43 fő esetében családi házat, 22 fő esetében társasházi lakást jelent, 18 fő pedig bérlakásban él.

A társadalmi réteghelyzet meghatározása (önbesorolás alapján) a következő: 27 fő az alsóosztályba tartozónak érezte magát és családját. 86-an az alsóközép osztályba, 99-en a középosztályba sorolták családjukat. 6 fő megítélése szerint családja, az anyagi helyzetet szem előtt tartva, a felső-közép osztály kategóriájába sorolható. Egyetlen válaszadó sem sorolta magát a felsőosztályba.

Alkalmazott mérőeszközök

a) Szociodemográfiai változók mérése

A szociodemográfiai változók közül a kutatásban résztvevő *középiskolások* esetében a következőket vizsgáltuk: az apa és az anya legmagasabb iskolai végzettsége; az apa és az anya alkalmazási minősége; a lakás típusa és a társadalmi státusz önminősítése.

A *dolgozó ápolók* esetében a következőkre kérdeztünk rá: legmagasabb iskolai végzettség, házastárs/élettárs legmagasabb iskolai végzettsége; lakás tulajdonviszonya és típusa; a társadalmi státusz önminősítése.

A jövedelmi viszonyok feltérképezése kényes kérdés, ezért azt mellőztük a kutatás során. Igen fontos információt nyújt azonban a társadalmi helyzet szubjektív megítélése, amely a jövedelmek viszonylag szűk területén túlmutatva azt is tükrözi, hogy az egyén hogyan éli meg az adott társadalmi rétegződésben elfoglalt helyét.

b) A pályaorientációval kapcsolatos kérdés

Ha egy hivatással, illetve betöltőjének elégedettségével kapcsolatban információkat akarunk szerezni, érdemes a pályaválasztással kapcsolatos motivációkra vonatkozó kérdéseket feltenni. A pályaorientációt ezzel a kérdéssel vizsgáltuk: ’Miért választotta az ápolói pályát?’ A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. A családban már hagyománya van 2. A szüleim, ismerőseim tanácsára 3. A tanulmányi eredményeim nem tették lehetővé, hogy gimnáziumban tanuljak tovább 4. Szeretek emberekkel foglalkozni, segíteni nekik 5. Egyéb ok miatt. A válaszadóknak a kérdés megválaszolása során több válasz megjelölésére volt lehetőségük.

c) Az ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdések

Egy hivatás betöltőjének közérzetét jelentős mértékben befolyásolja az, hogy hogyan vélekedik munkájáról szűkebb és tágabb környezete. Ez a minősítés visszahat a saját megítélésre is. Az ápolói munka presztízsével kapcsolatban a következő kérdést tettük fel: ’Jelölje meg egy hét fokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói pálya presztízsét a társadalom, a többi egészségügyi dolgozó, és hogyan ítéli meg Ön?’ A hét fokozatú skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

A másik kérdés arra irányult, hogy a válaszadó hogyan rangsorolja munkáját más foglalkozásokhoz viszonyítva. 15 foglalkozást soroltunk fel, melyek a következők voltak: újságíró, hivatásos katonatiszt, takarító(nő), miniszter, hivatali csoportvezető, építőipari segédmunkás, agronómus, ápoló, lakatos kisiparos, bolti eladó, ügyvéd, szabó kisiparos, orvos, pilóta, tanár. A válaszadó maga dönthetett az egyes szakmák rangsoráról, a választásban az adott támpontot, hogy az 1-es érték a legalacsonyabb, a 15-ös érték a legmagasabb társadalmi megbecsültséget jelentette.

d) A munkaelégedettséggel kapcsolatos kérdések

Azt, hogy a válaszadó munkával kapcsolatos elégedettsége milyen fokú, illetve az elégedettséget mely tényezők befolyásolják, két kérdés segítségével vizsgáltuk (*Beehr, King* és *King*, 1990). Először egy hétfokú skálán kellett bejelölni az elégedettség fokát, a következő kérdésre válaszolva: ’Mennyire elégedett munkájával, munkahelyi körülményeivel?’ A skála 1-es fokozata a teljes elégedettséget, míg a 7-es fokozat a teljes elégedetlenséget jelölte.

A második kérdés nyitott volt, mivel feltételezésünk szerint abban az esetben, amikor az elégedettség, illetve az elégedetlenség okait akarjuk feltárni, nem igazán szerencsés előre megadott válaszkategóriákkal dolgozni. Ilyen módon a vizsgálatban résztvevők maguk fogalmazták meg szöveges válaszaikat arra a kérdésre, hogy: ’Sorolja fel a három legfontosabb tényezőt, amellyel elégedett, illetve amellyel elégedetlen a munkájában?’

e) A lelki megterhelést vizsgáló kérdések

Ismeretes, hogy az ápolói hivatás gyakorlása közben nagyon sokszor fordulnak elő lelki megterhelést jelentő helyzetek. Informatív lehet annak ismerete, hogy ezek a helyzetek milyen gyakoriséggal fordulnak elő, szükség esetén kap-e, és kitől várna több segítséget a

gyógyítás folyamatában résztvevő egészségügyi szakdolgozó (*Tumulty, Jernigan* és *Kohut*, 1994).

A témával kapcsolatos első kérdésünk a következő volt: ’Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémával, amely lelki megterhelést jelent az Ön számára?’ A válaszlehetőségek: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

A segítségnyújtás gyakoriságának felmérését a következő kérdés célozta: ’Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?’ Ismét négy válasz közül lehetett választani: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

Elengedhetetlen annak ismerete, hogy a megkérdezett ’Kitől várna több segítséget?’ A felsorolt lehetőségek közül többet is bejelölhetett a megkérdezett: 1. Családtagjaimtól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó ápolóktól 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Mástól.

f) Pszichoszomatikus skála

A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága jelentős mértékben meghatározza az egészségi állapot önértékelését, és kihatással van az elvégzett munka minőségére is. Ezért fontos annak felmérése, hogy bizonyos szimptómák milyen gyakorisággal fordulnak elő az ápolók körében. Az egyes tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő válaszlehetőségek jelölték: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha. A tünetek a következők voltak: ’Az elmúlt 12 hónap során milyen gyakran’ 1. volt idegfeszültségből eredő fejfájása 2. volt hát- vagy derékfájása 3. voltak alvási problémái 4. érezte magát kimerültnek, gyengének 5. volt gyomorégése, gyomor- vagy hasfájása 6. volt idegességből eredő hasmenése 7. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása 8. voltak menstruációs görcsei (Pikó, Barabás és Boda, 1997)?

g) Az egészségi állapot önértékelése

Az egészségi állapot önértékelésének vizsgálatakor a következő kérdéssel dolgoztunk: ’Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?’ A négy válaszlehetőség a következő volt: 1. Kiváló 2. Jó 3. Éppen megfelelő 4. Rossz (*Barsky, Cleary* és *Klerman*, 1992).

h) A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések

A kérdőív három rizikómagatartási mintára kérdezett rá: dohányzás, alkoholfogyasztás és drogkipróbálás. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók és élénkítőszerek fogyasztásának gyakoriságára is (*Pikó, Barabás* és *Markos*, 1996).

A dohányzás előfordulásának gyakoriságát a következő kérdéssel mértük: ’Az elmúlt 12 hónap alatt dohányzott-e rendszeresen?’ Öt választási lehetőség volt: 1. Egyáltalán nem 2. Alkalmanként 1-2 szálat 3. Rendszeresen napi 10 szál alatt 4. Rendszeresen napi 10-20 szál között 5. Rendszeresen napi 20 szál fölött.

Az alkoholfogyasztás előfordulásának gyakoriságát ezzel a kérdéssel vizsgáltuk: ’Az elmúlt 12 hónap alatt fogyasztott-e alkoholt?’ A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. Egyáltalán nem 2. Alkalmanként 3. Hetente egy-két alkalommal 4. Naponta.

Arra a kérdésre, hogy ’Az elmúlt 12 hónap alatt kipróbált-e valamilyen kábítószert’, a következő válaszok álltak rendelkezésre: 1. Egyáltalán nem 2. Igen, de csak néhányszor 3. Rendszeresen.

A nyugtató-, altató- és élénkítőszer-szedés gyakoriságának felmérését a következő válaszlehetőségek segítették: 1. Igen, rendszeresen 2. Heti 1-2 alkalommal 3. Havi 1-2 alkalommal 4. Egyáltalán nem.

i) A dohányzással kapcsolatos attitűdöket vizsgáló kérdések

Az egészségügyben dolgozóktól a közvélemény elvárja a tudatos egészségmagatartást, és a prevencióban való részvételt is. Ezért fontos annak feltérképezése, hogy a dohányzással kapcsolatban milyen attitűdjei vannak a megkérdezett tanuló és dolgozó ápolóknak. Kilenc, a dohányzással kapcsolatos állítás szerepelt a kérdőívben, melyek a következők voltak: 1. A dohányzás túl drága 2. A dohányzás megkönnyíti a másokkal való kapcsolatteremtést 3. A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha szüleiktől ezt látták 4. A dohányzásnak nyugtató hatása van 5. A dohányzás csökkenti az éhségérzetet 6. A dohányzás növeli a népszerűséget a barátok körében 7. A dohányzóknak az iskolában/munkahelyen biztosítani kellene egy külön helyet 8. A dohányzóknak mielőtt rágyújtanak, engedélyt kellene kérniük a többiektől 9. Az egészségügyi dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással. A következő válaszlehetőségek voltak adottak: 1. Teljesen egyetértek 2. Részben egyetértek 3. Nem értek egyet.

A kérdések a dohányzással kapcsolatos attitűdök felmérésére hivatott The Students’ Health and Lifestyle Study, The University of Western Ontario, Canada skálájából származtak (*Pederson, Koval* és *O’Connor*, 1997), amelynek hazai adaptálása már korábban megtörtént (*Pikó* és *mtsai*, 1995).

j) A stressz-felméréssel kapcsolatos kérdések

A stressz a segítő hivatást gyakorlók között nagy gyakorisággal fordul elő. Annak érdekében, hogy információkat kapjunk az előfordulás mértékét és a stresszorok azonosítását illetően, a következő kérdéseket tettük fel: 1. ’Véleménye szerint mennyire stresszgazdag az Ön élete’? A kutatásban résztvevők a következő válaszlehetőségek közül választhattak: 1. Egyáltalán nem 2. Kicsit 3. Közepesen 4. Nagyon (*Potter* és *Fiedler*, 1981).

2. ’Véleménye szerint mely területeken éri Önt stressz leginkább?’ Több választ is megjelölhettek a válaszadók, az alábbiak közül: 1. Munkával kapcsolatos gondok 2. Tanulással kapcsolatos gondok 3. Pénzkérdés, anyagi gondok 4. Társas kapcsolatok 5. Félelem a jövőtől 6. Egyéb gondok.

k) A konfliktusmegoldással kapcsolatos kérdések

A *Folkman* és *Lazarus* (1980) által kifejlesztett kérdőív rövidített változatát alkalmaztuk a tanuló és dolgozó ápolók coping stratégiáinak felméréséhez (*Pikó*, 2002). Az eredeti kérdőív 68 kérdésből áll, ezek azoknak a megbirkózási stratégiáknak a széles skáláját ölelik fel, melyeket az egyének meghatározott helyzetekben alkalmazhatnak. A coping-stratégiákat két alaptípusba sorolták: ezek a probléma-orientált és érzelemközpontú megközelítési módok. Mivel jelen kutatásunk célkitűzései összetettek, és a vizsgálat több témakört érint, ezért egy 14 kérdésből álló rövidített kérdőívet alkalmaztunk, melyet úgy állítottunk össze, hogy az alapdimenzióknak megfelelő kérdések szerepeljenek benne. Az elemzés során faktoranalízist alkalmaztunk a tanuló és dolgozó ápolók coping-stílusainak beazonosításához.

l) A társas támogatást biztosító magatartások listája (ISSB)

A társas támogatás mértékének és típusának feltérképezésére a *Barrera, Sandler* és *Ramsay* által kifejlesztett kérdőív felhasználásával került sor. Az ún. Társas támogatást biztosító magatartások listája (The Inventory of Socially Supportive Behaviors, ISSB) a külföldi, elsősorban az amerikai szakirodalomban elterjedt módszer. A 40 kérdésből álló módszert *Caplan* és *Gottlieb* elméleti és empirikus eredményei alapján szerkesztették (*Barrera, Sandler* és *Ramsay*, 1981; *Pikó*, 2002). Jelen kutatásban 16 kérdést tettünk fel a válaszadóknak. A kérdések az információnyújtásra, az anyagi vagy más konkrét segítségnyújtásra és az érzelmi megerősítésre vonatkoznak.

A támogatásformák gyakoriságának mérése a kutatást megelőző 12 hónap tapasztalataira terjedt ki, és négyfokozatú skálával történt. Arra a kérdésre, hogy milyen gyakran tapasztalta a megkérdezett személy a felsorolt támogatási formákat, a válasz 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. és Soha lehetett. Bevett szokás, hogy a gyakoriságokhoz rendelt értékek összeadásával összesített mutatót hoznak létre, ez azonban kevésbé alkalmas összefüggések megállapítására, ezért célszerűbbnek látszott faktoranalízissel faktorváltozókat létrehozni.

A tanulók pályaválasztással kapcsolatos motivációi és a szakma presztízsének megítélése

Eredmények

A tanulók pályaválasztással kapcsolatos motivációinak vizsgálatakor fontosnak tekintettük felmérni azokat a tényezőket, melyek az ápolói hivatás felé irányították a megkérdezetteket. Az *2. táblázat* a választást befolyásoló tényezőket tartalmazza.

2. táblázat. Az ápolói hivatás választásának motivációi a tanulók körében (százalékos megoszlás)

AZ ÁPOLÓI HIVATÁS VÁLASZTÁSÁNAK MOTIVÁCIÓI	**%**
A családban már hagyománya van	11,6
A szüleim, ismerőseim tanácsára	19,1
Tanulmányi eredményem nem tette lehetővé, hogy gimnáziumban tanuljak tovább	7,0
Szeretek emberekkel foglalkozni, segíteni nekik	78,9
Egyéb ok	12,6

A 202 válaszadó tanuló 78,9%-ánál az ápolói hivatás választását az emberek segítésének vágya, a gyógyítás folyamatában való részvétel motiválta. 19,1% azok aránya, akik szülők és ismerősök tanácsára kezdtek el egészségügyi szakközépiskolában tanulni, ugyanakkor a tanuló ápolók 11,6%-a szerint a családi hagyományok folytatása volt a legfőbb motiváló tényező. A megkérdezettek 7%-a azért indult el ezen a pályán, mert – saját meglátása szerint – tanulmányi eredménye nem tette lehetővé, hogy gimnáziumban tanuljon tovább. Végül a válaszadók 12,6%-a egyéb okokkal magyarázta az ápolói hivatás választását. A választott foglalkozás társadalmi megbecsültségének érzése nagymértékben hozzájárul a hivatás gyakorlójának elégedettségéhez. Fontos annak ismerete, hogy a

válaszadó hogyan látja munkája mások általi megítélését. A *3. táblázat* a presztízs megítélésével kapcsolatos adatokat tartalmazza.

3. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének többszempontú megítélése

AZ ÁPOLÓI PÁLYA PRESZTÍZSE (MINIMUM:.1 MAXIMUM: 7)	**ÁTLAG**	**SZÓRÁS**	**MÓDUSZ**	**MEDIÁN**
A társadalom szerint?	3	1,3	3	3
A többi egészségügyi dolgozó szerint?	4	1,5	5	4
A válaszadó szerint?	5	1,7	6	5

Az ápolói pálya presztízsének megítélése eltéréseket mutat abból a szempontból, hogy kinek a szemszögéből történik. A válaszadó tanulók úgy érzik, hogy a pályájukkal kapcsolatos társadalmi megítélés alacsony, a hétfokú skálán hármas átlagértéket kaptunk; a többi egészségügyi dolgozó véleményük szerint valamelyest magasabbra értékeli az ápolói munka presztízsét (ez a hétfokú skálán négyes átlagot jelentett), míg saját maguk ötös értéket jelöltek meg.

4. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének megítélése
más hivatásokkal összehasonlítva

FOGLALKOZÁSOK	**RANGSOR** (1: LEGMAGASABB, 15: LEGALACSONYABB)
Orvos	4,9
Ügyvéd	5,6
Miniszter	6,0
Ápoló	6,9
Pilóta	7,0
Tanár	7,1
Agronómus	7,3
Hivatali csoportvezető	7,4
Hivatásos katonatiszt	7,4
Újságíró	7,7
Lakatos kisiparos	8,8
Bolti eladó	8,8
Szabó kisiparos	9,3
Takarító(nő)	10,2
Építőipari segédmunkás	10,0

A kutatásban azt is felmértük, hogy a válaszadók hogyan vélekednek munkájukról más szakmákkal összevetve, hol helyezik el az ápolói hivatást egyfajta foglalkozási hierarchiában (*4. táblázat*). A sorrend azt mutatja, hogy a tanulók legmagasabbra az orvosi hivatást helyezik a rangsorban, az ügyvédek és a miniszterek fölé. Ezután következik saját munkájuk, megelőzve néhány, felsőfokú végzettséggel betölthető foglalkozást. Az ápolói munkát nem csak a diplomát adó szakmák elé helyezik, de úgy vélik, hogy presztízsük magasabb a szakmunkások kérdőívben felsorolt csoportjánál is.

A szakma pozitív (*5. táblázat*) és negatív jellemzőinek (*6. táblázat*) összegyűjtése és rangsorolása fontos információkat szolgáltat a tanulók hivatásukról való vélekedésével kapcsolatban.

5. táblázat. A szakma leggyakrabban említett pozitív jellemzői (százalékos megoszlás)

A HIVATÁS POZITÍV JELLEMZŐI	**%**
Gyógyítás, ápolás, gondoskodás, segítés	73,2
Ismerkedés és kommunikáció emberekkel	21,3
Együttérzés, szolidaritás, empátia, türelem	18,2
Szeretet, kedvesség	5,0

Az *5. táblázat* adatai szerint, a szakma pozitív jellemzőinek említésekor magas százalékponttal, első helyen áll a segítés, gondoskodás, a gyógyítás folyamatában való részvétel. Ezek azok a tényezők, melyek a pályaválasztás motivációinak sorában is első helyen álltak. A tanulók fontosnak tartják a kommunikációt is, valamint azokat a tulajdonságokat, melyek a szakma magas fokú művelésének elengedhetetlen „kellékei": együttérzést, szolidaritást, empátiát, türelmet. Úgy tűnik, a hivatással kapcsolatos kissé idealisztikus elképzelések, valamint a közvélemény elvárásai a szakmát gyakorlók tulajdonságait illetően itt is jelentkeznek.

6. táblázat. A szakma leggyakrabban említett negatív jellemzői (százalékos megoszlás)

A HIVATÁS NEGATÍV JELLEMZŐI	**%**
Nincs megfizetve a munka, kevés a támogatás	54,9
A megbecsülés hiánya	31,2
Fizikailag megterhelő a munka	21,8
Munkaidő-beosztás, kevés szabadidő	13,3
Kiszolgáltatottság, alárendeltség, megalázó helyzetek, piszkos munka	12,5

A munka negatív jellemzőinek sorában első helyen állnak azok a tényezők, melyeket az ápolói munkával kapcsolatban leggyakrabban említenek dolgozók és kívülállók egyaránt: az alulfizetettség, a megbecsülés hiánya, a fizikai értelemben (is) megterhelő munka. A válaszadó tanulók említették még a több műszak okozta munkaidő-beosztást és a munkával együtt járó alárendeltséget, megalázó helyzeteket és a kiszolgáltatottságot is (*6. táblázat*).

Megbeszélés

A kérdőíves vizsgálat első szakaszában információkat gyűjtöttünk a pályaválasztást meghatározó orientációkkal és a szakma presztízsének megítélésével kapcsolatosan. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a válaszadó tanulók pályaválasztását leginkább a segítés vágya, az emberekkel, betegekkel törődés igénye határozta meg. A segítő szakmák gyakorlói körében gyakorta megfigyelhető ez a motiváció (*Bodrogi* és *Kálmán*, 2001; *Fónai*, *Pattyán* és *Szoboszlai*, 2001; *Kovácsné*, *Feith* és *Balázs*, 2004; *Kovácsné*, 2008), ugyanakkor sokakat a nyilvánvaló nehézségek ellenére is a pályán tart az az igény, hogy ezt a segítő attitűdöt sokáig kifejezésre tudják juttatni. Számottevő azok aránya is, akik szülők, ismerősök tanácsára kezdték el tanulmányaikat egészségügyi szakközépiskolában, esetleg az motiválta őket, hogy továbbvigyék a családi hagyományokat. A tanulók szűkebb csoportja jelezte azt, hogy azért kezdett egészségügyi tanulmányokat, mert tanulmányi eredményük nem tette lehetővé, hogy máshol tanuljanak tovább. Az ilyen irányultságú választásban benne rejlik az a – közvéleményben is széles körben elterjedt – feltételezés, hogy az egészségügyben állandó a fluktuáció, így ápolóként bármikor el lehet helyezkedni.

A választott hivatás betöltésével kapcsolatos érzésekre nagyban kihat a szakma presztízsének saját, illetve mások általi megítélése. A kutatás e területre vonatkozó eredményei azt mutatják, hogy a tanuló fiatalok véleménye szerint munkájuk presztízsének megítélése társadalmi szinten a legkedvezőtlenebb, némiképp kedvezőbb az ápolói munkának az egészségügyben tevékenykedő többi dolgozó általi megítélése. Ugyanakkor a saját vélemény a legpozitívabb a választott hivatással kapcsolatban. A saját megítélés viszonylag magas átlagában tükröződhet egyfajta önigazolás, de a tanulók kissé idealisztikus pályaképe is megmutatkozhat ebben a kérdésben (*Muldoon* és *Kremer*, 1995).

Ez az idealizmus tükröződik akkor is, ha az egyes foglalkozások rangsorába ágyazottan vizsgáljuk az ápolói munka presztízsét. A válaszadó tanulók a 15 szakmát érintő felsorolásban a 4. helyre rangsorolják hivatásukat, ezzel az ápolói munka megelőz más, diplomához kötött foglalkozásokat, és egyéb, szakmunkás bizonyítvány birtokában

betölthető állásokat is. Szintén az idealisztikus világlátás szolgáltathat magyarázatot arra, hogy a foglalkozások hierarchiájában az orvosokat sorolják az első helyre.

A szakma pozitív jellemzőinek felsorolásakor igen magas százalékponttal áll az első helyen a gyógyítás, ápolás, segítés, gondoskodás motivációja, ez a tény ismét összecseng azzal a megállapítással, miszerint a tanuló ápolók pályaválasztását is a segítés, az emberekkel foglalkozás vágya vezette. Fontosnak tartják a megfelelő kommunikációt, valamint az empátiát, türelmet és a szolidaritást is. A rangsort a szeretet és kedvesség tényezője zárja, jelezve, hogy a betegeknek nemcsak a fizikai értelemben vett ellátását tartják fontosnak, hanem a pszichés státuszuk, közérzetük pozitív befolyásolását is.

Érthető módon, a szakma negatív jellemzőinek rangsorolásakor már nem találunk idealisztikus elképzeléseket. Az ápolói munkával kapcsolatban még kevés munkatapasztalattal bíró tanulók jól érzékelik azokat a negatívumokat, melyek nem csak a hivatás gyakorlói, de a laikus közvélemény számára is nyilvánvalóak: alacsonyak a bérek, hiányzik a megbecsülés, fizikailag nehéz a munka, a több műszak a szervezet számára is megterhelő, és megnehezíti a magánélet szervezését. Emellett érzékelnek még olyan elrettentő tényezőket is, mint a kiszolgáltatottság, a megalázó helyzetek és a szakmai hierarchia alsóbb fokán történő elhelyezkedés negatívumai. Ezek egyben figyelmeztető jelek, melyek révén megelőzhető volna a leendő ápolók munkával kapcsolatos elégedetlensége. *Beck* (1995) ugyanis arra hívja fel a figyelmet, hogy már a leendő ápolók körében is előfordul a kiégés jelensége, amelynek kialakulása megakadályozható, ha a fizikailag és lelkileg megterhelő helyzetekre felkészítik őket. A tanulók karitatív attitűdje, humanisztikus beállítottsága ehhez jó alapot biztosít.

A dolgozó ápolók pályaválasztással kapcsolatos orientációi és a szakma presztízsének megítélése

Eredmények

A dolgozó ápolók pályaválasztását befolyásoló tényezők rangsorát a *7. táblázat* tartalmazza.

7. táblázat. Az ápolói hivatás választásának motivációi a dolgozó ápolók körében (százalékos megoszlás)

AZ ÁPOLÓI HIVATÁS VÁLASZTÁSÁNAK MOTIVÁCIÓI	**%**
A családban már hagyománya van	6,9
A szüleim, ismerőseim tanácsára	15,6
Tanulmányi eredményem nem tette lehetővé, hogy gimnáziumban tanuljak tovább	7,8
Szeretek emberekkel foglalkozni, segíteni nekik	78,4
Egyéb ok	11,9

A dolgozó ápolók pályaválasztásának motivációit illetően elmondható, hogy első helyen az emberekkel való foglalkozás, illetve a segítségnyújtás lehetősége áll (78,4%). 15,6% azok aránya, akik szüleik, ismerőseik tanácsára választották az ápolói hivatást, míg a válaszadók 6,9%-ának esetében a legfőbb motiváció az volt, hogy a családban már van hagyománya a segítő hivatásnak, az emberekkel, betegekkel való foglalkozásnak. A betegágy mellett dolgozó egészségügyi szakdolgozók 7,8%-a szerint pályaválasztásában leginkább az játszott szerepet, hogy tanulmányi eredménye miatt máshol nem tudott továbbtanulni. A hivatás választásának motivációi között a válaszadók 11,9%-a az egyéb okot jelölte meg.

A presztízs vizsgálata különösen érdekes lehet a pályán több éve tevékenykedő dolgozók esetében, hiszen közvetlen tapasztalattal rendelkeznek azzal kapcsolatosan, hogy munkájukat mennyire becsülik meg az orvosok, és hogyan ítéli azt meg a társadalom. A szakma megbecsültségének többszempontú megítéléséről a *8. táblázat* adatai tájékoztatnak.

8. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének többszempontú megítélése

AZ ÁPOLÓI PÁLYA PRESZTÍZSE (MINIMUM:1, MAXIMUM:7)	**ÁTLAG**	**SZÓRÁS**	**MÓDUSZ**	**MEDIÁN**
A társadalom szerint?	2	1,2	1	2
A többi egészségügyi dolgozó szerint?	3	1,8	1	3
A válaszadó szerint?	4	2,2	1	4

Ami az ápolói hivatás megbecsültségének megítélését illeti, a dolgozó ápolók úgy gondolják, hogy tevékenységük társadalmi megbecsültsége nagyon alacsony. A hét fokozatú skálán, ahol az 1-es érték jelentette a negatív végpontot, kettes átlaggal jelölték a társadalmi megbecsültséget. A velük közvetlen munkakapcsolatban álló orvosokról és más egészségügyi dolgozókról sem feltételezik, hogy magasra értékelnék munkájukat, hisz ez esetben az átlag értéke: három. A legmagasabb értéket – négyes átlagot – a saját megítélés képviselte. Ezt az értéket akár önigazolásként is értelmezhetjük, mintegy utólagosan bizonyítva a pályaválasztás helyességét és azt, hogy a szakma gyakorlása során tapasztalt negatívumok ellenére is az egészségügyben maradnak.

9. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének megítélése más hivatásokkal összehasonlítva

FOGLALKOZÁSOK	**RANGSOR** (1: LEGMAGASABB, 15 LEGALACSONYABB)
Miniszter	3,7
Ügyvéd	4,7
Orvos	4,7
Pilóta	5,6
Újságíró	6,2
Tanár	6,6
Hivatásos katonatiszt	6,7
Agronómus	6,9
Hivatali csoportvezető	7,0
Ápoló	8,5
Szabó kisiparos	8,8
Lakatos kisiparos	8,9
Bolti eladó	9,0
Építőipari segédmunkás	10,4
Takarítónő	10,8

Ami a foglalkozások rangsorát illeti, az ápolók saját hivatásukat nem értékelik igazán magasra. Többre értékelik a leginkább diplomához kötött foglalkozásokat, míg saját munkájuknál alig tartják alacsonyabb presztízsűnek a szakmunkás végzettséggel betölthető állásokat, valamint a képzettséget nem igénylő segédmunkási és takarítói állásokat (*9. táblázat*). Ez a megítélés feltehetően sokkal reálisabb, mint a tanulóké.

A szakma presztízsének megítélése szorosan összefügg a munkával és a munkahelyi körülményekkel való elégedettséggel. A *10. táblázat* az említettekkel kapcsolatos elégedettség mértékéről számol be.

10. táblázat. A munkaelégedettség a dolgozó ápolók körében

MUNKÁVAL, MUNKAHELYI KÖRÜLMÉNYEKKEL VALÓ ELÉGEDETTSÉG				
Munkaelégedettség	**Átlag**	**Szórás**	**Módusz**	**Medián**
Az elégedettség mértéke (minimum: 1, maximum: 7)	4	1,5	4	4

Az adatokból kitűnik, hogy a munkaelégedettség mértékének átlaga 4 pont, és ez megegyezik a módusz és a medián értékével. Megállapítható, hogy a munkával és a munkahelyi körülményekkel való elégedettség nagymértékben normális eloszlást követ.

A betegágy mellett tevékenykedő ápolók esetében az is elemezhető, hogy elégedettségüket mennyire befolyásolja iskolai végzettségük, az osztály jellege, ahol munkájukat végzik, életkoruk és műszakbeosztásuk. A *11.-15. táblázat* az említett tényezőkkel kapcsolatos elégedettségi mutatókat tartalmazza.

11. táblázat. A munkaelégedettség iskolai végzettség szerint (n=218)

ISKOLAI VÉGZETTSÉG	**%**	**ÁTLAG**	**SZÓRÁS**	**VARIANCIA-ANALÍZIS**
Általános iskola	2,4	3,6	1,3	p>0,05
Egészségügyi Szakiskola	28,7	4,0	1,4	p>0,05
Egészségügyi szakközépiskola/ Érettségi	61,7	4,1	1,5	p>0,05
Főiskola	7,2	3,8	1,5	p>0,05

Ha a munkaelégedettség és az iskolai végzettség kapcsolatát vizsgáljuk (*11. táblázat*), bár varianciaanalízissel az átlagok közötti eltérés nem szignifikáns, megfigyelhető, hogy legkevésbé az általános iskolát és a főiskolát végzett ápolók elégedettek.

Legelégedettebbnek az egészségügyi szakközépiskolai végzettséggel rendelkezők mondhatók, ugyanakkor magas azok elégedettsége is, akik egészségügyi szakiskolát végeztek, mielőtt bekapcsolódtak a gyógyító tevékenységbe.

12. táblázat. A munkaelégedettség diszciplinák szerint I. (n=218)

DISZCIPLINÁK	%	ÁTLAG	SZÓRÁS	T-PRÓBA
Manuális diszciplinák	30	4,3	1,5	p>0,0,5
Nem manuális diszciplinák	70	3,9	1,6	p>0,05

13. táblázat. A munkaelégedettség diszciplinák szerint II. (n=218)

DISZCIPLINÁK	%	ÁTLAG	SZÓRÁS	VARIANCIA ANALÍZIS
Gyermekgyógyászat	28,3	3,9	1,2	p<0,05
Nőgyógyászat	15,3	4,2	1,5	p<0,05
Sebészet	14,2	4,2	1,5	p<0,05
Belgyógyászat	25,8	4,2	1,5	p<0,05
Rehabilitáció	4,2	3,1	2,7	p<0,05
Körzet	2,6	2,8	1,3	p<0,05
Ideg-elme	2,6	4,8	1,4	p<0,05
Reumatológia	1,6	2,0	0	p<0,05
Kórházigazgatás	0,6	5,0	0	p<0,05
Röntgen	0,6	4,0	0	p<0,05
Szemészet	2,6	3,8	0,8	p<0,05
Onkológia	1,6	3,3	2,0	p<0,5

Ha diszciplinák szerint elemezzük az elégedettség mértékét látható, hogy a manuális osztályokon dolgozó ápolók elégedettségének átlaga kissé nagyobb, mint a nem manuális osztályokon dolgozóké, de a kétmintás t-próbával mért különbség nem szignifikáns (*12., ill. 13. táblázat*). A varianciaanalízissel elemzett, egyes diszciplinákkal kapcsolatos elégedettség már jelentős különbségeket mutat. Legalacsonyabb fokú az elégedettség a reumatológiai, rehabilitációs és onkológiai osztályokon, valamint a körzetekben dolgozó ápolók körében. A legnagyobb az elégedettség az ideg-elmeosztályokon és a kórházigazgatás területén dolgozók esetében.

14. táblázat. A munkaelégedettség korcsoportok szerint (n=218)

KORCSOPORTOK	%	ÁTLAG	SZÓRÁS	LSD-TESZT (ANOVA)
19-30	52,1	4,0	1,5	
31-40	23,2	4,5	1,5	*
41-50	15,5	3,8	1,7	
51-61	9,2	3,6	1,4	*

A korcsoportok szerinti elégedettséget vizsgálva, varianciaanalízissel a különbségeket szignifikánsnak találtuk (*14. táblázat*). Ugyanakkor az is elmondható, hogy az LSD-teszt szerint elsősorban a 31-40 és az 51-61 évesek elégedettségi szintje tér el egymástól, mégpedig oly módon, hogy a 31-40 évesek elégedettsége a legmagasabb, míg az 51-61 éves korcsoporté a legalacsonyabb.

15. táblázat. A munkaelégedettség műszakbeosztás szerint (n=218)

MŰSZAKBEOSZTÁS	%	ÁTLAG	SZÓRÁS	LSD-TESZT (ANOVA)
Állandó délelőttös	26,3	4,0	1,8	
Állandó éjszakás	2,5	2,8	1,6	*
Két műszakos	10,0	3,7	1,7	
Három műszakos	61,2	4,2	1,3	*

Ha műszakbeosztás szerint vizsgáljuk az elégedettség mértékét, a varianciaanalízis itt is jelentősnek mutatta a különbségeket (*15. táblázat*). Az LSD-teszt szerint leginkább az állandó éjszakás és a három műszakban dolgozók elégedettségi szintje tér el egymástól. A három műszakban dolgozók a legelégedettebbek, őket követi az állandó délelőttös és a két műszakos munkarendben dolgozó ápolók csoportja. Legelégedetlenebbek munkájukkal, munkahelyi körülményeikkel az állandó éjszakai munkára beosztott dolgozók.

Ezen tények ismeretében indokolttá vált az ápolók hivatásuk pozitív illetve negatív jellemzőivel kapcsolatos vélekedésének vizsgálata. A munka leggyakrabban említett pozitív vonásait a *16. táblázat* tartalmazza.

16. táblázat. A szakma leggyakrabban említett pozitív jellemzői (százalékos megoszlás)

A HIVATÁS POZITÍV JELLEMZŐI	%
Jó munkahelyi légkör, jó közösség	54,1
Bizalom, elismerés a betegek felől, jó kapcsolat a betegekkel	25,4
Jó beosztás, önálló, változatos munka	13,7
Foglalkozás az emberekkel, gyerekekkel	5,0

A leggyakoribb pozitív jellemzők sorában 54,1%-kal ott találjuk a jó munkahelyi légkört, a jó közösség vonzását. Az ápolók több, mint egynegyede számára fontos pozitívuma a végzett munkának az, ha jó a kapcsolat a betegekkel, bizalom és elismerés érkezik felőlük. A válaszadók 13,7%-a szerint a jó munka- és műszakbeosztás és az önálló, változatos munka hivatásuk pozitívumai közt említendő, míg 5,0% azok aránya, akik az emberekkel, gyermekekkel való foglalkozást emelik ki pozitív jellemzőként.

17. táblázat. A szakma leggyakrabban említett negatív jellemzői (százalékos megoszlás)

A HIVATÁS NEGATÍV JELLEMZŐI	%
Fizetés, elismerés, megbecsülés, tisztelet hiánya	70,1
Eszközök és gyógyszerek hiánya, túlzsúfoltság	33,1
Rossz munkahelyi kapcsolatok	15,6
Munkaerőhiány, a képzettség hiánya	5,5
Alárendelt szerep, megalázottság	5,5

Ami az ápolói hivatással együtt járó negatívumokat illeti (*17. táblázat*), nagyon magas, 70,1% azok aránya, akik az alacsony fizetést, az elismerés, megbecsülés és a tisztelet hiányát említik első helyen. A válaszadók 33,1%-a szerint az eszközök és gyógyszerek hiánya, valamint a túlzsúfoltság említendő negatívumként, 15,6%-uk pedig a rossz munkahelyi kapcsolatokat jelölte meg. A szakma árnyoldalainak felsorolásakor 5,5,-5,5 százalékponttal említették a megkérdezett ápolók a képzett munkatársak hiányát, valamint az alárendeltség és a megalázottság előfordulását.

Megbeszélés

A betegágy mellett dolgozók pályaválasztással kapcsolatos motivációi kapcsán megállapítható, hogy legtöbben azért választották hivatásukat, mert szeretnek emberekkel foglalkozni, motiválja őket a segítés, a gyógyítás folyamatában való részvétel vágya (*Bodrogi* és *Kálmán*, 2001; *Kovácsné*, *Feith* és *Balázs*, 2004; *Kovácsné*, 2008). Kutatások

mutatnak rá arra, hogy ez a vágy a későbbiekben is megmarad, sok egészségügyi szakdolgozót a pályán tartva, és még azok is, akiket esetleg foglalkoztat a pályaelhagyás gondolata, olyan állások betöltésén gondolkodnak, ahol az emberekkel való találkozás, a rajtuk való segítés mindennapos foglalatosság (*Piczil* és *Pikó*, 2002; *Piczil, Kasza, Markovic* és *Pikó*, 2005). Többen szülők, ismerősök tanácsára kezdték el tanulmányaikat egészségügyi jellegű képzőintézményben, vagy éppen azért, mert tanulmányi eredményeik nem tettek lehetővé más irányú továbbtanulást. Ez a tény alátámasztja azt a megállapítást, miszerint az ápolói tevékenység magasabb szintű motivációk hiányában megoldást jelenthet gyengébb tanulmányi eredményű, de tovább tanulni szándékozó lányok számára (*Kovácsné*, 2008). A dolgozó ápolók között is találunk olyanokat, akik számára már-már tradicionális az ápolás választása, hiszen a családtagok között többen is vannak, akik az egészségügyben dolgoznak. Ez ismét azt erősíti meg, hogy a munkavégzés során tapasztalható nehézségek ellenére is a pályán maradnak a dolgozók, sőt a szakma szépségeit hangsúlyozva gyermekeik számára is ajánlják a hivatásukat (*Szentgyörgyi*, 2000).

Sajnálatos módon, a szakma presztízsének mások általi megítélésében nem igazán optimisták a válaszadók. Úgy vélik, hogy társadalmi szinten nem értékelik magasra munkájukat, a hétfokú skálán jelölt kettes átlagérték valóban nagyon lesújtó véleményt tükröz (*Cseri*, 2002). Valamennyivel magasabb (hármas) átlagértékben gondolkodnak akkor, amikor az egészségügy más területein dolgozók megítélését kell megbecsülni az ápolói munkával kapcsolatban. Ami pedig a munka presztízsével kapcsolatos saját véleményt illeti, a legmagasabb (négyes) érték arról is tanúskodhat, hogy a szakma negatív vetületeinek ismeretében mintegy önigazolásként és saját hivatásuk fontosságát hangsúlyozva pályán maradásukat indokolják a válaszadó ápolók. Ha más munkatevékenységekkel, szakmákkal kell összevetniük az ápolói munkát, látható, hogy a magasabb iskolai végzettséghez, diplomához kötött tevékenységeket előbbre sorolják a válaszadók, míg a felsőfokú végzettséget nem igénylő munkák sorában saját hivatásukat sorolták az első helyre, más, szakmunkás végzettséggel, illetve szakképzettség hiányában is betölthető állásokkal való összevetés után.

A munkával való elégedettség nagyon fontos lehet a végzett munka minőségének szempontjából (*Pikó* és *Piczil*, 1998). A vizsgált populáció körében a munkával való elégedettség átlagértéke hét fokozatú skálán négyes, azonban tovább vizsgálva az elégedettség mértékét, árnyaltabb képet kaphatunk. Az iskolai végzettség függvényében látható, hogy az egészségügyi szakközépiskolai végzettséggel, érettségivel, illetve

szakiskolai képzettséggel rendelkezők a legelégedettebbek, így ők nagy valószínűséggel képzettségük szintjének megfelelő munkát végeznek. Kevésbé elégedettek a felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók, ők úgy érezhetik, hogy a diploma megszerzésébe befektetett energia nem térül meg sem a munkabért, sem a végzett munka jellegét tekintve (*Baráthné* és *Lantos*, 1999; *Siket*, 2003). Legelégedetlenebbek az általános iskolai végzettséggel rendelkezők, ők végzik leggyakrabban a szakképzettséghez nem kötött feladatokat, ily módon mind anyagi, mind erkölcsi megbecsültségük alacsony mértékű. A diszciplinák szerinti elemzés statisztikailag nem erősítette meg azt a megállapítást, miszerint a manuális osztályokon nagyobb az ápolók elégedettsége. Ezt a tényt arra alapozzák, hogy ezeken az osztályokon jobban definiáltak a feladatok, egyértelműbbek a kötelezettségek, és az itt dolgozók úgy érzik, jelentős a hozzájárulásuk a beteg állapotának javulásához (*Boumans* és *Landeweerd*, 1994). Ha a korcsoportok szerinti elégedettségi szintet nézzük, megállapíthatjuk, hogy legelégedettebbek a 31-40 éves korcsoportba tartozó ápolók, akik már megszerezték a szükséges rutint, élvezni tudják a jó munkahelyi kapcsolatok előnyeit, melyek esetleg kompenzálni tudják a terhelés okozta problémákat vagy az anyagi megbecsülés hiányát. Munkájuk a munkaerőhiány és a nagyarányú fluktuáció közepette nélkülözhetetlen, ismerik a szakmát és a helyi viszonyokat. Viszonylag elégedettek a 19-30 éves korcsoportba tartozók is, esetükben a pályakezdés idealizmusa még éreztetheti hatását. A 41-50 éves korosztályba tartozó ápolók elégedettségének alacsonyabb foka, illetve az 51-61 éves korcsoport legalacsonyabb elégedettsége utalhat arra, hogy mögöttük már évtizedek fáradtságos munkája áll, ugyanakkor úgy érzik, hogy az őket megillető megbecsülés, elismerés késik (*Némethné*, 2001). A műszakbeosztás és az elégedettség kapcsolatát tekintve megállapítható, hogy a három műszakban dolgozó ápolók a legelégedettebbek. A több műszak a szakma hosszú idő alatt kialakult és elfogadott sajátossága, annak ellenére, hogy – különösen az ápolásban többségben lévő női munkavállalók esetében – megnehezítheti a családi élet és a társas kapcsolatok szervezését, és a biológiai ritmus átrendeződéséhez is hozzájárul (*Escriba-Agüir, Perez-Hoyos* és *Bolumar*, 1993). Az elégedettség viszonylag magas fokáról számoltak be az állandó délelőttös műszakban dolgozók: esetükben nyilvánvaló, hogy ez a fajta műszakbeosztás több szabadidőt biztosít a magánélet, a családi együttlétek számára. Az ápolók testi-lelki állapotára az állandó éjszakás műszak a legmegterhelőbb, hiszen a természetes bioritmus megváltozásáról van szó, emellett az éjszakai ügyelet – főként a pályakezdők esetében – fokozott készenléti állapotot idéz elő. Így nem meglepő, hogy az ilyen beosztásban dolgozók elégedettségének mértéke a legalacsonyabb.

Ami a szakma pozitív és negatív jellemzőinek megítélését illeti, a herzbergi modellnek megfelelően a higiéniai (elégedetlenségi) és a motivációs (elégedettségi) tényezők elkülönültségét figyelhetjük meg. Eredményeink azt a herzbergi megállapítást is igazolták, hogy a munkahelyi társas kapcsolatok sajátos helyet foglalnak el a modellben, hiszen mindkét tengelyen fellelhetők. Nyilvánvaló, hogy a társas kapcsolatok, a jó csoportmunka, a megbízható munkahelyi közösség által garantált csoportkohéziós erő kompenzálhatja a munkaterheltség hátrányos hatásait, bizonyos munkák okozta frusztrációt, és csökkentheti a burn-out előfordulását. Ott pedig, ahol az egyéb elégedettséget okozó tényezők jelentősége visszaszorul, a pszichoszociális környezet szerepe még jobban felértékelődik. Az, hogy a válaszadó ápolók a jó munkahelyi légkört, a jó közösséget mint elégedettségi forrást, a szakma pozitívumai között az első helyen említették, erre enged következtetni. A szakma pozitívumai között második helyen jelenik meg az az elismerés, amely a betegektől származik, bizalmuk megszerzése, a velük kialakított jó kapcsolat fontos a betegágy mellett dolgozó ápolók számára. Ez megfelel a herzbergi sikerélmény fogalmának, de még inkább a Hackman-Oldham modellben felsoroltaknak, mint a közvetlen visszajelzés, visszacsatolás, csakúgy, mint a harmadik helyen található változatos, önálló munka. A pozitívumok között negyedik helyre rangsorolt emberekkel, gyerekekkel való munka mint speciális kategória, a szakma humanitárius jellegére utal.

Az ápolói hivatással együtt járó negatívumok kapcsán a Herzberg által higiéniai tényezőknek nevezett elégedetlenségi faktorok – nem megfelelő fizetés, munkaeszközök hiánya, a zsúfoltság, a fizikai környezeti tényezők, a korlátozott szakmai fejlődési lehetőségek, a képzettségbeli hiányosságok – kivétel nélkül megjelennek a válaszadók által felsorolt válaszok között is, megerősítve más kutatások megállapításait (*Pikó* és *Piczil*, 2000; *Szicsek*, 2004). Az előrelépési lehetőségek, a tanulási-fejlődési perspektíva hiányának fontos elégedetlenséget fokozó hatása lehet. A rossz munkahelyi kapcsolatok megjelennek az elégedetlenségi tényezők között is, ami szintén összhangban van a herzbergi modellel és a pszichoszociális munkakörnyezet fontosságát hangsúlyozó vizsgálatok eredményeivel (*Lambert, Lambert* és *Ito*, 2004; *Pikó*, 1999; *Stewart* és *Arklie*, 1994; *Wheeler* és *Riding*, 1994). Speciális elégedetlenségi forrásként szerepel az alárendeltség, megalázottság érzése.

A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága a tanulók körében

Eredmények

Kutatók és laikusok körében egyaránt ismert az a tény, hogy az ápolói tevékenység végzése során gyakran találkoznak a dolgozók lelki megterhelést okozó helyzetekkel. Fontos lenne annak ismerete, hogy a tanulók körében, a kórházi, klinikai gyakorlatok során milyen gyakran fordulnak elő ilyen szituációk, és kapnak-e segítséget a megnyugtató megoldás érdekében a leendő szakemberek. Ennek a területnek a vizsgálata azért is kiemelt jelentőségű, mert a pályaszocializáció során fontos lenne azon technikák elsajátítása és elsajátíttatása, melyek birtokában a mentális feszültségek oldása megoldható, hosszabb távon pedig a burn-out kialakulása megelőzhető lenne (*Beck*, 1995).
A lelki megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakoriságát a *18. táblázat* mutatja.

18. táblázat. A lelki megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakorisága tanulók körében (százalékos megoszlás) (n=202)

A LELKI MEGTERHELÉST JELENTŐ HELYZETEK ELŐFORDULÁSA A KÓRHÁZI GYAKORLATOK SORÁN	**%**
Gyakran	15,6
Időnként	43,8
Ritkán	35,9
Soha	4,7

A vizsgálatban résztvevő tanulók 15,6%-a úgy ítéli meg, hogy a kórházi gyakorlatok során gyakran szembesül lelki megterhelést jelentő helyzetekkel. 43,8% azok aránya, akik időnként találkoznak ilyen szituációkkal, a válaszadók 35,9%-a ritkán találja magát ilyen helyzetben. Mindössze 4,7% azon tanulók aránya, akik – állításuk szerint – soha nem élnek meg ilyen helyzetet.

19. táblázat. A segítség nyújtásának gyakorisága lelki megterhelést jelentő helyzetekben (százalékos megoszlás) (n=202)

A SEGÍTSÉGNYÚJTÁS GYAKORISÁGA	**%**
Gyakran	18,7
Időnként	39,4
Ritkán	28,5
Soha	13,4

Felmerül a kérdés, hogy a lelki megterhelést jelentő helyzetekben kap-e segítséget a tanuló? A *19. táblázat* adatai azt mutatják, hogy csupán 18,7%-uk kap gyakran segítséget. 39,4% azok aránya, akik időnként részesülnek segítségben, míg a válaszadók 28,5%-a csak ritkán találkozik segítő szándékkal a lelki megterhelést jelentő helyzetekben. A válaszadók 13,4%-ának soha nem nyújtanak olyan segítséget, mely megoldást jelenthetne pszichés terhek esetén.

Jelzésértékű lehet azon személyek és csoportok megjelölése, akiktől segítséget várnának nehéz helyzetekben a tanulók. Róluk szolgáltat információt a *20. táblázat*.

20. táblázat. Segítségnyújtás várása (százalékos megoszlás)

KITŐL VÁRNA TÖBB SEGÍTSÉGET	**%**
Osztálytársaimtól	38,7
Tanáraimtól	41,7
A kórházban dolgozó ápolóktól	49,7
Orvosoktól	16,6
Pszichológustól	8,0
Mástól	13,6

A kérdőíves felmérés adatai szerint a tanulók a kórházi gyakorlatok során leginkább az osztályokon dolgozó ápolóktól várnának segítséget (49,7%), majd a gyakoriságot illetően a tanárok következnek (41,7%). A válaszadók jelentős százaléka szerint osztálytársa tud segíteni a lelki megterhelést okozó szituációk feldolgozásában. Figyelemre méltó, hogy az orvosoktól kevesen kérnének és várnak segítséget nehéz helyzetekben, a válaszadók mindössze 16,6%-a, és alacsonynak mondható azok aránya is (8,0%), akik pszichológushoz fordulnának. Az egyéb kategóriában többen jelölték meg azt, hogy szüleiktől várnának segítséget azoknak a szakmai problémáknak a megoldásában, melyekkel kórházi gyakorlataik során szembesülnek.

Megbeszélés

A tanuló státuszban lévő ápolók lelki megterhelésének gyakoriságát és a megoldás lehetőségét vizsgáló kutatási szakasz adatainak feldolgozása után megállapítható, hogy a válaszadó fiatalok már a kórházi gyakorlatok során találkoznak – legtöbbször még csak esetenként – pszichés megterhelést, feszültséget okozó helyzetekkel. Nagyon kicsi azon tanulók aránya, akik úgy ítélik meg, hogy ilyen jellegű problémákkal, helyzetekkel egyáltalán nem kerülnek kapcsolatba tanulóéveik alatt.

A nehéz pszichés helyzetben nyújtott segítség vonatkozásában a válaszadók alig egyötödéről mondható el, hogy gyakran részesül szakmai segítségben ilyen esetekben. Leginkább csupán esetenkénti a támasz nyújtása, pedig szakirodalmi megállapítások sora teszi nyilvánvalóvá, hogy az időben nyújtott adekvát segítség a burn-out kialakulását, az egészségkárosító magatartások megjelenését és gyakorivá válását, illetve a pályaelhagyást is megelőzhetné (*Bencés*, 2006; *Szemlédy*, 2004; *Szverle*, 2006). Nem elhanyagolható azon tanulók száma, akik soha nem kapnak segítséget azokban a nehéz helyzetekben, melyekkel kórházi gyakorlataik során szembesülnek.

A válaszadók azt is jelzik, hogy kitől várnának több segítséget: leginkább azoktól az ápolóktól, akikkel együtt dolgoznak a kórházi gyakorlatok idején. Az azonban mindenki számára nyilvánvaló, hogy a szakma – tanulók által is említett – negatívumai között mindig kiemelt fárasztó, fizikailag is megterhelő munka, a több műszak okozta leterheltség, a sok esetben feszült munkahelyi légkör és a saját megoldatlan problémák nem igazán teszik lehetővé, hogy a dolgozó ápolók a tanulók lelki megterhelést okozó eseteivel foglalkozzanak. Nagy felelősség hárul e téren a tanárokra, szakoktatókra, akikre szintén nagymértékben számítanak a tanulók. Véleményük szerint sokat segíthetnek az osztálytársak is, akik, ha csak informális szinten vannak is jelen, a problémák világos, egyértelmű megfogalmazásában, a feszültségek enyhítésében támaszt jelenthetnek.

Valószínű és egyben elgondolkodtató, hogy a tanulók már gyakorlataik során megtapasztalhatják a gyógyító folyamatban és a kórházstruktúra hierarchiájában elfoglalt, és nem mindig előnyös pozíciójukat, hiszen nagyon kevesen vannak, akik orvosoktól kérnének és várnának segítséget a lelki megterhelést okozó problémák feldolgozásakor. Még kevesebben vennék igénybe professzionális segítő, például pszichológus segítségét. Ebben a tényben tükröződhet az a felfogás is, hogy az egészségügyi dolgozók esetében szégyen érzete tapadhat a pszichés problémák, megbetegedések felvállalásához (*Pikó* és *Piczil*, 2000). Többen jelezték, hogy szüleik segítségére is számítanak a szakmai jellegű problémák megoldásában, bár a laikus segítség nem jelenthet teljes körű problémafeldolgozást.

A kutatás ezen része különös fontossággal bír, hiszen előrevetíti azt a problematikát, mely a betegágy mellett dolgozó ápoló személyzet lelki leterheltségének magas fokát és a burn-out prevenciójának elégtelen voltát jelzi.

A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága dolgozó ápolók körében

Eredmények

A fentebb bemutatott és elemzett adatokból kitűnik, hogy már a tanulóévek alatt gyakori a találkozás lelki feszültséget indukáló helyzetekkel. Fontos lenne annak ismerete, hogy azok a dolgozók, akik évek óta az egészségügyben tevékenykednek, milyen arányban találkoznak ilyen szituációkkal, kapnak-e segítséget, és kiktől várnának megnyugtató megoldást. E kérdésekre adott válaszok gyakoriságát a *21.-23. táblázat* mutatja.

21. táblázat. A lelki megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakorisága a dolgozó ápolók körében (százalékos megoszlás) (n=218)

A LELKI MEGTERHELÉST JELENTŐ HELYZETEK ELŐFORDULÁSA A KÓRHÁZI MUNKA SORÁN	**%**
Gyakran	34,6
Időnként	46,4
Ritkán	18,5
Soha	0,5

A vizsgálatban résztvevő ápolók 34,6%-a azt jelezte, hogy munkája során gyakran kerül olyan helyzetbe, amikor nagyfokú lelki megterhelést kell elviselnie (*21. táblázat*). 46,4% azok aránya, akik időnként szembesülnek ilyen jellegű helyzetekkel, míg az ápolók 18,5%-a ritkán kerül ilyen szituációba. Mindössze 0,5% azok aránya, akik úgy érzik, soha nem találkoznak kórházi munkájuk során pszichés megterhelést jelentő helyzetekkel.

22. táblázat. A segítség nyújtásának gyakorisága lelki megterhelést jelentő helyzetekben (százalékos megoszlás) (n=218)

A SEGÍTSÉGNYÚJTÁS GYAKORISÁGA	**%**
Gyakran	14,8
Időnként	37,3
Ritkán	35,9
Soha	12,0

Az előző számadatok ismeretében fontos annak felderítése, hogy nagyobb lelki megterhelést okozó helyzetekben számíthatnak-e az ápolók segítségre, van-e a környezetükben olyan személy, akire támaszkodhatnak adekvát megoldás keresése esetén (*22. táblázat*). A válaszadóknak mindössze 14,8%-a jelezte, hogy gyakran kap segítséget

lelki problémáiban. 37,3% azok aránya, akik időnként, 35,9% pedig azoké, akik csak ritkán kapnak megoldást jelentő segítséget. Elgondolkodtató, hogy a válaszadók 12,0%-a soha nem kap segítséget a munkája során felmerülő nehéz helyzetekben.

23. táblázat. A segítségnyújtás várása (százalékos megoszlás) (n=218)

KITŐL VÁRNA TÖBB SEGÍTSÉGET	**%**
Családtagjaimtól	37,2
Barátaimtól	21,1
A kórházban dolgozó nővérektől	39,2
Orvosoktól	42,2
Pszichológustól	3,7
Mástól	10,6

Figyelemre méltó az a tény, miszerint a válaszadók az orvosoktól és a kórházban dolgozó ápoló kollégáiktól várnának leginkább segítséget olyan helyzetekben, melyek nagy pszichés megterhelést jelentenek számukra. Sajnálatos módon a betegágy mellett dolgozók 37,2%-a hazavinné a szakmai jellegű problémát, és családtagjaitól remél megoldást, és 21,1% azok aránya, akik barátaiktól várják lelki terheik könnyítését. Mindössze 3,7%-os azok aránya, akik pszichológus szakembertől várnának több segítséget (*23. táblázat*).

Megbeszélés

A válaszadó dolgozó ápolók túlnyomó többsége találkozik munkája során lelki megterhelést jelentő helyzetekkel, és mindössze fél százalék azok aránya, akik – állításuk szerint – soha nem szembesülnek ilyen jellegű szituációval. Az egészségügyben végzett kutatások nyilvánvalóvá teszik, hogy az ágazatban dolgozók jól tudják azonosítani a munkájuk során jelentkező stresszorokat, látják a mindennapokkal együtt járó negatívumokat (*Kovácsné, Feith* és *Balázs*, 2004; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Szicsek*, 2004). Problémát jelent, ha a pszichés megterhelést jelentő helyzetekben nem megfelelő módon, illetve nem időben érkezik a segítség. A válaszadók csak nagyon kis hányada jelezte, hogy gyakran érkezik segítség, mely megoldást jelent a lelki terhek feldolgozásában. Magas azok aránya, akik időnként, illetve csak ritkán kapnak segítséget ilyen szituációkban, míg az ápolók több, mint egytizede soha nem kap ilyen helyzetben segítséget. Ezen tények ismeretében nem véletlen, hogy az egészségügyben dolgozók szakszerű segítség hiányában gyakran választják a feszültség feldolgozásának nem megfelelő módozatait (*Hegedűs*,

Mészáros és *Riskó*, 2004; *Molnár*, 2002; *Pikó* és *Piczil*, 2000). Eközben azt is megfogalmazzák a megkérdezettek, hogy kitől várnának több segítséget: legtöbben azoktól az orvosoktól, akikkel együtt dolgoznak, de többen jelezték, hogy a segítség érkezhet(ne) a kórházban, illetve az osztályon dolgozó ápoló kollégáiktól is. Megdöbbentően magas azok aránya, akik családtagtól várnak megoldást a lelki megterhelést jelentő helyzetekben, miközben nyilvánvaló, hogy a legtöbbször laikus hozzátartozók nem tudnak adekvát segítséget nyújtani ezekben a szituációkban, hasonlóan a barátokhoz. Gondolatébresztő és ugyanakkor paradoxális az az információ, miszerint professzionális segítőhöz szinte alig fordulnának a dolgozó ápolók.

A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága tanulók körében

Eredmények

A választott hivatásra való felkészülés során tapasztalt feszültségek elégtelen, inadekvát feldolgozása, illetve a kórházi gyakorlatok során végzett megerőltető munkatevékenység szomatikus és pszichoszomatikus tünetek manifesztálódásához vezethet. A tünetek előfordulásának gyakoriságát a *24. táblázat* adatai mutatják.

24. táblázat. A testi és pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=202)

Az elmúlt 12 hónap során milyen gyakran

	GYAKRAN %	**IDŐNKÉNT %**	**RITKÁN %**	**SOHA %**
Volt idegfeszültségből eredő fejfájásod?	19,1	21,6	28,1	31,2
Volt hát- vagy derékfájásod?	15,1	24,6	38,2	22,1
Voltak alvási problémáid?	11,1	24,6	34,1	30,2
Érezted magad kimerültnek, gyengének?	34,2	34,7	28,6	2,5
Volt gyomorégésed, gyomor- vagy hasfájásod?	16,1	22,6	38,2	23,1
Volt idegességből eredő hasmenésed?	3,5	8,5	28,1	59,9
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogásod?	10,7	17,8	32,4	39,1
Voltak menstruációs görcseid?	30,2	23,3	23,7	22,8

A táblázat adataiból kitűnik, hogy a válaszadó fiatalok körében – annak ellenére, hogy még nem aktív munkavégzők – viszonylag magasnak mondható néhány, valószínűsíthetően a munkahely-indukálta feszültség következtében kialakuló pszichoszomatikus tünet előfordulásának gyakorisága. A tanulók körében leginkább a kimerültség, gyengeség fordul elő: 34,2% ítélte meg úgy, hogy ezeket a szimptómákat sokszor tapasztalja. A menstruációs görcsök gyakori előfordulását a tanulók 30,2%-a jelzi,

19,1%-uk arról számol be, hogy sokszor érzett idegfeszültségből eredő fejfájást, míg 16,1%-uk esetében gyakran fordul elő gyomorégés, gyomor- vagy hasfájás. A megerőltető munkával együtt jár a hát- és derékfájás, ezt a fiatalok 15,1%-a gyakran érzi. A tanulók 11,1%-a gyakran előforduló alvási problémáról számol be, 10,7%-uk pedig gyakorta éli meg a palpitáció jelenségét. 3,5% azok aránya, akik idegességből eredő hasmenés gyakori előfordulásáról számoltak be. A testi tünetek előfordulásának gyakorisága, illetve a tünetek észlelése nagymértékben befolyásolja a saját egészségi állapot megítélését is (*25. táblázat*).

25. táblázat. A saját egészségi állapot megítélése (százalékos megoszlás) (n=202)

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNMINŐSÍTÉSE HASONLÓ KORÚAKKAL ÖSSZEHASONLÍTVA			
Kiváló	**Jó**	**Éppen megfelelő**	**Rossz**
10,1%	59,8%	26,1%	4,0%

Az egészségi állapot önminősítésének adatait szemlélve szembetűnő, hogy kortársaihoz hasonlítva önmagát a válaszadók mindössze 10,1%-a véli úgy, hogy egészségi állapota kiváló. A tanulók 59,8%-a jónak minősíti egészségi állapotát. Figyelemre méltó az a 26,1%-os arány, amely azokat jelöli, akik éppen csak megfelelőnek tartják egészségüket, míg 4,0%-a a válaszadóknak egyértelműen rossznak véli saját egészségi állapotát.

A magyar társadalomban nagyon gyakori a dohányzás, az alkohol- és kábítószerfogyasztás. Rendkívül informatív annak ismerete, hogy az egészségügyben végzendő munkára szocializálódó fiatalok körében milyen gyakorisággal fordulnak elő ezek a rizikómagatartások. Az egészségkárosító magatartásokkal kapcsolatos eredményeket a *26. táblázat* mutatja.

26. táblázat. Az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága tanulók körében (százalékos megoszlás) (n=202)

DOHÁNYZÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	**%**
Egyáltalán nem	51,8
Alkalmanként 1-2 szálat	20,6
Rendszeresen napi 10 szál alatt	19,1
Rendszeresen napi 10-20 szál között	8,5
Rendszeresen napi 20 szál fölött	0
ALKOHOLFOGYASZTÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	
Egyáltalán nem	38,7
Alkalmanként	55,8
Hetente 1-2 alkalommal	5,5
Naponta	0
KIPRÓBÁLTÁL-E VALAMILYEN KÁBÍTÓSZERT?	
Egyáltalán nem	96,0
Igen, de csak néhányszor	4,0
Rendszeresen	0

Az egészségi állapottal, illetve annak megítélésével szorosan összefügg az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága. Örvendetes, hogy a válaszadó tanulók 51,8%-a egyáltalán nem dohányzik. A fiatalok 20,1%-a alkalmanként gyújt csak rá, ekkor 1-2 szál cigarettát szív el. A válaszadók közül senki sem szív el egy doboz cigarettánál többet naponta, ugyanakkor 19,1% és 8,5% azok aránya, akik rendszeresen, napi 10 szál alatti, illetve 10-20 szál közötti mennyiségű cigarettát szívnak.

Az alkoholfogyasztás kapcsán elmondható, hogy a válaszadók 38,7%-a egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, míg 55,8% azok aránya, akik alkalmi fogyasztóként határozták meg magukat. Ennél gyakrabban, heti 1-2 alkalommal iszik alkoholtartalmú italt a tanulók 5,5%-a, ugyanakkor senki sem jelölte a mindennapos ivás válaszlehetőségét.

A kábítószer fogyasztásával kapcsolatos adatgyűjtés nehézségekbe ütközik a büntetőjogi felelősségre vonás lehetősége miatt. Így a fogyasztás feltérképezését célzó kérdésekre adott válaszokat némi fenntartással kell kezelnünk. A válaszok alapján a tanulók 96,0%-a még egyáltalán nem fogyasztott semmilyen kábító hatású szert, míg 4,0%-uk kipróbált már ugyan valamilyen bódulat keltésére alkalmas anyagot, de csak néhány alkalommal. Rendszeres fogyasztót egyáltalán nem találunk a vizsgált tanulói populációban.

Miután az egészségügyben dolgozók gyakran modellként szolgálnak a betegek számára, fontos ismernünk azokat a véleményeket, melyek a káros szenvedélyekkel, legfőképp a dohányzással kapcsolatosak. Az eredményeket a *27. táblázat* mutatja.

27. táblázat. A tanulók dohányzással kapcsolatos véleményei (százalékos megoszlás) (n=202)

ÁLLÍTÁSOK A DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOSAN	**TELJESEN EGYETÉRT %**	**RÉSZBEN EGYETÉRT %**	**NEM ÉRT EGYET %**
A dohányzás túl drága	68,7	29,3	2,0
A dohányzás megkönnyíti a másokkal való kapcsolatteremtést	3,0	18,7	78,3
A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha szüleiktől ezt látták	35,5	47,7	16,8
A dohányzásnak nyugtató hatása van	14,1	42,5	43,4
A dohányzás csökkenti az éhségérzetet	20,9	32,2	46,9
A dohányzás növeli a népszerűséget a barátok körében	5,6	20,8	73,6
A dohányzóknak az iskolában/munkahelyen biztosítani kellene egy külön helyet	70,4	21,1	8,5
A dohányzóknak mielőtt rágyújtanak, engedélyt kellene kérniük a többiektől	63,6	25,8	10,6
Az egészségügyi dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással	66,3	21,1	12,6

A válaszok megoszlási aránya összhangban van a dohányzással kapcsolatos vélemények és sztereotípiák előfordulási gyakoriságával. Jól látható, hogy a válaszadó fiatalok tisztában vannak azzal, hogy a dohányzás költséges szenvedély, és jól látják azt is, hogy a dohányzók zavarják nemdohányzó társaikat, így szerencsés lenne, ha ők külön helyiségben, esetleg másoktól engedélyt kérve gyújtanának rá. A fiatalok tisztában vannak az egészségügyi dolgozók példamutatásának fontosságával is. Szerencsére viszonylag alacsony azok aránya, akik pozitív értékeket fűznek a dohányzó magatartáshoz; a válaszadók nem igazán hisznek abban, hogy a dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést, növeli a népszerűséget, megnyugtat vagy esetleg csökkenti az éhséget.

Az egészségi állapotra illetve annak negatív irányú változásaira nagy hatást gyakorol a stressz. Előfordulásának gyakoriságát a tanulók körében a *28. táblázat* mutatja.

28. táblázat. A stressz előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=202)

VÉLEMÉNYED SZERINT MENNYIRE STRESSZGAZDAG AZ ÉLETED?			
Egyáltalán nem	**Kicsit**	**Közepesen**	**Nagyon**
4,0%	22,1%	52,8%	21,1%

Csupán a válaszadó tanulók 4,0%-a ítéli meg úgy, hogy a stressz egyáltalán nem játszik szerepet az életében. A tanulók 22,1%-a szerint kissé, 52,8%-a szerint közepesen „stresszgazdag" az élete. A megkérdezettek 21,1%-a véli úgy, hogy életét nagymértékben jellemzi a stressz jelenléte.

Indokolt a következő kérdés felvetése: a tanulók milyen területeken érzik leginkább a stressz jelenlétét? A leggyakrabban említett területeket a *29. táblázat* mutatja.

29. táblázat. A stressz előfordulásának legfőbb területei (százalékos megoszlás)

VÉLEMÉNYED SZERINT MELY TERÜLETEKEN ÉR STRESSZ LEGINKÁBB?	
Munkával kapcsolatos gondok	16,6 %
Tanulással kapcsolatos gondok	75,9 %
Pénzkérdés, anyagi gondok	51,8 %
Társas kapcsolatok	36,7 %
Félelem a jövőtől	32,7 %
Egyéb	12,6 %

A 202 válaszadó tanuló úgy ítélte meg, hogy a feszültség leginkább a tanulással kapcsolatban jelenik meg (75,9%). Második helyen a pénzzel, az anyagi helyzettel kapcsolatos problémák állnak (51,8%), majd harmadik és negyedik helyen a társas kapcsolatokkal, illetve a bizonytalan jövővel összefüggő félelmek és aggodalmak (36,7%, ill. 32,7%). Jelen vannak még a munkával kapcsolatos gondok is (16,6%).

A feszültségek oldásában a magyar populáció esetében nagy szerep jut a nyugtatóknak és az altatóknak. Arról, hogy a válaszadók körében mennyire elterjedt a gyógyszerek és élénkítőszerek használata, a *30. táblázat* adatai szolgáltatnak információt.

30. táblázat. A nyugtató, altató és egyéb élénkítőszerek szedésének gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=202)

SZED-E	REND-SZERESEN %	HETI 1-2 ALKALOMMAL %	HAVI 1-2 ALKALOMMAL %	EGYÁLTALÁN NEM %
Nyugta-tót	0	1,5	6,5	92,0
Altatót	3,0	0,5	1,0	95,5
Élénkítő-szert	3,0	1,0	2,0	94,0

A válaszokból kiderül, hogy a tanulók 92,0%-a egyáltalán nem használ nyugtatót, 6,5%-uk havi egy-két alkalommal 1,5%-uk viszont heti egy-két alkalommal vesz be nyugtatót, a feszültség csökkentése érdekében. Egyáltalán nem szed altatót a válaszadók 95,5%, míg 1,0%-uk havi egy-két, 0,5%-uk heti egy-két alkalommal használ ilyen szert. A tanulók 3,0%-a azonban rendszeresen szed altatót a nyugodt, pihentető alvás elérése érdekében. Egyáltalán nem szed élénkítőszert a tanulók 94,0%-a, 2,0% azok aránya, akik havonta egyszer-kétszer, 1,0% pedig azoké, akik hetente egyszer-kétszer használnak ilyen szert. A válaszadók között 3,0% azok aránya, akik rendszeresen használnak élénkítőszereket.

Megbeszélés

A kérdőíves vizsgálatnak ebben a részében a tanulók egészségi állapotával, egyes egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásával kapcsolatban tettünk fel kérdéseket. Megállapítható, hogy a vizsgálatot megelőző egy évben a tanulók körében leggyakrabban a kimerültség és a menstruációs görcsök fordultak elő, de sajnálatos módon a még nem aktív munkavégző fiataloknál az idegfeszültségből eredő fejfájás, hát- és derékfájás, gyomorproblémák, palpitáció, alvási zavar és a szintén idegességből eredő hasmenés is létező tünetek. A pszichés feszültség okait, az életükben jelen lévő stresszorokat meglehetősen nagy pontossággal tudják azonosítani a megkérdezett fiatalok.

Ha figyelembe vesszük, hogy a vizsgált populáció körében meglepő gyakorisággal fordulnak elő a fent említett szimptómák, talán az sem meglepő, hogy az egészségi állapot önértékelésekor a fiatalok csupán egytizede minősíti úgy, hogy egészségi állapota vele egykorú társaihoz hasonlítva kiválónak mondható. A legtöbben úgy ítélték meg, hogy

egészségi állapotuk jónak mondható, de vannak, akik csak éppen megfelelőnek vélik egészségüket, míg néhány esetben rossznak minősítették azt.

Az egészségkárosító magatartásoknak a vizsgált populációban való előfordulásáról elmondható, hogy a dohányzás, az alkohol- és kábítószerfogyasztás viszonylag alacsony mértékű. A kortársak negatív hatása már nem számottevő, ugyanakkor a munkahelyi és magánéleti stresszorok sincsenek még olyan nagymértékben jelen a tanulók életében, hogy a feszültségek oldására használnák a cigarettát, az alkoholt vagy a kábítószert. Bár a megkérdezett fiatalok több mint fele nem dohányzik, közel 50%-uk mégis kapcsolatban áll a dohányzással, több-kevesebb rendszerességgel. Az egészségnevelés és a prevenció esetükben különösen fontos lenne, hiszen vizsgálatok bizonyítják, hogy a már dolgozó ápolók körében jóval nagyobb mértékben vannak jelen az említett egészségkárosító magatartások, és többen bevallottan a feszültség csökkentése, oldása miatt folyamodnak ezekhez a szerekhez (*Hegedűs*, *Mészáros* és *Riskó*, 2004).

A dohányzáshoz kapcsolódó attitűdök is inkább negatívak, a tanulók látják, hogy a dohányzás költséges szenvedély, ugyanakkor a dohányzó emberek zavarják nemdohányzó társaikat. Tudatában vannak annak, hogy az egészségügyi dolgozóknak élniük kellene a példamutatás eszközével (*Mata*, *Nagy* és *Bakonyi*, 2003). Viszonylag kevesen, de vannak azért néhányan, akik úgy vélik, hogy a dohányzás növeli a népszerűséget, segíti a kapcsolatteremtést, esetleg megnyugtat vagy csillapítja az éhséget.

A stressz jelenléte összefügghet a pszichoszomatikus tünetek fennállásával és az egészségkárosító magatartások megjelenésével is, ezért különösen fontos annak ismerete, hogy a tanulók körében a feszültség milyen mértékben és mely területeken van jelen. A válaszadók egyötöde nagyon stresszesnek, míg több mint fele közepesen stresszesnek ítéli meg életét. A válaszadók között alig találunk olyat, akinek az életében egyáltalán nincs érzékelhető feszültség.

A stressz által leginkább uralt területek a tanulók megítélése szerint a tanulással és az anyagiakkal kapcsolatosak, de jelen lévő a feszültség a társas kapcsolatok és a jövő tervezésének területén is. Előfordulnak a válaszadók között olyanok is, akik már a munkával kapcsolatos aggodalmaiknak is hangot adnak.

A feszültség csökkentésének, elűzésének nem a legmegfelelőbb módját jelenti a nyugtatók, altatók, élénkítőszerek használata, ennek ellenére találunk a vizsgált populációban olyan fiatalokat, akik rendszeresen vagy kisebb-nagyobb gyakorisággal élnek e szerek kínálta látszólagos előnyökkel. Ezek az adatok mindenképpen figyelmet érdemelnek, hiszen ebben az életkorban még semlegesíthetők a negatív minták, a figyelem

a feszültség egészséget nem károsító feldolgozási módjaira és a megfelelő megküzdési stratégiák elsajátításának irányába terelhető (*Beck*, 1995).

A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága dolgozó ápolók körében

Eredmények

A szakma – már többször említett – negatívumai között gyakran előforduló tényező a nehéz, megerőltető fizikai munka, a több műszak okozta fáradtság és a feszültséggel telt szituációk, melyek többnyire a gyógyítás nehéz folyamatában való részvétellel és a munkahelyi kapcsolatrendszer egyenetlenségeivel hozhatók összefüggésbe. Ezek a helyzetek feltétlenül hatással vannak az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotára. A *31. táblázat* a válaszadó dolgozó ápolók körében előforduló tünetek gyakoriságát mutatja.

31. táblázat. A testi és pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága dolgozók körében (százalékos megoszlás)(n=218)
Az elmúlt 12 hónap során milyen gyakran

	GYAKRAN %	**IDŐNKÉNT %**	**RITKÁN %**	**SOHA %**
Volt idegfeszültségből eredő fejfájása?	18,4	23,6	41,5	16,5
Volt hát- vagy derékfájása?	21,3	25,6	32,7	20,4
Voltak alvási problémái?	17,8	22,1	35,7	24,4
Érezte magát kimerültnek, gyengének?	33,8	37,0	29,2	0
Volt gyomorégése, gyomor- vagy hasfájása?	18,4	25,9	27,8	27,9
Volt idegességből eredő hasmenése?	6,2	12,8	30,0	51,0
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása?	17,2	26,0	33,5	23,3
Voltak menstruációs görcsei?	16,7	28,9	25,5	28,9

Az egyes testi tünetek előfordulásának gyakoriságát vizsgálva elmondható, hogy a válaszadók 33,8%-a gyakran érezte magát az elmúlt 12 hónapra visszatekintve gyengének és kimerültnek; 21,3% azok aránya, akik hát- és derékfájással küzdöttek. 18,4%-ban fordul elő (viszonylag nagy gyakorisággal) a dolgozó ápolók körében az idegfeszültségből eredő fejfájás, illetve az idegi feszültségből eredő gyomorégés, gyomor- és hasfájás. A betegágy mellett tevékenykedők 17,8%-ának gyakran voltak/vannak alvási problémái, 17,2%-uk gyakran tapasztalt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogást, míg a válaszadók 16,7%-a gyakran küzd görcsös, fájdalmas menstruációval. A vizsgálatban résztvevő ápolók 6,2%-a számolt be arról, hogy gyakran volt az elmúlt 12 hónap során idegességből eredő hasmenése.

E tünetek előfordulása természetesen nagyban befolyásolja az egészségi állapot önminősítését, melynek értékeiről a *32. táblázat* adatai tájékoztatnak.

32. táblázat. A saját egészségi állapot megítélése, önminősítése (százalékos megoszlás) (n=218)

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNMINŐSÍTÉSE HASONLÓ KORÚAKKAL ÖSSZEHASONLÍTVA			
Kiváló	**Jó**	**Éppen megfelelő**	**Rossz**
8,3%	54,6%	31,7%	5,4%

Ha figyelembe vesszük az előbb felsorolt szimptómák előfordulásának gyakoriságát, akkor nem meglepő, hogy a vizsgálatban résztvevő ápolók mindössze 8,3%-a érzi úgy, hogy egészségi állapota – hasonló életkorúakkal összehasonlítva – kiváló. Jónak minősíti egészségét a dolgozók 54,6%-a. 31,7% azok aránya, akik úgy vélik, még éppen elfogadható egészségi állapotuk, az ápolók 5,4%-a pedig úgy ítéli meg, hogy a hasonló korúkkal összehasonlítva egészségi állapota egyértelműen rossz.

Társadalmunkban fiatalok és felnőttek esetében egyaránt igen elterjedtek az egészségkárosító magatartások, így felmerül a kérdés: az egészségügyi dolgozók körében jelen van-e, és ha igen, mennyire jellemző a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás? Az említettek előfordulásról a *33. táblázat* adatai tájékoztatnak.

33. táblázat. Az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=218)

DOHÁNYZÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	**%**
Egyáltalán nem	57,3
Alkalmanként 1-2 szálat	10,6
Rendszeresen napi 10 szál alatt	7,8
Rendszeresen napi 10-20 szál között	18,8
Rendszeresen napi 20 szál fölött	5,5
ALKOHOLFOGYASZTÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	
Egyáltalán nem	39,9
Alkalmanként	57,3
Hetente 1-2 alkalommal	1,9
Naponta	0,9
KIPRÓBÁLT-E VALAMILYEN KÁBÍTÓSZERT?	
Egyáltalán nem	97,7
Igen, de csak néhányszor	2,3
Rendszeresen	0

A vizsgálatban résztvevő ápolók 57,3%-a egyáltalán nem dohányzik. A dohányzók között is viszonylag kevesen vannak, akik rendszeresen, sok cigarettát szívnak: a válaszadók 5,5%-a szív el egy doboz cigarettánál többet naponta.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban elmondható, hogy elég magas azok aránya, akik egyáltalán nem isznak alkoholt (39,9%), a fogyasztók közül pedig a legtöbben csak alkalmanként fogyasztanak szeszes italt (57,3%). Figyelemre méltó azonban azok aránya is, akik hetente, illetve napi rendszerességgel nyúlnak a pohárhoz, 1,8%, ill. 0,9%.

A kábítószerek fogyasztásával kapcsolatban nehéz megbízható adatokat szerezni. A válaszadók 97,7%-a azt közölte, hogy egyáltalán nem fogyasztott és nem is fogyaszt kábítószert. A dolgozók 2,3%-a nyilatkozott úgy, hogy kipróbált már valamilyen kábítószert, de csak néhány alkalommal.

Miután a megkérdezett ápolók 42,3%-a dohányzik, indokolt a cigarettázással kapcsolatos attitűdjükről képet kapni. A nemdohányzók esetében is fontos arról információkat szerezni, hogy miként vélekednek a dohányzással, illetve dohányzó társaikkal kapcsolatban (*34. táblázat*).

34. táblázat. A dohányzással kapcsolatos vélemények (százalékos megoszlás) (n=218)

ÁLLÍTÁSOK A DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOSAN	TELJESEN EGYET-ÉRT %	RÉSZBEN EGYET-ÉRT %	NEM ÉRT EGYET %
A dohányzás túl drága	76,7	21,9	1,4
A dohányzás megkönnyíti a másokkal való kapcsolatteremtést	3,3	20,6	76,1
A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha szüleiktől ezt látták	40,0	39,5	20,5
A dohányzásnak nyugtató hatása van	9,0	45,0	46,0
A dohányzás csökkenti az éhségérzetet	14,4	41,6	44,0
A dohányzás növeli a népszerűséget a barátok körében	4,2	14,0	81,8
A dohányzóknak az iskolában/munkahelyen biztosítani kellene egy külön helyet	78,3	14,2	7,5
A dohányzóknak mielőtt rágyújtanak, engedélyt kellene kérniük a többiektől	77,4	18,9	3,7
Az egészségügyi dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással	67,9	25,6	6,5

A *34. táblázat* adatai jól példázzák, hogy a válaszadók közül nagyon sokan értenek egyet azzal a kijelentéssel, hogy ez a szenvedély igen költséges (76,7%), ugyanakkor zavarja a cigarettázó környezetében lévőket, ezért szerencsés lenne, ha a dohányzókat elszeparálnák nemdohányzó társaiktól, és jó lenne az is, ha engedélyt kérnének a környezetükben lévőktől rágyújtás előtt (az egyetértők aránya: 78,3%, ill. 77,4%). Nagyon kevesen kapcsolják össze a cigarettázást pozitív töltetű dolgokkal: nagyarányú azok jelenléte a mintában, akik úgy vélekednek, hogy sem az ismerkedést nem könnyíti meg a cigarettázás (76,1%), sem a népszerűséget nem növeli (81,8%), és a rágyújtás rituáléjának nyugtató hatása sincs (46,0%). Szintén sokan értenek egyet azzal, hogy a szülők egészségkárosító magatartása hatással lehet a gyerek viselkedésére (40,0%), és még többen vélik úgy, hogy az egészségügyben dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nemdohányzással (67,9%).

A válaszadók életére jellemző stressz előfordulásának mértékéről a *35. táblázat* adatai adnak információt.

35. táblázat. A stressz előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=218)

VÉLEMÉNYE SZERINT MENNYIRE STRESSZGAZDAG AZ ÖN ÉLETE?			
Egyáltalán nem	**Kicsit**	**Közepesen**	**Nagyon**
1,4%	15,3%	48,8%	34,5%

A dolgozó ápolók 34,5%-a úgy ítéli meg, hogy az élete nagyon stresszes. Csupán 1,4% azok aránya, akik egyáltalán nem minősítik stresszgazdagnak az életüket. Legtöbben azok vannak, akik közepesen stresszesnek érzik az életet (48,8%), míg 15,3% azok aránya, akik véleménye szerint életükben kis mértékben fordul elő feszültség.

36. táblázat. A stressz előfordulásának legfőbb területei (százalékos megoszlás)

VÉLEMÉNYE SZERINT MELY TERÜLETEKEN ÉRI ÖNT STRESSZ LEGINKÁBB?	
Munkával kapcsolatos gondok	70,6 %
Tanulással kapcsolatos gondok	20,7%
Pénzkérdés, anyagi gondok	75,7%
Társas kapcsolatok	23,0%
Félelem a jövőtől	38,1%
Egyéb	2,8%

Felvetődhet a kérdés: hogyan ítélik meg a betegágy mellett dolgozók, életük mely területén szenvedik el a legtöbb feszültséget? *A 36. táblázat* adatai szerint első helyen a pénzzel, anyagiakkal kapcsolatos gondok, problémák állnak: a válaszadók 75,7%-a véli úgy, hogy ezen a területen éri a legtöbb stressz, majd ezután következnek a munkával kapcsolatos gondok (70,6%). A bizonytalan, kiszámíthatatlan jövőtől fél, és emiatt él át feszültséget az ápolók 38,1%-a. 23,0%-uk a társas kapcsolatait ítéli feszültségkeltőnek, míg 20,7% azok aránya, akik életében a tanulással kapcsolatos gondok jelentik a legfőbb feszültséget.

Általánosan elfogadott megoldás a feszültség csökkentésére a nyugtatók, altatók szedése. Alkalmazásuk gyakoriságát a *37. táblázat*ban bemutatott értékek mutatják.

37. táblázat. A nyugtató, altató és egyéb élénkítőszerek szedésének gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=218)

SZED-E	RENDSZERESEN %	HETI 1-2 ALKALOMMAL %	HAVI 1-2 ALKALOMMAL %	EGYÁLTALÁN NEM %
Nyugtatót	1,4	2,4	6,1	90,1
Altatót	1,0	0	2,4	96,6
Élénkítő-szert	1,9	1,4	2,0	94,7

Megállapíthatjuk, hogy nem jellemző a megkérdezettekre, hogy élnének ezekkel a szerekkel. 1,4% azok aránya, akik rendszeresen szednek nyugtatót, 1,0% azoké, akik rendszeresen használnak altatókat, míg a válaszadók 1,9%-a valamilyen élénkítőszert fogyaszt rendszeresen.

Megbeszélés

Ha az ápolói hivatás legfőbb jellemzőit tartjuk szem előtt, akkor a – már többször említett – negatívumok következményeként számolnunk kell az egészségi állapotban bekövetkező változásokkal. A válaszadó egészségügyi dolgozók körében gyakran fordul elő fáradtság, kimerültség, hát- és derékfájás, de az állandó stressz a sokszor érzékelt fejfájáshoz, gyomorpanaszokhoz, palpitációhoz és alvászavarokhoz is vezethet. Ezeknek a szimptómáknak a jelenlétét számtalan, az egészségügyben dolgozók körében végzett vizsgálat igazolta (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006; *Markovic, Pikó, Piczil* és *Kasza*, 2006; *Molnár*, 2002; *Piczil* és *Pikó*, 2003; *Pikó*, 2001), az észlelt tünetek pedig befolyással lehetnek az egészség önértékelésére (*Hegedűs, Mészáros* és *Riskó, 2004; Molnár, 2002; Pikó, 1999; Pikó, 2001; Pikó* és *Piczil*, 2007). A mintánkban szereplő ápolók között kevesen vannak, akik kiválónak érzik egészségi állapotukat kortársaikhoz viszonyítva. Bár sokan jelölték be egészségi állapotuk minősítésekor a ’jó’ válaszlehetőséget, túlzottan nem lehetünk optimisták, hiszen vizsgálatok bizonyítják, hogy az ágazatban dolgozók nem szívesen beszélnek panaszaikról, mert a betegséget sokan nem tartják összeegyeztethetőnek a gyógyító folyamatban való részvétellel, úgy vélik, hogy szerepük fontos kelléke a jó egészségi állapot (*Pikó* és *Piczil*, 2000). Miután az ápolás folyamatában résztvevő dolgozótól törődést, figyelmet, teljes odaadást vár el a környezete, ezért különösen fontos lenne, hogy jó egészségi állapotban, a testi és lelki jóllét állapotában történjen a munkavégzés.

Sajnálatos módon többen vannak a válaszadók között, akik dohányoznak, alkoholt fogyasztanak. Társadalmunkban igen elterjedtek ezek az egészségkárosító magatartások, a cigarettát és az alkoholt sokszor és sokan kapcsolják össze a feszültségoldással (*Molnár*, 2002). Miközben a dohányzásról sokan úgy vélekednek, hogy drága, nem oldja a feszültséget, nem könnyíti meg a kapcsolatteremtést, és nem növeli a népszerűséget, a válaszadók több, mint 40,0%-a mégis hódol e szenvedélynek. Sok kollégájukhoz hasonlóan szerencsére azt is tudják, hogy – munkájuk jellegéből adódóan – fontos szerepük lehet a példamutatásban és a megelőzésben (*Mata* és *Nagy*, 2002; *Mata, Nagy* és *Bakonyi*, 2003).

Ezek a rizikómagatartások és a velük kapcsolatos indítékok akkor értékelődnek fel különösen, ha megvizsgáljuk, mennyire van jelen a stressz az ápolók életében. A válaszadók csaknem fele úgy vélekedik, hogy élete közepesen stresszes, ugyanakkor több, mint harmaduk gyakran él át stresszt. A feszültséget kiváltó tényezőket valamennyien be tudják azonosítani: leginkább a megélhetéssel kapcsolatos gondok és a munkával összefüggő problémák okoznak aggodalmat életükben. Ezek a tényezők kapcsolatban állnak a hivatással összefüggő negatívumokkal, és erősen kihatnak a jövőképre is (*Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Szentgyörgyi*, 2000). Nem véletlen, hogy a válaszadók a jövőtől való félelmet is a feszültséget kiváltó tényezők között tartják számon. Említést nyert már, hogy a stresszt előidéző tényezőket minimalizálni kellene, a munkavégzés szervezeti kereteire és a személyközi kapcsolatok minőségére is érdemes lenne nagyobb figyelmet fordítani, mert a stressz-szint hatást gyakorol a munkaelégedettségre (*Ramirez, Graham, Richard, Cull* és *Gregory*, 1996), a szomatikus és mentális egészségre (*Escriba-Agüir* és *Tenias-Burillo*, 2004; *Zammuner* és *Galli*, 2005), a pályaelhagyással összefüggő szándékokra (*Kovácsné, Tóth, Feith* és *Balázs*, 2004), és az élettel való elégedettségre is (*Mackenzie, Poulin* és *Carlson*, 2006). A feszültség oldásának módozatai között csak kevés válaszadó esetében szerepel a nyugtatók és altatók szedése, és kevesen vannak azok is, akik valamilyen élénkítőszert használnak közérzetük javítására.

E tények ismeretében felerősödik annak szükségszerűsége, hogy a kórházak menedzsmentje figyeljen a munkakörnyezeti jellemzőkre, hiszen minőségi, a gyógyító folyamatban résztvevő valamennyi szereplő számára megelégedettséggel járó munkát csak egészséges, pozitív életszemléletű ápolók tudnak végezni (*Bencés*, 2006; *Hegedűs*, 2000; *Némethné*, 2001; *Szemlédy*, 2004).

Konfliktusmegoldás és társas támogatás a tanulók és a dolgozó ápolók körében

Az egészségügyben fellelhető stresszhelyzetek gyakoriságának ismerete felveti azt a kérdést, hogy az ápolási folyamatban résztvevők milyen megküzdési stratégiákat, coping mechanizmusokat alkalmaznak leginkább ezek feloldására vagy csökkentésére.

A konfliktusmegoldás és a társas támogatás dimenzióinak vizsgálatakor a viszonylag kis elemszám miatt összevontuk a tanulók (n=202) és a dolgozó ápolók (n=218) almintáját, ilyen módon a továbbiakban a két csoport együtteséről teszünk megállapításokat

Eredmények

A) A konfliktusmegoldás dimenziói

A megküzdési stratégiákat tekintve faktoranalízis segítségével a következő öt faktort különíthetjük el:

1. KOCKÁZATOS MEGKÜZDÉSI FAKTOR (Eigenvalue: 2,30)

KONF3:	Magamat hibáztattam	0,663
KONF2:	Olyasmibe fogtam, amiről tudtam, nem fog használni, de legalább csináltam valamit	0,563
KONF13:	Azt kívántam, bárcsak változna a helyzet	0,500
KONF7:	Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatókkal stb. próbálkoztam	0,485
KONF14:	Másokon vezettem le a feszültségemet	0,423
KONF8:	Valami nagyon kockázatosba fogtam	0,394

2. OPTIMISTA MEGKÜZDÉSI FAKTOR (Eigenvalue: 1,72)

KONF4:	Próbáltam derűsen felfogni a dolgot	0,761
KONF6:	Más emberként kerültem ki a helyzetből – jó értelemben véve	0,633
KONF12:	Imádkoztam	0,520

3. PROBLÉMAELEMZŐ MEGKÜZDÉSI FAKTOR (Eigenvalue: 1,31)

KONF1:	Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem	0,783
KONF11:	Több megoldást is mérlegeltem	0,679
KONF14:	Másokon vezettem le a feszültségemet	-0,474

4. TÁMOGATÁST KERESŐ FAKTOR (Eigenvalue: 1,28)

KONF5:	Elfogadtam mások együttérzését	0,773
KONF9:	Egy baráttól vagy rokontól kértem segítséget	0,753
KONF14:	Másokon vezettem le a feszültségemet	0,341

5. VISSZAHÚZÓDÓ MEGKÜZDÉSI FAKTOR (Eigenvalue: 1,16)

KONF10:	Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok	0,773
KONF12:	Imádkoztam	-0,536
KONF8:	Valami nagyon kockázatosba fogtam	0,441
KONF11:	Több megoldást is mérlegeltem	0,336

A *kockázatos megküzdés*t választók magukat hibáztatják, olyan rizikót vállalnak, amelyről tudják, hogy nem igazán használ, változásokra vágynak, esznek, isznak, dohányoznak, nyugtatókat szednek a célirányos konfliktusmegoldás helyett. Előfordulhat az is, hogy feszültségüket másokon vezetik le, vagy valami kockázatos dologba fognak.

Az *optimista megbirkózás* esetében a válaszadók derűsen közelítik meg a helyzetet, ugyanakkor segítségül hívják az imádkozást is.

A *problémaelemző megküzdés* során racionálisan közelítenek a konfliktusokhoz, mérlegelve, elemezve a helyzetet.

A *támogatást kereső megküzdés* a konfliktusmegoldás társas formáját képviseli, amely abban nyilvánul meg, hogy az egyének elfogadják mások együttérzését, segítségét. Ide tartozik azonban a feszültség másokon való levezetése is, ami növeli az interperszonális kapcsolatok sérülékenységét.

Végül, a *visszahúzódó megküzdés* módszerét alkalmazók nem akarják, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vannak, és bár mérlegelnek is az egyes megoldásokat illetően, inkább a kockázatosakat alkalmazzák. Az imádkozás itt negatív előjellel szerepel.

A következőkben a megküzdési technikák és az egészségi állapot indikátorai közötti kapcsolat vizsgálatára kerül sor. A korrelációs együtthatókról a *38. táblázat* ad képet.

38. táblázat. A megküzdési (coping) módszerek és az egészségi állapot indikátorai közötti

	KOCKÁZATOS COPING	**OPTIMISTA COPING**	**PROBLÉMA ELEMZŐ COPING**	**TÁMOGATÁST KERESŐ COPING**	**VISSZA HÚZÓDÓ COPING**
Fáradtságérzés	0,16**	-0,11	0,11*	0,06	0,10*
Alvási zavarok	0,09	0,02	0,13*	- 0,14*	0,03
Hasmenés	0,17**	-0,05	- 0,01	0,04	0,11*
Szabálytalan szívdobogás	0,12*	0,01	- 0,03	- 0,13*	- 0,04
Az egészség önértékelése	-0,16**	0,19**	0,04	0,16**	0,06
Dohányzás	0,09*	0,02	0,16**	- 0,05	0,12*
Alkoholfogyasztás	0,22***	0,06	- 0,06	0,07*	0,04
Drogfogyasztás	0,04	0,10	- 0,05	- 0,13*	0,13*
Stressz	0,19**	-0,09	0,05	- 0,16**	0,13*

kapcsolatok korrelációs együtthatói (r)

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

A *kockázatos megküzdési faktor* pozitívan korrelál az alkoholfogyasztással és a dohányzással, a stresszel, a pszichoszomatikus tünetek közül a fáradtságérzéssel, a szabálytalan szívdobogással és a hasmenéssel, az egészségi állapot önértékelésével pedig negatívan.

Az *optimista megküzdési faktor* negatívan korrelál az egészség önértékelésével.

A *problémaelemző megküzdési faktor* pozitívan korrelál a dohányzással, a fáradtságérzéssel és az alvászavarokkal.

A *támogatást kereső megküzdési faktor* pozitívan korrelál az egészség önértékelésével, negatívan korrelál a stresszel, az alvászavarokkal, a drogfogyasztással és a szabálytalan szívdobogással; szintén pozitív a korreláció az alkoholfogyasztással.

A *visszahúzódó megküzdési faktor* pozitívan korrelál a stresszel, a hasmenéssel, fáradtságérzéssel, a drogfogyasztással és a dohányzással.

B) A társas támogatás dimenziói

A társas támogatottság vonatkozásában a faktoranalízis négyfaktoros megoldást adott, konkrétan a következőket (ezek azt mutatják meg, hogy az egyes támogatási faktorok milyen formában, cselekedetben nyilvánulnak meg):

1. CÉL-ORIENTÁLT TÁMOGATÁSI FAKTOR (Eigenvalue: 4,83)

***SUP6*:** Segített megérteni, hogy mit várnak Öntől	0,805
***SUP7*:** Megtanította valamire	0,781
***SUP8*:** Erején felül segített, hogy Ön jól teljesítsen	0,623
***SUP5*:** Megmondta, hogy mit kell tennie	0,519
***SUP16*:** Elmagyarázta, hogyan kell megcsinálni valamit	0,510
***SUP2*:** Segített értelmezni egy problémát	0,453

2. PRAKTIKUS TÁMOGATÁSI FAKTOR (Eigenvalue: 1,91)

***SUP13*:** Megcsinált valamilyen házimunkát Ön helyett, amikor Ön nem ért rá	0,828
***SUP14*:** Gondozta háziállatát vagy a növényeit, amikor Ön nem volt otthon	0,780
***SUP15*:** Segített megcsinálni valamit	0,755
***SUP16*:** Elmagyarázta, hogyan kell megcsinálni valamit	0,531

3. ANYAGI TÁMOGATÁSI FAKTOR (Eigenvalue: 1,43)

***SUP10*:** Örökbe adott < 1000 Ft-ot	0,825
***SUP9*:** Kölcsönadott > 1000 Ft-ot	0,759
***SUP12*:** Kölcsön – vagy örökbe adott valamit (nem pénzt)	0,603
***SUP11*:** Elvitt valahová kocsival	0,509
***SUP8*:** Erején felül segített, hogy Ön jól teljesítsen	0,391

4. KOMMUNIKATÍV ÉRZELMI FAKTOR (Eigenvalue: 1,33)

***SUP4*:** Megnyugtatta azzal, hogy a szeretetét fejezte ki	0,702
***SUP3*:** Azt mondta, jó olyannak, amilyen	0,663
***SUP2*:** Segített értelmezni egy problémát	0,633
SUP1: Elmesélte, hogyan érezte magát egy hasonló helyzetben	0,578
***SUP15*:** Segített megcsinálni valamit	0,351

A *cél-orientált támogatás* konkrét, adott célra irányuló, racionális segítség formájában valósul meg.

A *praktikus támogatási faktor* elsősorban konkrét, gyakorlati, instrumentális segítségnyújtást foglal magában. Ez abban konkretizálódik, mikor valaki segít a házimunkában, vagy elmagyarázza, hogyan kell megcsinálni valamit.

Az *anyagi faktor* leginkább pénz juttatásában nyilvánul meg, ugyancsak erősen racionális támogatási típus.

Végül, a *kommunikatív-érzelmi támogatás* az érzelmi konfliktusfeldolgozásra koncentrál, amely leginkább verbális kommunikáció formájában valósul meg.

A társas támogatás formái és az egészségi állapot indikátorai közötti kapcsolatok korrelációs együtthatóit a *39. táblázat* tartalmazza.

39. táblázat. A társas támogatás formái és az egészségi állapot indikátorai közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói (r)

	CÉL-ORIENTÁLT TÁMOGATÁS	**PRAKTIKUS TÁMOGATÁS**	**ANYAGI TÁMOGATÁS**	**KOMMUNI-KATÍV ÉRZELMI TÁMOGATÁS**
Fejfájás	-0,01	-0,05	-0,03	-0.17**
Hát-és derékfájás	-0,01	-0,13*	-0,10	0,02
Alvási zavarok	-0,06	-0.03	-0,04	-0,35***
Gyomorégés	-0,05	0.01	-0,02	-0,24***
Hasmenés	0,05	-0,19**	-0,13	-0.15*
Szabály-talan szív-dobogás	0,04	-0,13*	0,07	-0.10*
Az egészség önértékelése	0,17*	0,14*	0,11	0,23***
Ellenséges Beállítódás	-0,11*	-0.20**	0,07	-0,08

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

A *cél-orientált faktor* pozitívan korrelál az egészség önértékelésével, és negatívan az ellenséges beállítódással.

A *praktikus faktor* pozitívan korrelál az egészség önértékelésével, míg negatív a kapcsolata az ellenséges beállítódással, a hasmenéssel, a heves szívdobogással és a hátfájással.

Az *anyagi faktor*ral kapcsolatban nem találtunk korrelációt.

A *kommunikatív-érzelmi faktor* pozitívan korrelál az egészség önértékelésével, míg a pszichoszomatikus tünetek közül a hát- és derékfájást kivéve mindegyik tünettel negatívan. (Különösen erős a kapcsolata az alvászavarokkal.)

Megbeszélés

A faktoranalízis eredményeként jól elkülöníthetők lettek a konfliktusmegoldás, valamint a társas támogatás dimenziói. Az egészségi állapottal azonban csak bizonyos faktorok mutattak konzekvens összefüggést. Az értékeléshez alapul kell venni *Lazarus* (1984) azon felvetését, hogy a konfliktusmegoldás adaptív, illetve inadaptív besorolása

csak az adott kontextusnak megfelelően lehetséges. Az elemzésnél azt is figyelembe kell venni, hogy speciális munkahelyen dolgozó nők voltak a válaszadók. Ugyancsak megmutatkozott az *Edwards* és *Cooper* (1988) által leírt jelenség is, miszerint a konfliktusmegoldás folyamata maga is gyakran kelt stresszt. Ilyen módon nem meglepő, hogy a támogatást kereső megküzdési faktorba olyan változó is bekerült, mint a „másokon vezettem le a feszültségemet". A szakirodalomból jól ismert az az eredmény is, hogy a társas támogatás – éppen az interperszonális kapcsolatok sérülékenysége folytán – nem minden esetben függ össze pozitív módon az egészségi állapottal (*DeLongis, Folkman* és *Lazarus,* 1988; *Pikó*, 2001), sőt olykor fokozott pszichoszomatikus tünetképzéssel jár együtt (*Pikó,* 1998).

A faktorok összefüggései az egészségi állapot mutatóival olykor egyértelmű, máskor bizonytalan és meglepő eredményt mutattak. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kockázatos megküzdési faktor nem hat jótékonyan sem az ápolók pszichoszomatikus egészségére, sem az egészségi állapot önértékelésére. Ez a megküzdési mechanizmus kapcsolatba hozható a betegágy mellett dolgozók pszichoszomatikus tüneteinek és káros szokásainak növekvő szintjével. Az optimista megbirkózási faktor sem jelent konstruktív megoldást, bár az egészség önértékelésének magasabb fokával jár együtt. A pozitív beállítottság ugyan alapvető feltétele a hatékony problémamegoldásnak, alkalmazkodásnak (*Folkman* és *Moskowitz*, 2000), de valószínűleg önmagában túlságosan passzív ahhoz, hogy valódi problémamegoldási módokat mozgósítson. A problémaelemző megküzdési faktor elgondolkodtató eredményt hozott: valószínűsíthető, hogy az ápolók a problémák elemzése és a megoldási módok keresése kapcsán gyakran szenvednek alvászavarban, emiatt fáradtságérzetük nő, a feszültség levezetése céljából pedig sokat dohányoznak. A leggyakrabban adaptív konfliktusmegoldásnak tekintett módszer (*Folkman* és *Lazarus,* 1980; *Kopp* és *Skrabski,* 1992; *Pikó*, 2001) ebben az esetben nem bizonyult hatékonynak. Nemi sajátosságok is befolyásolhatják ezt az eredményt: feltételezhető, hogy a problémákhoz általában racionálisabban közelítő férfiak esetében másfajta eredményt kapnánk. A támogatást kereső megküzdési faktor pozitív szerepet játszik az ápolók pszichoszomatikus egészségében, azonban pozitív az összefüggés az alkoholfogyasztással. Ez utóbbi szintén társas együttléthez kötődik, sőt akár a (társas) megküzdés egyik részjelensége is lehet. A visszahúzódó megküzdési faktor a szakirodalomnak megfelelően (*Folkman* és *Lazarus,* 1980; *Kopp* és *Skrabski*, 1992), szintén negatív szerepet játszik. Azok, akik ezt a stratégiát részesítik előnyben, gyakran fogyasztanak drogot és dohányoznak, magasabb az észlelt stressz-szintjük is, a pszichoszomatikus tünetek közül

pedig gyakori náluk a hasmenés és a fáradtságérzés. Ennek alapján a visszahúzódó megküzdési formát, ebben a kontextusban, inadaptív konfliktusmegoldási módnak tekinthetjük.

A társas támogatás dimenziói közül a praktikus és a kommunikatív-érzelmi faktor pozitív szerepet játszik az ápolók életében. Különösen az utóbbi függ össze erősebben a pszichoszomatikus tünetek ritkább előfordulásával és az egészségi állapot magasabb önértékelésével. Az érzelmi támogatás szinte minden életszakaszban és mindkét nemnél a legfontosabb támogatási forma (*Pikó*, 1998), A praktikus támogatás, az, hogy szükség esetén számíthatunk valakire, szintén a lelki egészség fontos meghatározója (*Kopp* és *Skrabski*, 1992). A praktikus támogatás és a cél-orientált támogatás esetében kiemelendő a negatív összefüggés az ellenséges beállítódással. Mindkét támogatási forma inkább racionális jellegű, ezért is lehet „jótékony" hatással az ellenséges beállítódásra, amely érzelemmel erősen telített attitűd. Az anyagi támogatás – bár a munkával való elégedettséget jelentősen befolyásolja – az egészségi állapot vizsgált mutatóival egyáltalán nem jelez összefüggést. Elmondható tehát, hogy a konfliktusmegoldás módjai közül a kockázatos, a visszahúzódó, valamint a problémaelemző megküzdési módszerek jelentik az egyértelműen inadaptív megoldásokat. Ez utóbbi faktor a valódi, racionális problémaelemzés helyett a problémákon való rágódásnak, töprengésnek felel meg. Legadaptívabbnak a támogatást kereső problémamegoldást, azaz a megküzdés társas típusát találtuk. A társas támogatási formák közül a kommunikatív-érzelmi támogatás biztosítja leginkább a pszichoszomatikus egészséget, míg a racionálisabb támogatási típusok az ellenséges beállítódást csökkenthetik. Az anyagi támogatással kapcsolatban nem mutatható ki összefüggés. Az optimista megküzdés és az egészségi állapot mutatói közötti összefüggések hiánya arra hívja fel a figyelmet, hogy a szupportív rendszerek akkor hatékonyak, ha valóban tevőleges, a konstruktív megoldás lehetőségét magukban hordozó alternatívákat jelentenek.

Az ápolók munkahelye magas stresszterheltségű, munkájuk fizikailag és pszichikailag egyaránt megterhelő. Konfliktusmegoldásuk és társas támogatottságuk feltérképezésével lehetővé válik az adaptív megoldások fejlesztése és a stressz káros következményeinek kivédése.

Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

Az empirikus kutatás célkitűzései

A kérdőíves kutatás átfogó célja volt a szegedi kórházi osztályokon dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata. Annak megismerésére törekedtünk, hogy hogyan jellemezhető a megkérdezettek pályaorientációja, munkával való elégedettsége, egészségi állapota, valamint vizsgálat tárgyát képezte szociális helyzetük és rekreációs tevékenységeik felmérése is.

Az empirikus vizsgálat során a következő *részcélokat* tűztük ki:

1. Szándékunkban állt megismerni a kórházi szakdolgozók pályaválasztással kapcsolatos orientációit, munkával való elégedettségük, illetve elégedetlenségük okait, a szakma presztízséről való vélekedéseit és az esetleges pályaelhagyással kapcsolatos indítékait. E témakörön belül a következő kérdéseket tettük fel:

a) Miért választották az egészségügyi pályát?

b) Véleményük szerint hogyan ítélik meg az orvosok és a társadalom tagjai a szakma presztízsét? Hogyan vélekednek saját maguk a hivatásukkal kapcsolatos megbecsültségről?

c) Milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel írnák le az egészségügyben végzett munkát?

d) Gondolkodnak-e azon, hogy feladják hivatásukat, és más munkahelyre mennek dolgozni? Ha kilépnének az ágazatból, miért tennék? A pályán maradást milyen indokokkal magyaráznák?

e) Pályaelhagyás, pályamódosítás esetén milyen munkát végeznének szívesen? Miért választanának új területet?

2. Fel szándékoztuk térképezni a gyógyító tevékenység végzése közben előforduló pszichés terhek arányát. Célunk megvalósításában a következő kérdések voltak segítségünkre:

a) Kórházi munkájuk során milyen gyakran szembesülnek a válaszadók lelki megterhelést jelentő helyzetekkel?

b) Szoktak-e segítséget kapni ezekben a szituációkban?

c) Kitől/kiktől várnának több segítséget?

3. Fontosnak tartottuk annak vizsgálatát is, hogy a szegedi kórházi szakdolgozók hogyan minősítik saját egészségük állapotát, és milyen gyakorisággal fordulnak elő körükben rizikómagatartások? A témával kapcsolatos információgyűjtést a következő kérdések segítették:

a) Milyennek ítélik egészségi állapotukat a megkérdezettek kortársaikhoz viszonyítva?

b) Milyen gyakran észleltek magukon az elmúlt 6 hónap során különféle pszichoszomatikus tüneteket?

c) Szoktak-e, és ha igen, milyen gyakorisággal dohányozni, alkoholt és kávét fogyasztani, illetve szednek-e nyugtatót, altatót és élénkítőszert?

4. Információkat kívántunk szerezni az ágazatban tevékenykedő szegedi dolgozók szociális helyzetéről, és szabadidő-eltöltési szokásairól. A témával kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel:

a) Milyen tulajdonú lakásban élnek a válaszadók? Milyen a lakásuk jellege, és kivel élnek együtt?

b) Mennyire ellátott háztartásuk tartós fogyasztási cikkekkel?

c) Hogyan, milyen tevékenységekkel töltik szabadidejüket?

d) Annak érdekében, hogy anyagi helyzetükön javítsanak, vállalnak-e túlmunkát? Ha végeznek ilyen tevékenységet, milyen jellegűt?

5. Végezetül a társas támogatás és a munkával, élettel való elégedettség témakörében tartottuk fontosnak az adatgyűjtést, a következő kérdések segítségével:

a) Kihez fordulnak a vizsgálatban résztvevők lelki, illetve anyagi problémák esetén?

b) Mennyire veszélyeztetettek a kiégés szempontjából?

c) Mennyire elégedettek munkájukkal?

Az empirikus kutatás módszertana

A vizsgálatban Szeged kórházaiban dolgozó egészségügyi szakdolgozók vettek részt. 450 kérdőívet juttattunk el a kórházakba a teljes körű lekérdezést tervezve, azonban mindössze 201 kitöltött és értékelhető kérdőív érkezett vissza (Az alkalmazott kérdőívet a *2. sz. melléklet* tartalmazza). A dolgozók egyrészt túlterheltségükre hivatkoztak, másrészt azzal indokolták az alacsony válaszadási arányt, hogy érdekükben akkor sem történik pozitív irányú változás, ha őszintén válaszolnak a kérdésekre, és megosztják velünk gondjaikat, problémáikat.

Az adatok feldolgozása az SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával történt.

A minta jellemzői

A válaszadók 11,1 %-a férfi, 88,9 %-a nő volt. A minta életkorának átlaga 33,1 év (szórás: 14,1, medián: 33, módusz: 25). Az egészségügyben eltöltött idő átlaga: 15,2 év. Iskolai végzettség tekintetében a megkérdezettek 5,1%-a általános iskolát, 16,7%-a szakiskolát, 45,5%-a szakközépiskolát végzett. Gimnáziumi érettségivel 23,6%-uk, főiskolai végzettséggel 9,1%-uk rendelkezett.

Az egészségügyben végzett munka jellegét tekintve 55,8%-uk ápolóként dolgozik, az asszisztensek aránya 19,9%, a főnővéreké 5,5%, az orvosírnokoké 4,5%, míg a beteghordóké 3,5%. A többiek (10,8%) az egyéb kategóriába sorolták magukat.

A munkarendet illetően elmondható, hogy a megkérdezett szakdolgozók 41,9%-a állandó délelőttös, 42,9%-uk három műszakos munkarendben végzi munkáját. 4,5% azok aránya, akik csak éjszaka dolgoznak, két műszakban pedig a dolgozók 10,7%-a tevékenykedik.

A családi állapottal kapcsolatban megállapítható, hogy a válaszadók többsége (52,8%) házastársi vagy élettársi kapcsolatban él, 24,6%-uk egyedülálló, 17,6%-uk elvált, 5,0% az özvegyek aránya. Nincs gyermeke a kórházi dolgozók 32,1%-ának, egy gyermeke van 24,7%-uknak, két gyermeket nevel a válaszadók 33,7%-a.

Alkalmazott mérőeszközök

a) A szociodemográfiai változók mérése

A szociodemográfiai változók közül a szegedi kórházi szakdolgozók esetében a következőkre kérdeztünk rá: nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma, legmagasabb iskolai végzettség, beosztás, az ágazatban eltöltött évek száma.

b) A pályaorientációval kapcsolatos kérdés

Egy hivatás képviselőjével kapcsolatban sokat elárul, ha megismerjük azokat a tényezőket, amelyek pályaválasztását motiválták. Jelen esetben a pályaorientációt vizsgáló kérdés a következő volt: ’Miért választotta az ápolói pályát?’ A vizsgálatban résztvevők az alábbi válaszlehetőségek között dönthettek: 1. A családban hagyománya van 2. A szüleim, ismerőseim tanácsára 3. Szeretek emberekkel foglalkozni 4. Nem tudtam máshol továbbtanulni 5. Nem volt más munkalehetőség 6. Egyéb ok miatt. A válaszadóknak a kérdés megválaszolása során lehetőségük volt több válasz megjelölésére is.

c) Az ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdés

Szinte közhelyszerű az állítás, miszerint az egészségügyben végzett munka társadalmi megbecsültsége alacsony, és a gyógyító folyamatban az orvosok sem mindig tekintik partnernek a paramedikális személyzet tagjait. Ezért is helytálló a kérdés: ’Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét Ön, az orvosok és a társadalom?’ A hétfokozatú skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

d) A munkaelégedettséggel kapcsolatos kérdések

Az, hogy a válaszadó hogyan ítéli meg a munkájával kapcsolatos legfőbb jellemzőket, meghatározza elégedettségét és hatással van azokra a döntésekre is, amelyek a pályán maradást, vagy az esetleges pályamódosítást eredményezik. A munkával kapcsolatos véleményeket a következő kérdések segítségével vizsgáltuk:

1. Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 pozitív jellemzőjét!
2. Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 negatív jellemzőjét!

Mindkét esetben a nyitott kérdés alkalmazása mellett döntöttünk, ahol nem voltak megfogalmazva a válaszlehetőségek, és a vizsgálatban résztvevő maga dönthetett a válaszokkal kapcsolatban.

3. ’Mostanában szokott-e gondolkodni azon, hogy feladja hivatását, és más munkahelyre megy dolgozni?’ Ez esetben arra kértük a válaszadókat, hogy vélekedésüket indokolják is meg.

4. ’Ha pályát módosítana, milyen munkát vállalna szívesen?’ Ebben az esetben is nyitott volt a kérdés.

5. ’Ha határoznia kellene arról, hogy ismételten azt a munkakört kellene választania, amit most betölt, hogyan döntene?’ A válaszlehetőségek: 1. Habozás nélkül újraválasztaná 2. Jobban meggondolná 3. Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát.

6. ’Ha egy ismerőse az Ön munkáját szeretné választani, mit mondana neki?’ Választani az alábbi kijelentések közül lehetett: 1. Meggyőződéssel ajánlaná 2. Kétségei lennének, hogy javasolja-e 3. Ellene érvelne.

7. ’Mindent egybevetve, mennyire elégedett munkájával?’ Ez esetben négy válaszlehetőséget kínáltunk: 1. Nagyon elégedett 2. Viszonylag elégedett 3. Nem túlzottan elégedett 4. Egyáltalán nem elégedett.

e) A lelki megterhelést vizsgáló kérdések

Az egészségügyi szakdolgozók munkájuk során gyakran találkoznak lelki megterheléssel járó helyzetekkel. Ha a feszültség feloldása, a megterhelést jelentő szituáció megoldása nem, vagy nem megfelelő módon történik, akkor nagy a veszélye a kiégés kialakulásának. Ezért is fontos annak ismerete, hogy ezek a helyzetek milyen gyakorisággal fordulnak elő, kap-e és kitől várna több segítséget a gyógyítás folyamatában résztvevő egészségügyi szakdolgozó (*Tumulty, Jernigan* és *Kohut,* 1994).

A témával kapcsolatos első kérdés a következő volt: ’Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek az Ön számára?’ A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

A segítségnyújtás gyakoriságának felmérését a következő kérdés célozta: ’Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?’ Ismét négy alternatíva közül lehetett választani: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha. Indokolt a kérdés: ’Kitől várna több segítséget?’ A felsorolt lehetőségek közül többet is bejelölhetett a megkérdezett: 1. Családtagjaimtól 2.

Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó nővérektől 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Mástól.

f) Az egészségi állapot önértékelése

Annak felmérésére, hogy a szegedi kórházi szakdolgozók milyennek ítélik meg saját egészségi állapotukat kortársaikhoz viszonyítva, a következő kérdés irányult: ’Hogyan minősítené egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?’ A négy alternatíva, melyek közül választhattak a vizsgálat résztvevői, a következő volt: 1. Kiváló 2. Jó 3. Még elfogadható 4. Rossz (*Barsky, Cleary* és *Klerman,* 1992).

g) Pszichoszomatikus skála

Az egészségi állapot önértékelésére és az élet minőségére is nagy hatást gyakorol némely pszichoszomatikus tünet előfordulása. Ezért tartottuk fontosnak annak felmérését, hogy egyes szimptómák milyen gyakorisággal fordulnak elő az ápolók körében. Az egyes tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő válaszlehetőségek jelölték: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

A tünetek a következők voltak: ’Az elmúlt 6 hónap során milyen gyakran’ 1. volt idegfeszültségből eredő fejfájása 2. volt hát- vagy derékfájása 3. voltak alvási problémái 4. érezte magát kimerültnek, gyengének 5. volt gyomorégése, gyomorfájása 6. volt idegességből eredő hasmenése 7. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása (*Pikó, Barabás* és *Boda,* 1997)?

h) A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések

A kérdőív két rizikómagatartási mintára vonatkozott elsősorban: a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók, élénkítőszerek és a kávé fogyasztásának gyakoriságára is (*Pikó, Barabás* és *Markos,* 1996).

A dohányzás előfordulásának gyakoriságát a következő kérdéssel vizsgáltuk: ’Szokott-e dohányozni? Hat választási lehetőség volt: 1. Nem 2. Alkalmanként 3. Rendszeresen, napi 1-2 szálat 4. Rendszeresen, napi 10 szál alatt 5. Rendszeresen, napi 10-20 szálat 6. Rendszeresen, napi 20 szál fölött.

Az alkoholfogyasztás előfordulási gyakoriságának vizsgálatára a következő kérdés vonatkozott: ’Szokott-e alkoholt fogyasztani? A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. Nem 2. Alkalmanként 3. Hetente egy-két alkalommal 4. Naponta.

A nyugtató, altató és élénkítőszer-szedés gyakoriságának felmérését a következő alternatívák közötti választások segítették: 1. Igen, rendszeresen 2. Heti 1-2 alkalommal 3. Havi 1-2 alkalommal 4. Egyáltalán nem.

A kávé fogyasztása igen elterjedt társadalmunkban. Sokan úgy vélik, a koffein segíthet a fáradtság elűzésében, segítségével frissebbek, energikusabbak lesznek. Kíváncsiak voltunk, az egészségügyben dolgozók is egyetértenek-e az állítással. A fogyasztás tényére direkt módon kérdeztünk rá: 'Szokott-e kávét fogyasztani?', a gyakoriságot pedig a következő válaszlehetőségekkel mértük: 1. Nem 2. 1-2 csészével naponta 3. 3-4 csészével naponta 4. 5-6 csészével naponta 5. 6 csészénél többet.

i) A lakáskörülményeket vizsgáló kérdések

Az anyagi megbecsülés alacsony foka, a kevés fizetés az ágazatban dolgozók által sokat emlegetett negatívumok egyike. Felvetődhet a kérdés: a lakáskörülményeikben tükröződnek-e az elégtelen bérek? Megállapításainkat a következő kérdésekre kapott válaszokra alapoztuk:

1. 'Milyen tulajdonú lakásban él jelenleg?' A következő alternatívákat kínáltuk választásra: 1. Saját tulajdonú 2. Önkormányzati bérlakás 3. Egyéb bérlakás (pl. albérlet) 4. Nővérszállás 5. Egyéb.

2. 'Milyen a lakás jellege, ahol él?' A típusok: 1. Kertes családi ház 2. Társasházi lakás 3. Panellakás 4. Házrész 5. Tanya 6. Egyéb.

3. 'Kivel lakik közös háztartásban?' A válaszlehetőségek: 1. Házastárssal/élettárssal 2. Gyerekével/gyerekeivel 4. Más rokonnal 5. Barátokkal, ismerősökkel 6. Egyedül.

j) A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságot vizsgáló kérdés

Segítséget jelenthet, ha egy háztartás rendelkezik azokkal a tartós fogyasztási cikkekkel, melyek megkönnyítik az otthoni munkát, és segítik a szabadidő színvonalasabb eltöltését. Ez különösen fontos lehet az egészségügyi szakdolgozók számára, akik a több műszak okozta egyenetlen időbeosztás miatt gyakran fáradtak, és időhiányban szenvednek. Ezért is igyekeztünk felmérni azt, hogy a válaszadó 'Háztartásában van-e' 1. Televízió 2. Automata mosógép 3. Hűtőszekrény 4. Porszívó 5. Videomagnó 6. CD-lejátszó 7. Magnó 8. Mosogatógép 9. Mikrohullámú sütő 10. Fagyasztóláda 11. Számítógép 12. Autó.

k) A rekreációs tevékenységeket vizsgáló kérdések

A nehéz, gyakran jelentős fizikai és lelki megterheléssel járó munka után fontos a feltöltődés, a kikapcsolódás. Ezért a kérdőív következő kérdései annak vizsgálatára irányultak, hogy a megkérdezettek milyen szabadidős tevékenységekkel próbálják elűzni a munkavégzés során tapasztalt fáradtságot:

1. ’Az elmúlt 5 évben hányszor volt nyaralni? Hányszor belföldön és hányszor külföldön?’

2. ’Szabadidejében milyen tevékenységekkel próbál kikapcsolódni?’ A következő alternatívák közül lehetett választani: 1. Mozi 2. Színház 3. Olvasás 4. TV-nézés 5. Baráti összejövetel 6. Sport 7. Kézimunka 8. Kirándulás. A gyakoriságokat illetően az alábbi kategóriák álltak a válaszadó rendelkezésére: 1. Soha 2. Ritkán 3. Alkalmanként 4. Gyakran.

Gyakran előfordul, hogy az ágazatban dolgozók a szűkös kereset kiegészítése céljából munkaidőn túli munkatevékenységet kénytelenek végezni, az e tevékenységre fordított idő pedig a szabadidő rovására megy. Ezért kérdeztünk rá arra, hogy a válaszadó ’Kórházi munkája mellett szokott-e más munkát vállalni?’ A válaszok a következők lehettek: 1 Nem 2. Igen, szakmabeli munkát 3. Igen, egyéb munkát. Ez utóbbi esetben kértük a munka jellegének megjelölését is.

l) A társas támogatórendszer elemeit felmérő kérdések

A segítő hivatást végző egyének számára fontos egy olyan társas támogatórendszer léte, mely támaszt nyújthat nehéz élethelyzetekben. A szegedi kórházi szakdolgozók esetében e rendszer elemeit igyekeztünk feltérképezni akkor, mikor a következő kérdéseket feltettük:

1. ’Kihez fordul, ha lelki problémái vannak?’ A következő személyek közül lehetett választani: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Pap 9. Pszichológus/pszichiáter 10. Családorvos 11. Senki. A válaszadó több személyt is bejelölhetett.

2. ’Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?’ A választás lehetőségei: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Munkahely (pl. illetményelőleg) 9. Pénzintézet (pl. bank) 10. Önkormányzat (pl. segélyek) 11. Senkihez. Ebben az esetben is lehetőség volt több válasz megjelölésére.

m) A kiégést vizsgáló kérdések

A kiégés jelenségét a Maslach Burnout Inventory segítségével vizsgáltuk (MBI; *Maslach* és *Jackson*, 1981). Az összesen 22 itemből álló skála három alskálát tartalmazott:

érzelmi kimerültség, elszemélytelenedés és személyes teljesítmény. A megbízhatóságot jelző Cronbach alpha értékek a következők voltak: érzelmi kimerültség 0,84, elszemélytelenedés 0,46; személyes teljesítmény 0,76.

n) A szubjektív jóllétet mérő kérdések

A szubjektív jóllét mérésére az élettel való elégedettséget mérő globális skálát (The Satisfaction With Life Scale) alkalmaztuk, amely öt itemből áll (*Diener, Emmons, Larsen* és *Griffin*, 1985). A skála az élettel való általános elégedettséget mérte, a válaszkategóriák pedig 0-tól (egyáltalán nem értek egyet) 6-ig (teljesen egyetértek) terjedtek. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értéke a saját mintával 0,87 volt.

A pályaválasztással kapcsolatos orientációk és a szakma presztízsének megítélése a szegedi kórházi szakdolgozók körében

Eredmények

Fontos információt szolgáltat az egészségügyi szakdolgozókról a hivatás választásának indítéka. A szakmai karrier indulásakor domináló motivációk a munkával kapcsolatos elégedettségre vagy elégedetlenségre a későbbi években is hatást gyakorolnak. A *40. táblázat* a hivatás választásának motivációit mutatja be.

40. táblázat. Az ápolói hivatás választásának motivációi
(százalékos megoszlás)

AZ ÁPOLÓI HIVATÁS VÁLASZTÁSÁNAK MOTIVÁCIÓI	**%**
A családban hagyománya van	10,1
A szüleim, ismerőseim tanácsára	22,7
Szeretek emberekkel foglalkozni	64,6
Nem tudtam máshol továbbtanulni	7,1
Nem volt más munkalehetőség	7,1
Egyéb ok	10,6

A szegedi kórházakban dolgozók pályaválasztást befolyásoló, meghatározó motivációit vizsgálva megállapítható, hogy leghangsúlyosabb az emberekkel való foglalkozás, a betegeken való segítés vágya. A válaszadók 64,6%-a vélte úgy, hogy ez az attitűd irányította pályaválasztását. 22,7% azok aránya, akik szülők, ismerősök tanácsára kezdték

el ezirányú tanulmányaikat, míg a dolgozók 10,1%-a családi hagyományt követve indult el ezen a pályán. Vannak, akik nem túl jó tanulmányi eredményük miatt váltak egészségügyi dolgozóvá (7,1%), illetve más munkalehetőség hiányában helyezkedtek el az ágazatban (7,1%).

A végzett tevékenységgel kapcsolatos társadalmi vélekedés ugyancsak befolyással van a dolgozók elégedettségére, és hatást gyakorol a szakma presztízsének saját megítélésére is. A *41. táblázat* adatai az ápolói munka megbecsültségét mutatják a válaszadók szemszögéből.

41. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének többszempontú megítélése

AZ ÁPOLÓI PÁLYA PRESZTÍZSE (MINIMUM:1, MAXIMUM: 7)	**ÁTLAG**	**SZÓRÁS**	**MÓDUSZ**	**MEDIÁN**
A válaszadó szerint?	3	1,7	1	3
Az orvosok szerint?	3,5	1,8	4	3
A társadalom szerint?	2	1,3	1	2

A szegedi kórházakban dolgozók hivatásuk presztízsének megítélése kapcsán úgy vélik, hogy leginkább az orvosok értékelik munkájukat. A hétfokozatú skálán 3,5 az átlagérték, amely magasabb, mint a saját megítélés értéke. Legkevésbé a társadalmi megbecsülésben bíznak: úgy gondolják, társadalmi szinten az egészségügyben végzett munkáról alkotott vélekedésnek a hétfokozatú skálán 2-es átlagérték feleltethető meg.

A gyógyító tevékenység, az ápolói hivatás gyakorlása közben szerzett tapasztalatok meghatározzák azt, hogy az egészségügyben dolgozók miként vélekednek munkájuk pozitív és negatív jellemzőiről. E vélekedéseket a *42. táblázat* tartalmazza.

42. táblázat. A szakma leggyakrabban említett pozitív és negatív jellemzői

POZITÍV JELLEMZŐK	**NEGATÍV JELLEMZŐK**
Emberekkel való foglalkozás	Alacsony bérek
Gyógyítás, segítés	Megbecsülés hiánya
Kreativitás	Eszköz- és létszámhiány
Változatosság	Több műszak okozta nehézségek

A pozitív jellemzők sorában legnagyobb gyakorisággal az emberekkel való foglalkozás lehetősége szerepelt, az a tényező, amiért az ápolói hivatást is választották. Fontosnak tartják a szakma pozitív jellemzői között azt is megemlíteni, hogy a gyógyítás

folyamatában való részvétel, a segítségnyújtás lehetősége elégedettséggel tölti el a hivatás gyakorlóját, emellett a kreativitás és a változatosság is fontosak munkájukban.

A negatív jellemzők között a szakma nehézségeivel kapcsolatban sokszor említett tényezők állnak: alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, eszköz- és létszámhiány, a műszakbeosztással kapcsolatos nehézségek.

E jellemzők mérlegelése után, többekben felmerül(het) a pályaelhagyás gondolata (*43. táblázat*).

43. táblázat. A hivatás feladásának szándéka (százalékos megoszlás) (n=201)

HIVATÁS FELADÁSÁNAK SZÁNDÉKA	**%**
Igen	55,1
Nem	44,9

A válaszadók 55,1 %-a szokott gondolkodni azon, hogy feladja hivatását és más munkahelyre megy dolgozni. Indokaik között szerepel az alacsony bérek említése, az alacsony megbecsültség, a sok megaláztatás és a bizonytalanság tényezője is. Többen kilátástalannak ítélik a jövőt, ezért szeretnének váltani, mások pedig a több műszak okozta fáradalmakat szeretnék életükből kiiktatni. Vannak, akik képességeiket mérlegelve úgy ítélik meg, hogy más munka végzésére lennének jogosultak, vagy tanulni szeretnének, képezni magukat. Mindenképpen figyelmet érdemel a válaszadók 44,9 %-a, akik úgy vélekednek, hogy nem adják fel jelenlegi munkájukat, maradnak az egészségügyben továbbra is. Az indokok között ott találjuk a munka szeretetét, a feladatorientáltságot, ugyanakkor vannak olyan tényezők is, melyek inkább kényszerítő erővel hatnak a pályán maradás szándékára: régóta az egészségügyben dolgoznak, nem érdemes váltani, életkoruk miatt már nem foglalkoztatnák őket máshol, nincs hová menni, és máshol sincsenek jobb feltételek. Ugyanakkor egy kisebb csoportja a válaszadóknak bízik abban, hogy történik az ágazatban hamarosan egy olyan pozitív irányú változás, melynek következtében megoldódnak a problémák, és valóban érdemes lesz az egészségügyben dolgozni (*44. táblázat*).

44. táblázat. A pályaelhagyás és a pályán maradás indokai

A PÁLYAELHAGYÁS INDOKAI	A PÁLYÁN MARADÁS INDOKAI
Alacsonyak a bérek	Szeretik a munkát
Kevés a megbecsülés	Ez a feladatuk
Sok a megaláztatás	Régóta a pályán vannak, már nem érdemes váltani
Nagy a bizonytalanság	Nyugdíj előtt állnak
Kilátástalan a jövő	Olyan életkorban vannak, amelyben már nem foglalkoztatnák őket máshol
Fárasztó a három műszak	Nincs hová menni, és valószínűleg máshol sem jobb
Sok az adminisztráció	Optimisták, és bíznak abban, hogy történik valami pozitív irányú változás
Képességeik más munkára jogosítanák fel őket	
Tanulni szeretnének	

Akik a pályamódosítás gondolatával foglalkoznak, megjelölték azokat a területeket, ahol el szeretnének helyezkedni, és választásukat meg is indokolták (*45. táblázat*).

45. táblázat. A pályamódosítás motivációi

A PÁLYAMÓDOSÍTÁS MOTIVÁCIÓI	
Választott terület	**A választás indokai**
Szinte mindegy, hogy mi, csak ne az egészségügy legyen	Jobban fizessen, legyen kisebb a megterhelés és a felelősség
Banki szféra, pénzügyi terület	Magas fizetés
Vállalkozói szféra	Vonzó, jól fizető
Kereskedelem	Érdekes
Továbbra is az egészségügy	Szeretik, de legyen egy műszakos a munkarend, vagy magasabb a beosztás
Gyermekekkel való foglalkozás	Változatos
Gyermekkori vágyak megvalósítása	Azt tehetik, amire mindig is vágytak

Többen vélekednek úgy, hogy jelen státuszuk annyira rossz, hogy ennél a munkaterületnél csak jobb lehetőség várhat rájuk. Akik konkrét elképzeléssel bírtak a hivatás módosítását illetően, többnyire olyan területeket jelöltek meg, ahol nagyobb az anyagi megbecsültség, mint az egészségügyben: így pl. szívesen dolgoznának vállalkozóként vagy a banki szektorban. Akik a kereskedelemben tevékenykednének, vagy a gyermekekkel való foglalatosságot részesítenék előnyben, továbbra is az emberekkel való foglalkozás vágyának engedelmeskednének. Azok pedig, akik továbbra is az

egészségügyben maradnának, fontos kitételként határozták meg, hogy ne kelljen több műszakos munkarendben tevékenykedni, és inkább a hierarchia magasabb fokán állnának.

Megbeszélés

Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók pályaválasztásának motivációi között – sok pályatársukhoz hasonlóan – első helyen áll az emberekkel foglalkozás vágya (*Bodrogi* és *Kálmán*, 2001; *Fónai*, *Pattyán* és *Szoboszlai*, 2001; *Kovácsné*, *Feith* és *Balázs*, 2004; *Szentgyörgyi*, 2000; *Temesváry*, *Pataki*, *Kalmárné* és *Zimányi*, 1996). Ez az attitűd sokakat akkor is a pályán tart és átsegíti őket a kríziseken, amikor nyilvánvalóvá válnak a szakma nehézségei, az ágazattal kapcsolatos bizonytalanságok. Többen szülők vagy ismerősök tanácsára helyezkedtek el az egészségügyben. Nyilvánvaló, hogy a javaslatot tevők úgy vélekedtek, a nagyarányú fluktuáció, az állandó munkaerőhiány következtében az ajánlott munkahely hosszú távon is biztos lehet. A válaszadók egytizede családi hagyományt követett, ami jelzi azt, hogy az igazán elhivatottak a nehézségek ellenére is a pályán maradnak, és szívesen látnák azt, ha rokonaik követnék őket (*Szentgyörgyi*, 2000). Gyakori feltételezés, hogy az egészségügyben könnyű elhelyezkedni: ezt tartotta szem előtt több válaszadó akkor, amikor szerényebb tanulmányi eredményei miatt vagy más, esetleg jobb munkalehetőség hiányában kezdte el munkáját az ágazatban.

A hivatás presztízsét nem értékelik magasra a válaszadók: úgy gondolják, leginkább az orvosok megbecsülésére számíthatnak, de a társadalmi megbecsültség hiányzik. Ez a vélekedés nagyban hozzájárul ahhoz, hogy saját megítélésük a szakma presztízsével kapcsolatban alig magasabb, mint a társadalmi szintű (*Pikó*, 1999).

A munkával kapcsolatos pozitív és negatív vélekedések erősen összefüggenek a pályán maradás, illetve a pályaelhagyás indítékaival (*Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Sasváriné*, 2001; *Tahin*, 1989). Akik nem akarják elhagyni az egészségügyet, azok gyakran hivatkoznak arra, hogy ez a hivatásuk, a segítés célja vezeti őket, bár többen is vannak, akiknek maradása kényszerű: azért nem váltanak, mert már idősebbek, esetleg nyugdíj előtt állnak, vagy nem remélik azt, hogy máshol jobb lesz. Körülhatárolható egy szűkebb optimista réteg, akik bíznak abban, hogy hamarosan pozitív irányú változások veszik kezdetüket. Még markánsabb az összefüggés a szakmával kapcsolatos negatív jellemzők és a pályaelhagyás indítékai között: alacsony bérek, kevés megbecsülés, megalázó helyzetek,

bizonytalanság, kilátástalanság. Vannak, akik tovább szeretnék képezni magukat, piacképesebb tudás birtokába szeretnének jutni.

Érdekes módon azok, akik konkrét elképzelésekkel rendelkeznek a pályamódosítást illetően, olyan irányba mozdulnának el az egészségügyből, ahol továbbra is mindennapos az emberekkel való foglalkozás, a rajtuk való segítés. Sokak számára vonzó a banki és vállalkozói szféra, ez esetben egyértelmű, hogy a magasabb fizetések vágya vezetné a pályaelhagyókat. A vizsgálatban résztvevő kórházi dolgozók közül némelyekben olyan nagy az elkeseredés, hogy az esetleges pályamódosítás során csak az érdekelné őket, hogy magasabb legyen a fizetés, ugyanakkor kisebb legyen a megterhelés és a felelősség. A hivatás feladásának szándékát fontolgatók magas aránya jelzi, hogy fontosak lennének a változást hozó reformok. Ezekre azért is nagy szükség lenne, mert az egészségügyben tevékenykedők esetében olyan csoportról van szó, melynek munkája nélkülözhetetlen a társadalom valamennyi tagja számára (*Bugovics* és *Pilt*, 2002; *Szánthó* és *Solymosi*, 2000).

A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága a szegedi kórházi szakdolgozók körében

Eredmények

Bizonyított tény, hogy az ápolási tevékenység nem csak fizikai értelemben fárasztó, hanem gyakran fordulnak elő olyan helyzetek is, amelyek lelki megterhelést is okoznak munkavégzés közben. Az ilyen jellegű szituációk előfordulásának gyakoriságát mutatja a *46. táblázat*.

46. táblázat. A lelki megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakorisága dolgozó ápolók körében (százalékos megoszlás) (n=201)

LELKI MEGTERHELÉST JELENTŐ HELYZETEK ELŐFORDULÁSA A KÓRHÁZI MUNKA SORÁN	**%**
Gyakran	29,8
Időnként	28,4
Ritkán	6,7
Soha	35,1

A táblázat adatai azt mutatják, hogy a kórházi szakdolgozók 29,8%-a gyakran, 28,4%-a időnként szembesül lelki megterhelést jelentő helyzettel, és mindössze 35,1%-uk jelentette azt ki, hogy elkerülik őket ezek a szituációk.

Fontos lehet annak ismerete, hogy érkezik-e segítség a nehéz helyzetekben, illetve kitől/kiktől várnának több támogatást a válaszadók. (*47.* és *48. táblázat*)

47. táblázat. A segítség nyújtásának gyakorisága lelki megterhelést jelentő helyzetekben (százalékos megoszlás) (n=201)

SEGÍTSÉGNYÚJTÁS GYAKORISÁGA	**%**
Gyakran	8,2
Időnként	54,3
Ritkán	25,5
Soha	12,0

Úgy tűnik, nem megnyugtató a lelki megterhelést okozó helyzetek kezelése, hiszen a szegedi szakdolgozóknak mindössze 8,2%-a kap gyakran segítséget. 54,3% azok aránya, akik időnként, 25,5% pedig azoké, akik ritkán jutnak segítséghez feszültséget indukáló szituációkban. A megkérdezettek 12,0%-a teljesen magára marad problémájával.

Az is nyilvánvaló az egészségügyi dolgozók válaszai alapján, hogy kitől várnának több segítséget: legtöbben kolléganőiktől, illetve családtagjaiktól, bár nem biztos, hogy a szakmai jellegű kérdésekben a hozzátartozók adekvát támogatást tudnak nyújtani. Az orvosok szerepe is fontos lehet a feszültségek enyhítésében. Megdöbbentő, hogy a professzionális segítők segítségét kevesen vennék igénybe akkor, amikor munkájuk során lelki feszültséget okozó helyzetbe kerülnek.

48. táblázat. Segítségnyújtás várása (százalékos megoszlás)

KITŐL VÁRNA TÖBB SEGÍTSÉGET	**%**
Családtagjaimtól	23,6
Barátaimtól	9,1
A kórházban dolgozó ápolóktól	29,8
Orvosoktól	22,1
Pszichológustól	13,9
Mástól	6,8

Megbeszélés

Az egészségügyi szakdolgozók munkavégzése során gyakran adódnak olyan helyzetek, amelyek lelki megterhelést okoznak: a betegekkel való foglalatosság, a szenvedés látványa,

a halál ténye, a fárasztó munka, a szervezési bizonytalanságok, a hierarchia egyes fokain megtapasztalt megalázó helyzetek, az alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés okozta frusztrációk – a teljesség igénye nélkül – mind olyan szituációk, amelyek feldolgozásához segítség is szükséges (*Hegedűs*, 2000; *Kovács*, 2006; *Pikó*, 1999; *Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Sasváriné*, 2001). A válaszadó szegedi kórházi szakdolgozók 64,9%-a több-kevesebb rendszerességgel találkozik ilyen helyzettel, de csak 8,2%-uk kap gyakran segítséget. Leginkább a kollégák segítségére tartanának igényt a válaszadók, talán nem véletlenül, hiszen a jó munkahelyi légkör, a segítőkész munkatársak, a kollegialitás a munkával való elégedettségnek is fontos tényezője (*Pikó* és *Piczil*, 1998). Érdemes lenne az orvosok és a paramedikális személyzet tagjai közötti jó viszonyt erősíteni, így talán többen fordulnának az orvosokhoz segítségért feszültséget okozó szakmai helyzetekben, és kevesebben vinnék haza a problémát. Ugyanakkor el kellene oszlatni azt a tévhitet, miszerint az egészségügyben dolgozók lelki betegsége szégyen, és a pszichológussal való segítő kapcsolat stigmatizáló jellegű. Szakirodalmi megállapítások szerint a fel nem dolgozott, vagy a nem megfelelően feldolgozott feszültségek nagy szerepet játszanak abban, hogy a segítő foglalkozásúak körében gyakran előforduló, testi tünetekkel, egészségkárosító magatartásokkal és a hivatásból való kiábrándulással járó kiégés kialakuljon (*Bencés*, 2006; *Fekete*, 1991; *Hegedűs*, 2000; *Kovács*, 2006; *Némethné*, 2001; *Pálfiné*, 2003; *Piczil* és *Pikó*, 2003; *Szemlédy*, 2004; *Szicsek*, 2004).

A saját egészségi állapot megítélése és az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága a szegedi kórházi szakdolgozók körében

Eredmények

Az ápolás, gyógyítás folyamatában való részvétel teljes embert kíván, aki a testi és lelki jóllét állapotában végzi munkáját. Ezért különösen fontos annak ismerete, hogy a vizsgált populációnak milyen az egészségi állapota, vannak-e jelen körükben, és ha igen, milyen mértékben, egészségkárosító magatartások. A *49. táblázat* az egészségi állapot önminősítésének adatait mutatja

49. táblázat. Az egészségi állapot megítélése, önminősítése (százalékos megoszlás) (n=201)

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNMINŐSÍTÉSE HASONLÓ KORÚAKKAL ÖSSZEHASONLÍTVA			
Kiváló	**Jó**	**Éppen megfelelő**	**Rossz**
9,1	46,2	36,6	8,1

A válaszadók egészségi állapotának önminősítése kapcsán a megkérdezettek nagy része úgy véli, hogy kortársaihoz viszonyítva nincs igazán jó állapotban. Mindössze 9,1% azok aránya, akik kiválónak értékelik egészségük jelen állapotát, míg a jó minősítést a szakdolgozók 46,2%-a jelölte meg. Éppen elfogadhatónak érzi egészségi állapotát a megkérdezettek 36,6%-a, ez az állapot pedig egyértelműen rossz 8,1 %-uk szerint. Ez az adatsor azért is figyelmet érdemel, mert önértékelésük nagyban kihat(hat) munkával kapcsolatos attitűdjeikre, közérzetükre és világlátásukra is.

Felvetődik a kérdés, hogy a kórházi hierarchiában való elhelyezkedés milyen módon befolyásolja az egészségi állapotot, illetve annak megítélését. Az ezzel kapcsolatos adatokat az *50. táblázat*ban találjuk.

50. táblázat. Az egészségi állapot megítélése beosztás szerint (százalékos megoszlás) (n=201)

	KIVÁLÓ %	**JÓ %**	**ELFOGADHATÓ %**	**ROSSZ %**
Ápoló	11,8	46,3	36,4	5,5
Főnővér	-	18,2	72,7	9,1
Asszisztens	2,6	51,3	35,9	10,2
Orvosírnok	11,2	44,4	33,3	11,1
Beteghordó	33,3	50,0	16,7	-
Egyéb szakdolgozó	4,5	50,0	27,3	18,2

Az adatok azt mutatják, hogy az egyik leginkább veszélyeztetett csoportot a főnővérek jelentik, közülük senki sem minősítette egészségi állapotát kiválónak, ugyanakkor igen nagy arányuk vélekedik úgy, hogy jelen egészségi státusza még éppen elfogadható (72,7%). Nagy valószínűséggel a munkájukkal járó nagyfokú stressz, a feladatok koordinálása közben tapasztalt szervezési és működési bizonytalanságok nagymértékben hatnak közérzetükre, és ezzel együtt egészségi állapotukra is. Legrosszabbnak az egyéb szakdolgozók ítélték meg saját egészségi állapotukat, de jelentős az orvosírnokok és az asszisztensek aránya is ebben a csoportban. Legjobb helyzetben a beteghordók vannak, körükben senkit nem találunk, aki rossznak érezné egészségi állapotát, viszont igen magas

körükben azok aránya, akik a kiváló minősítést választották (33,3%). Ők jelentik azt a réteget, akik kevesebbet szembesülnek a betegek problémáival, és kevesebb felelősség terheli őket a gyógyítás folyamatában is.

Az egészség önértékelésében nagy szerepet játszik az, hogy az egészségügyben dolgozók szembesülnek-e, és ha igen, milyen gyakorisággal pszichoszomatikus tünetekkel (*51. táblázat*). E tünetek előfordulását vizsgálva ismét szem előtt kell tartanunk azt a tényt, miszerint az ágazatban tevékenykedők gyakran találkoznak olyan helyzetekkel, amelyek pszichésen és szomatikusan megterhelést jelentenek egészségükre nézve.

51. táblázat. Pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

AZ ELMÚLT 6 HÓNAP SORÁN MILYEN GYAKRAN

	GYAKRAN	IDŐNKÉNT	RITKÁN	SOHA
Volt idegfeszültségből eredő fejfájása?	30,6	25,5	25,5	18,4
Volt hát vagy derékfájása?	46,4	29,1	16,3	8,2
Voltak alvási problémái?	33,3	24,1	22,1	20,5
Érezte magát kimerültnek, gyengének?	44,8	35,1	16,0	4,1
Volt gyomorégése, gyomorfájása?	29,2	24,1	22,1	24,6
Volt idegességből eredő hasmenése?	12,4	14,9	33,0	39,7
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása?	24,0	24,5	24,5	27,0

A szegedi kórházi szakdolgozók leginkább hát- és derékfájásról, valamint kimerültségről és alvási nehézségekről számolnak be. Hát- és derékfájással gyakran küzd 46,4%-uk, kimerültségről panaszkodik gyakran 44,8%-uk, míg az alvási nehézségek 33,3%-uknál jelentenek gyakori problémát. Ezek a szimptómák összefüggésben állnak a megterhelő fizikai munkával és a több műszakos munkarend okozta nehézségekkel. Sokan küzdenek fejfájással és pszichés eredetű gyomorfájással is (30,6%, ill. 29,2%). Ezek a tünetek minden bizonnyal összekapcsolódnak a munkavégzés során tapasztalt és

elszenvedett nagyfokú stresszel, hasonlóan a palpitációhoz és az idegességből eredő hasmenéshez (24,0%, ill. 12,4%).

Az egészségügyben dolgozók különbözőképpen próbálnak megküzdeni a mindennapos nehézségekkel. Sajnálatos módon azonban a szorongás, az idegesség, és a pszichoszomatikus tünetek enyhítésére irányuló vágy gyakran kapcsolódik össze az egészségkockázati magatartással. A dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nyugtatók, altatók szedése a magyar társadalomban az elfogadott feszültségcsökkentő technikák közé tartozik. A káros szenvedélyek jelenlétének ismerete az egészségügyben dolgozók körében azért is kiemelt jelentőségű, mert ők tisztában vannak az egészségkárosító szerek használatának káros következményeivel, ugyanakkor feladataik között tartjuk számon a prevenciót és a betegek életmódjának helyes irányba való terelését is.

A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát az egészségügyi szakdolgozók körében az *52. táblázat* mutatja.

52. táblázat. Egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

DOHÁNYZÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	**%**
Nem	48,7
Alkalmanként	6,1
Rendszeresen napi 1-2 szálat	2,0
Rendszeresen napi 10 szál alatt	12,2
Rendszeresen napi 10-20 szálat	25,4
Rendszeresen napi 20 szál fölött	5,6
ALKOHOLFOGYASZTÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	
Egyáltalán nem	41,4
Alkalmanként	54,0
Hetente 1-2 alkalommal	2,5
Naponta	2,1

A dohányzás előfordulásának gyakoriságát illetően örvendetes, hogy a válaszadó szakdolgozók csaknem fele soha nem gyújt rá, ugyanakkor azt a tényt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a válaszadók 51,3%-a jelezte, hogy több-kevesebb rendszerességgel dohányzik. Az elszívott cigaretta mennyiségét illetően nagy a szórás. Figyelmet érdemelnek azok, akik nem sorolhatók a rendszeres dohányosok körébe (6,1%), esetükben érdemes lenne tovább vizsgálódni abba az irányba, hogy a napi néhány cigaretta elszívását mi motiválja. Azok esetében, akik napi egy doboz cigarettánál többet szívnak

(5,6%), azért is nehéz a leszokásról való meggyőzés, mert társadalmunkban sajnálatos módon az elfogadott feszültségoldó technikák közé sorolható a dohányzás. Ha igaz az állítás, miszerint az egészségügy egy olyan ágazat, ahol mindennapos a stressz, állandó a feszültség, akkor még nagyobb nehézségekbe ütközik e káros szenvedély feladására irányuló meggyőzés.

Hasonlóan a dohányzáshoz, az alkoholfogyasztással kapcsolatban is elmondható, hogy a magyar társadalomban – annak ellenére, hogy ismeretesek a fogyasztással és annak következményeivel kapcsolatos statisztikai adatok – elfogadott ez a magatartás, léte összefügg(het) a nehézségek elől való meneküléssel, illetve a problémák megoldására irányuló késztetéssel. A táblázat adataiból kitűnik, hogy a megkérdezettek 54,0 %-a alkalmanként fogyaszt alkoholt, és igazán figyelemre méltó azok aránya, akik heti vagy napi (!) rendszerességgel nyúlnak a pohárhoz (2,5%, ill. 2,1%).

Informatív annak ismerete is, hogy Szeged kórházi dolgozói milyen rendszerességgel szednek nyugtatót, altatót és egyéb élénkítő szereket (*53. táblázat*).

53. táblázat. Nyugtatók, altatók, élénkítőszerek szedésének gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

SZED-E	**IGEN, RENDSZERESEN**	**HETI 1-2 ALKALOMMAL**	**HAVI 1-2 ALKALOMMAL**	**NEM**
Nyugtatót	1,4	2,5	4,8	91,3
Altatót	0,5	1,9	2,9	94,7
Élénkítőszert	3,8	2,9	4,8	88,5

Az adatokat tanulmányozva levonhatjuk azt a következtetést, miszerint a szegedi kórházi szakdolgozók körében nem elterjedt a nyugtatók, altatók és élénkítőszerek szedése. Nyugtatót soha nem szed a válaszadók 91,3%-a, altatót 94,7%-uk, míg az élénkítőszerek szedését 88,5%-uk mellőzi teljesen. Ami a rendszeres használatot illeti, a szakdolgozók 1,4%-a nyugtatót, 0,5%-a altatót, 3,8%-a pedig élénkítőszert hív segítségül a feszültség és az alvászavarok enyhítése érdekében.

A káros szenvedélyek közé tartozhat a túlzott koffeinfogyasztás is. A kávéfogyasztás előfordulási gyakoriságát az *54. táblázat* szemlélteti.

54. táblázat. A kávéfogyasztás gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

SZOKOTT-E KÁVÉT FOGYASZTANI	**%**
Nem	19,2
1-2 csészével naponta	47,0
3-4 csészével naponta	27,3
5-6 csészével naponta	4,0
6 csészénél többet	2,5

A kávéfogyasztás az a káros szenvedély, amelynek a legtöbben hódolnak, a fogyasztástól élénkséget várva. A koffeinfogyasztás tényét és mennyiségét vizsgálva láthatjuk, hogy igen magas azok aránya, akik a rendszeres fogyasztók táborába tartoznak. A válaszadók 80,8%-a naponta iszik kávét, közülük igen sokan több csészével is fogyasztanak, nagy valószínűséggel azért, hogy frissebbnek, élénkebbnek érezzék magukat munkavégzés közben. Azok aránya, akik napi 5-6 csészével fogyasztanak 4,0%, míg a megkérdezettek 2,5%-a 6 csészénél is többet iszik naponta.

Megbeszélés

Hazai és külföldi vizsgálatok egyaránt bizonyították, hogy a három műszak, a szervezési bizonytalanságok, a gyakran fellépő hiányállapotok, a nem megfelelő kommunikáció, a feszültséggel terhes munkahelyi kapcsolatok és az alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés gyakran idéznek elő feszült helyzeteket, amelyek megoldása az esetek jelentős százalékában nem megnyugtató a felek számára (*Hegney, Plank* és *Parker*, 2006; *Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000). Abban az esetben pedig, ha egyáltalán nem oldódik meg a probléma, vagy csak félmegoldások születnek, a feszültség tovább kummulálódik, és akár pszichoszomatikus tünetek formájában is felszínre törhet (*Molnár*, 2002; *Sabo*, 2006).

A szegedi kórházi szakdolgozók között 44,7% azok aránya, akik úgy vélik, hogy egészségi állapotuk éppen megfelelő vagy rossz, és a válaszadóknak csupán 9,1%-a ítéli egészségének állapotát kiválónak. A főnővérek között nem találtunk senkit, aki egészségi állapotát kiváló minősítéssel illette volna. A vizsgált populációban igen magas a hát- és a derékfájás, valamint a kimerültség előfordulásának gyakorisága, de a stressz előidézte fejfájás, gyomorfájás és alvászavar is gyakori.

Vizsgálatunk adataiból az is kitűnik, hogy az egészségügyben dolgozók körében az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága számottevő.

Figyelemfelkeltőek azok az információk, melyek szerint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és adott esetben a túlzott koffeinfogyasztás általános jelenség. Ez a tény is azt példázza, hogy - az egészségügyben dolgozó többi kollégájukhoz hasonlóan - a problémák megoldásának nem igazán adekvát módjait választják vizsgálatunk résztvevői (*Fekete*, 1991; *Pálfiné*, 2002). Nagy valószínűséggel azért teszik ezt, mert nem áll rendelkezésükre semmilyen más, formálisan szervezett, és a szakmaiság szempontjait figyelembe vevő adekvát módszer.

A felsorolt tünetek előfordulásának gyakoriságát mutató számadatok figyelmeztetőek lehetnek a kórházmenedzsment számára is, hiszen e szimptómák megjelenése és tartós fennállása hozzájárulhat a dolgozók rossz közérzetéhez, és ronthatja a munkateljesítményt. Érdemes lenne megkeresni azokat a módszereket, melyek segítségével oldható lenne a munkahelyi stressz, és a kórház dolgozói számára nyilvánvalóvá válna, hogy problémáik megoldásában partnert találnak munkaadójuk személyében. (*Hegedűs*, 2000; *Szverle*, 2006; *Temesváry*, *Pataki*, *Kalmárné* és *Zimányi*, 1996). Érdemes lenne megfontolni esetmegbeszélő csoportok szervezését, ahol a szakdolgozók elmondhatnák esetleges problémáikat, beszámolhatnának megoldatlan konfliktusaikról, és esetleg ezek megnyugtató rendezésére is sor kerülhetne a csoportülések alkalmával. Ez esetben talán megnyugtatóbban nyilatkoznának saját egészségi állapotukkal kapcsolatban is.

Az életmód, az életkörülmények legfőbb jellemzői és a rekreáció lehetőségei a szegedi kórházi szakdolgozók körében

Eredmények

A munkavégzés szervezeti kereteinek és a munkakörülményeknek a vizsgálata igen gyakori az egészségügyben dolgozók körében, viszont keveset tudunk szociális helyzetükről és a szabadidős tevékenységeikről.

1. Élet- és lakáskörülmények

Az életminőség fontos dimenzióját jelentik a lakhatás körülményei, ezért fontos lehet annak felmérése, hogy az alacsony jövedelmek hogyan befolyásolják a lakásviszonyokat a szegedi kórházi szakdolgozók körében. (*55. táblázat*)

55. táblázat. A válaszadó lakásának tulajdonjoga (százalékos megoszlás) (n=201)

LAKÁS TULAJDONJOGA	**%**
Saját tulajdonú	73,6
Önkormányzati bérlakás	5,1
Egyéb bérlakás (pl. albérlet)	10,2
Nővérszállás	2,5
Egyéb	8,6

A vizsgálat adataiból az az örvendetes tény derül ki, hogy a válaszadók lakáskörülményei kielégítőnek mondhatók. A megkérdezett kórházi szakdolgozók többsége saját tulajdonú lakásban él (73,6%), és viszonylag alacsony azok aránya, akik bérlakásban, albérletben laknak (10,2%), illetve a nővérszálló szolgáltatásait kénytelenek igénybe venni (2,5%).

A lakás jellegét illetően (*56. táblázat*), többségben vannak a kertes családi házban lakók (40,1%), bár magas azok aránya is, akik a ma már többnyire nem túl jó minőségű panellakásokban élnek (36,0%). A szűkös kereseti lehetőségek, az egészségügyben már közhelyszerűnek számító alacsony bérek nem igazán kedveznek a lakásmobilitásnak. Ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a megkérdezés időpontjában a szegedi egészségügyi szakdolgozók átlagkeresete 45.125 Forint volt, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy a megélhetés költségei egyre nagyobb terheket rónak az ágazatban tevékenykedőkre. (A vágyott összeg, amelyből érzésük szerint megvalósítható lenne egy viszonylag gondtalan élet, kb. 100.000 Ft. lenne.)

56. táblázat. A válaszadó lakásának jellege (százalékos megoszlás) (n=201)

A LAKÁS JELLEGE	**%**
Kertes családi ház	40,1
Panellakás	36,0
Társasházi lakás	13,7
Házrész	4,1
Tanya	2,0
Egyéb megoldás	4,1

A válaszadók 59,3%-a házastársával, élettársával és gyerekével/gyerekeivel osztja meg lakását (*57. táblázat*). 17,8% azok aránya, akik szüleikkel élnek, a szakdolgozók 6,6%-a baráttal, 4,6%-uk más rokonnal él, az egyedül élők pedig 11,7%-ban fordultak elő a megkérdezettek között. Az a tény, hogy a válaszadók több mint fele házas- illetve élettárssal él, abban a tekintetben is fontos, hogy a megértő, támogató társ a szupportív

rendszer fontos elemét képezheti a megterhelő munkát végző egészségügyi szakdolgozók számára. A házastárs és az élettárs szerepe meghatározó lehet abban a tekintetben is, hogy az összeadódó keresetek megkönnyítik a megélhetést és van kivel megosztani a gyermekek eltartásának költségeit is.

57. táblázat. A válaszadó háztartásának összetétele (százalékos megoszlás) (n=201)

KIVEL ÉL EGY HÁZTARTÁSBAN?	**%**
Házastárssal/élettárssal/ gyermekkel	59,3
Szüleivel	17,8
Más rokonnal	4,6
Barátokkal, ismerősökkel	6,6
Egyedül	11,7

Megkönnyítheti az egészségügyben tevékenykedő és egyébként igen leterhelt szakdolgozók életét, ha háztartásukban vannak olyan tartós fogyasztási cikkek, amelyek lerövidíthetik a háztartási munka idejét, illetve segíthetik a feltöltődést. Az ezekkel való ellátottságot mutatja az *58. táblázat*.

58. táblázat. A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság (százalékos megoszlás)

TARTÓS FOGYASZTÁSI CIKK	**IGEN %**	**NEM %**
Televízió	94,9	5,1
Automata mosógép	71,7	28,3
Hűtőszekrény	97,0	3,0
Porszívó	92,9	7,1
Videomagnó	57,4	42,6
CD-lejátszó	29,9	70,1
Magnó	70,4	29,6
Mosogatógép	3,1	96,9
Mikrohullámú sütő	48,5	51,5
Fagyasztóláda	45,7	54,3
Számítógép	25,4	74,6
Autó	34,5	65,5

Meglepő, hogy a megkérdezettek közül néhányan olyan fogyasztási cikkeket kénytelenek nélkülözni, amelyek az átlagos magyar háztartások nagy részében megtalálhatók. A relatív depriváció érzése tovább fokozhatja a rossz közérzetet és az elégedetlenséget. Valószínű, hogy az alulfizetettség rovására írható, hogy a dolgozók egy része nem rendelkezik automata mosógéppel (28,3%), fagyasztóládával (54,3%),

mikrohullámú sütővel (51,5%). Legtöbbjük számára a mosogatógép megvalósíthatatlan vágyálom (96,9%). Kevés azon háztartások száma, ahol a tájékozódást, gyors információáramlást szolgáló és a gyermekek számára a tanulásban is egyre fontosabbá váló számítógép megvásárlása és birtoklása alapszükséglet (25,4%). A szabadidő eltöltésében, a kikapcsolódásban is szerepet játszó videomagnó, CD-lejátszó ugyancsak sok háztartásban nélkülözött cikk (42,6%, ill. 70,1%). Autót – mely adott esetben a szabadidő eltöltésének változatosabbá tételében is szerepet játszhat – a válaszadók 65,5%-a nem birtokol.

2. Rekreációs tevékenységek

A feltöltődés igénye, a szabadidő tartalmas eltöltésének vágya a társadalom valamennyi tagja számára fontos, ám a vizsgálati eredmények arra engednek következtetni, hogy a szegedi egészségügyi szakdolgozók ezen a téren is hátrányos helyzetben vannak. A szabadidős tevékenységek előfordulásának gyakoriságát az *59. táblázat* mutatja.

59. táblázat. A szabadidős tevékenységek előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉG	**SOHA**	**ALKALMANKÉNT**	**GYAKRAN**
Mozi	31,1	56,3	12,6
Színház	36,8	44,7	18,5
Olvasás	16,1	45,3	38,6
TV nézés	19,1	37,1	43,8
Baráti összejövetel	7,9	74,7	17,4
Sport	30,9	48,9	20,2
Kézimunka	41,0	36,7	22,3

Az adatokból kitűnik, hogy színházba és moziba a válaszadók 36,8%-a, ill. 31,1%-a soha nem jár. A sportolás lehetőségét a szakdolgozók 30,9%-a nélkülözi, de az olvasás és a tv-nézés is többek életéből teljesen kimarad (16,1%, ill. 19,1%). Sajnálatos módon, a megkérdezettek 74,7%-a baráti összejövetelekre is csak alkalmanként tud sort keríteni. A sok és nehéz munka indokolttá tenné, hogy a kórház dolgozói évente legalább egyszer lakó- és munkahelyüktől távol tudjanak nyaralni, pihenni. Ez azonban a kérdezést megelőző öt évben 46,4%-uknak nem adatott meg. Akik el tudtak menni nyaralni, többnyire a belföldi pihenést választották.

A tények ismeretében, az eddig ismertetett kutatási adatok tükrében adekvát a kérdés: szükséges-e a megélhetés költségeinek előteremtése, a magasabb életszínvonal elérése

érdekében a megkérdezetteknek a kórházi tevékenységük mellett más munkát vállalni? A kérdésre adott válaszokat a *60. táblázat* tartalmazza.

60. táblázat. A kórházi munkán kívüli munkavégzés gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=201)

MUNKAVÁLLALÁS A KÓRHÁZI MUNKA MELLETT	%
Nem	59,2
Igen, szakmabeli munkát	9,2
Igen, egyéb munkát	31,6

A válaszadók 40,8%-a a kórházban végzett munka mellett végez egyéb munkatevékenységet is. 9,2% azok aránya, akik szakképzettségüknek megfelelő munkát vállalnak, míg a szegedi egészségügyi szakdolgozók 31,6%-a más jellegű munkatevékenységgel jut kiegészítő jövedelemhez Ez gyakran biztosítási munkát, illetve gyermekfelügyeletet jelent, ami pihenés helyett újabb terheket ró az egészségügyben tevékenykedő munkavállalóra.

Megbeszélés

Az egészségügyben dolgozók munkakörülményeinek feltárása mellett annak vizsgálatára is figyelmet kell fordítani, hogy miként alakulnak életkörülményeik, hogyan szerveződnek rekreációs tevékenységeik (*Horváth* és *Rigó*, 2002; *Lengyel* és *Tóth*, 2001; *Sasváriné*, 2001). Az alacsony bérszínvonal ismeretében meglepőnek, egyben örvendetesnek tűnik, hogy a szegedi kórházi szakdolgozók magas arányban birtokolnak saját tulajdonú lakást (73,6%), és viszonylag alacsony, 2,5% azok aránya, akik nővérszállón kénytelenek élni. A lakások jellegét tekintve többségben vannak a kertes családi házak, de többen laknak lakótelepi panellakásban is. Legtöbben házastársukkal/élettársukkal és gyermekeikkel osztják meg lakásukat. A lakások felszereltsége nem mondható kielégítőnek, pedig szerencsés lenne, ha a leterhelt, több műszakban dolgozó egészségügyi dolgozók – akik többsége nő – háztartási munkák végzésére fordított idejét lecsökkentenék a háztartási gépek, a tartalmas szórakozást, feltöltődést pedig szórakoztató elektronikai cikkek szolgálnák. Azonban többen nélkülözik az automata mosógépet, fagyasztóládát, mikrohullámú sütőt, és alig vannak néhányan, akik rendelkeznek mosogatógéppel. Több háztartásból hiányzik a CD-lejátszó, a számítógép, és csak kevesek mobilitását könnyíti meg autó.

A szabadidő eltöltésével kapcsolatosan sem lehetünk elégedettek: a több műszak okozta egyenetlen időbeosztás korlátozza a szabadidő mennyiségét, eltöltésének módjára pedig hatást gyakorol az anyagi helyzet. A válaszadók elsősorban a pénzbe nem kerülő, többnyire otthoni tevékenységeket preferálják, pl. tv-nézés, olvasás, kézimunka. Sajnálatos azonban, hogy a színház- és mozilátogatást többen soha nem engedhetik meg maguknak, de vannak olyanok is, akiknél a baráti összejövetelek sem túl gyakoriak.

A rekreációs tevékenységek szervezését megnehezíti az a tény is, hogy több egészségügyi szakdolgozó (40,8%) a jobb megélhetés érdekében kénytelen a munkaidőn túl is munkatevékenységet végezni. Ez tovább növelheti a stressz fokát, a fáradtságot és tovább ronthatja az egészségi állapotot. A régóta ígért és halogatott bérrendezés több területen pozitív eredményt hozna: egyrészt csökkenne vagy visszaszorulna a túlmunka végzésének kényszere, másrészt a szabadidő tartalmasabb eltöltése válna lehetővé, amely hozzájárulhatna ahhoz, hogy pozitívan gondolkodó, kipihent és egészséges munkavállalók végezhessék a társadalom számára nélkülözhetetlen munkát.

A társas támogatás, a kiégés és az élettel való elégedettség vizsgálata a szegedi kórházi szakdolgozók körében

Eredmények

Mindannyiunk számára fontos, hogy milyen az a szupportív rendszer, amely körülvesz minket, kik azok a személyek, akik problémáink megoldásában segítséget nyújtanak. Különösen hangsúlyossá válik ez a tényező abban az esetben, ha munkahelyünk is kitermel olyan szituációkat, amelyekben nagy szükségünk van mások megértésére és segítségére. Érdemes figyelmet fordítani arra a kérdésre, hogy az egészségügyben dolgozók lelki problémák esetén hová, ki(k)hez fordulnak segítségért. (*61. táblázat*)

Látható, hogy leginkább házastársuk, élettársuk segítségét kérik (44,4%). Ez egyrészt arra hívja fel a figyelmet, hogy lelki támaszkeresés esetén felértékelődik a partner szerepe, másrészt viszont aggasztó, hogy a párkapcsolat megterhelődik a munkahelyi stressz okozta lelki problémákkal. Sokan fordulnak szüleikhez, (31,8), de még nagyobb fontossággal bír egy megértő barát a problémás helyzetben (43,9%). Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, hogy a lelki problémák megjelenése esetén sokan a munkatárstól várnak tanácsot, segítséget, bizonyítván ezzel azt, hogy igen fontos a jó munkahelyi légkör (21,7%). Nem igazán elterjedt a válaszadók körében az, hogy lelki problémák esetén

szakembertől (pszichológustól, pszichiátertől) kérjenek segítséget, de az sem jellemző, hogy lelkészhez vagy családorvoshoz fordulva reméljenek megoldást.

61. táblázat. A társas támogatottság rendszere lelki problémák esetén (százalékos megoszlás)

KIHEZ FORDUL LELKI PROBLÉMÁK ESETÉN?	**%**
Házastárs, élettárs	44,4
Szülő	31,8
Gyerek	15,2
Egyéb rokon	5,1
Barát	43,9
Szomszéd	3,0
Munkatárs	21,7
Pap	3,0
Pszichológus, pszichiáter	2,5
Családorvos	1,5
Senkihez	12,6

Anyagi problémák felmerülésekor kissé másként alakul azok köre, akikhez válaszadóink bizalommal fordulnak. (*62. táblázat*)

62. táblázat. A társas támogatottság rendszere anyagi problémák esetén (százalékos megoszlás)

KIHEZ FORDUL, HA ANYAGI PROBLÉMÁI VANNAK?	**%**
Házastárs, élettárs	29,8
Szülő	43,4
Gyerek	6,1
Egyéb rokon	4,5
Barát	10,7
Szomszéd	2,0
Munkatárs	3,0
Munkahely (pl. illetményelőleg)	11,6
Pénzintézet (pl. bank)	27,3
Önkormányzat (pl. segélyek)	6,1
Senkihez	15,9

Ami az anyagi gondok csökkentésével kapcsolatos módozatokat illeti, a kutatás adatai szerint még inkább beszűkülnek a megoldás lehetőségei. A válaszadók 29,8%-a veszi igénybe házastársa, 10,7%-a barátja segítségét, de leginkább a szülőktől remélnek támaszt

anyagi nehézségek esetén (43,4%). Sokan preferálják az ilyenkor szokásos intézményes megoldásokat: pénzintézethez fordulnak, vagy a munkahelyükön lehetséges áthidaló megoldásokhoz folyamodnak. Ez a megkérdezettek 27,3%-ra, ill. 11,6%-ra jellemző. Gondolatébresztő és aggasztó, hogy viszonylag magas azok aránya, akik akár a lelki, akár az anyagi gondok esetében senki terhére nem szeretnének lenni, vagy esetleg nincs a környezetükben olyan személy, aki segítséget nyújthatna a bajban.

Végezetül, érdemes arról is beszélni, hogy az élettel való elégedettség megítélésében milyen tényezők a meghatározók, illetve az egyes tényezők milyen módon függenek össze, milyen kölcsönhatásban állnak egymással. Először vizsgáljuk meg az egészségi állapottal kapcsolatba hozható változók és az élettel való elégedettség mértékének összefüggéseit. A *63. táblázat* adataiból kitűnik, hogy az élettel való elégedettség negatívan korrelál a dohányzással, a pszichoszomatikus tünetek meglétével és a kávéfogyasztással, pozitívan az egészség önértékelésével. Az érzelmi kimerültség esetén negatív a kapcsolat a pszichoszomatikus tünetek fennállásával, az egészség önértékelésével, az élettel való elégedettséggel és a kávéfogyasztással. Az érzelmi kimerültség pozitívan korrelál a dohányzással. Ami az elszemélytelenedés érzését illeti, ez esetben negatív a korreláció az egészség önértékelésével és az élettel való elégedettség tényezőjével. Pozitív korrelációs kapcsolatban áll az elszemélytelenedés a pszichoszomatikus tünetekkel, a dohányzással és az alkoholfogyasztással. Végül az is megállapítható, hogy a személyes teljesítmény nagymértékben összefügg az élettel való elégedettséggel, ugyanakkor kapcsolata negatív az alkoholfogyasztással, a pszichoszomatikus tünetekkel, a dohányzással és a kávéfogyasztással.

63. táblázat. Az egészségi állapot mutatóinak összefüggése az élettel való elégedettséggel és a kiégettségi faktorokkal (korrelációelemzés)

	Élettel való elégedettség	**Érzelmi kimerültség**	**Elszemélytelene-dés**	**Személyes teljesítmény**
Dohányzás	-,193**	,15**	,25***	-,17*
Alkohol	-,03	,08	,20**	-,18**
Kávé	-,15*	-14*	,07	-,15*
Pszicho-szomatikus tünetek	-,23***	-50***	,32***	-,18**
Egészség önértékelése	,18**	-,32***	-,20**	,14*
Élettel való elégedettség	-	-,28***	-,16*	,26***

Az élettel és munkával való elégedettség kapcsolatát összefüggésbe hozhatjuk az iskolai végzettséggel, az egészségügyben eltöltött évek számával, a hivatás társadalmi presztízsének megítélésével, valamint a kiégés három faktorával. A *64. táblázat* az említett változók korrelációs mátrixát tartalmazza.

64. táblázat. A változók korrelációs mátrixa

	ÉLETTEL VALÓ ELÉGE-DETTSÉG	MUNKÁVAL VALÓ ELÉGE-DETTSÉG	ISKOLAI VÉGZETT-SÉG	TÁRS. PRESZ-TÍZS MEGÍTÉ-LÉSE	ÉRZELMI KIME-RÜLTSÉG	ELSZE-MÉLY-TELE-NEDÉS	SZEMÉLYES TELJESÍT-MÉNY
Élettel való elégedettség	-	-	-	-	-	-	-
Munkával való Elégedettség	0,32***	-	-	-	-	-	-
Iskolai végzettség	0,22**	-0,07	-	-	-	-	-
Társadalmi Presztízs megítélése	0,21**	0,08	0,01	-	-	-	-
Érzelmi kimerültség	- 0,35***	-0,53***	-0,06	-0,11	-	-	-
Elszemélytelenedés	0,15*	-0,41***	-0,08	-0,03	0,59***	-	-
Személyes teljesítmény	0,32***	0,43***	0,08	0,04	- 0,45***	- 0,37***	-
Egészségügyben eltöltött évek száma	0,09	0,07	0,09	-0,11	0,11	0,01	0,08

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

A táblázat azt mutatja, hogy az élettel való elégedettség szorosan összefügg mindhárom kiégés faktorral, de legerősebben az érzelmi kimerültséggel. A személyes teljesítmény mértéke az életelégedettséget növeli, de sajnálatos módon az elszemélytelenedés is pozitív módon függ össze az élettel való elégedettséggel, aminek a hátterében a fásultság, közömbösség állhat. Igen szoros a kapcsolat az érzelmi kimerültség, valamint a munkaelégedettség között, de összességében mindhárom kiégés faktor igen szoros kapcsolatot mutat a munkával való elégedettséggel. Az iskolai végzettség és a presztízs megítélése nem függ össze a kiégés faktorokkal. Az egészségügyben eltöltött évek száma egyik munkakörnyezeti jellemzővel sem függ össze.

65. táblázat. Regresszióelemzés az élettel való elégedettség és a munkakörnyezeti változók közötti kapcsolat értelmezéséhez

	ÉLETTEL VALÓ ELÉGEDETTSÉG		
	1. modell	2. modell	3. modell
Kiégés elemei			
Érzelmi kimerültség	-0,31***[a]		-0,22
Elszemélytelenedés	0,09		0,09
Személyes teljesítmény	0,22**		0,11
Egyéb munkakörnyezeti tényezők			
Munkaelégedettség		0,32***	0,20*
Iskolai végzettség		0,23**	0,21**
Munkavégzés ideje		0,13*	0,13
Presztízs megítélése		0,17*	0,14
Konstans	7,992	-2,338	0,00
R^2	0,17***	0,20***	0,24***

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; egyoldalú próba

Az élettel való elégedettség többváltozós regressziós modelljeit tanulmányozva az első oszlopban a kiégés faktorai láthatók, mint független változók (*65. táblázat*). A három faktor közül az érzelmi kimerültség rontja leginkább az életelégedettség mértékét, míg a személyes teljesítmény érzése növeli azt. Az elszemélytelenedés itt már nem függ össze az életelégedettséggel. A második oszlopban az egyéb munkakörnyezeti tényezők hatását jellemző standardizált regressziós együtthatókat (béta) olvashatjuk. Az élettel való

elégedettségre a legnagyobb mértékben a munkaelégedettség hat. Ezenkívül az iskolai végzettség, a társadalmi presztízs magasabb megítélése, valamint az egészségügyben eltöltött évek száma is növeli az elégedettség szintjét. A harmadik oszlopban az összes független változó együttes hatását elemeztük. A kiégés faktorai közül az érzelmi kimerültség maradt egyedül szignifikáns, az egyéb változók közül pedig a munkaelégedettség, valamint az iskolai végzettség növeli az élettel való elégedettséget. A bevitt változók a variancia 24 %-át magyarázták meg.

Ha a válaszadók elégedettségét más aspektusból is meg akarjuk vizsgálni, érdemes a pályakép irányából megközelíteni a kérdést: választaná-e ismét az ápolói hivatást a válaszadó, illetve ajánlaná-e jelenlegi munkáját pályaválasztás előtt álló ismerősének? A válaszokat a *66.* és *67. táblázat* mutatja.

66. táblázat. A pálya ismételt választásának lehetősége (százalékos megoszlás) (n=201)

EGÉSZSÉGÜGYBEN VÉGZETT MUNKA ISMÉTELT VÁLASZTÁSA	**%**
Habozás nélkül újraválasztaná	32,3
Jobban meggondolná	49,8
Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát	17,9

Az adatokat elemezve nyilvánvalóvá válik, hogy a mindennapok során tapasztalt negatívumok nem hagyhatók figyelmen kívül: a megkérdezettek csupán 32,3%-a választaná habozás nélkül újra hivatását. 49,8% azok aránya, akik jobban meggondolnák, hogy ismételten belépjenek-e az egészségügybe, míg a válaszadók 17,9%-a határozottan hátat fordítana az ágazatnak.

Ilyen módon érthető az is, hogy az egészségügyben végzett munkát nem szívesen ajánlanák fiatal ismerőseiknek (*67. táblázat*).

67. táblázat. A pálya választásának javaslata (százalékos megoszlás) (n=201)

EÜ.-BEN VÉGZETT MUNKA JAVASLATA	**%**
Meggyőződéssel ajánlaná	16,1
Kétségei lennének, hogy javasolja-e	65,8
Ellene érvelne	18,1

Csak 16,1% azok aránya, akik meggyőződéssel ajánlanák a munkát, 65,8%-a a válaszadóknak habozna, míg a szegedi kórházakban dolgozók 18,1%-a kifejezetten az ilyen irányú pályaválasztás ellen érvelne.

Végezetül adódik a kérdés: mindent egybevetve, mennyire elégedettek a kutatásban résztvevők munkájukkal? (*68. táblázat*)

68. táblázat. Munkával való elégedettség (százalékos megoszlás) (n=201)

MUNKÁVAL VALÓ ELÉGEDETTSÉG	%
Nagyon elégedett	6,3
Viszonylag elégedett	59,9
Nem túlzottan elégedett	24,0
Egyáltalán nem elégedett	9,8

Legtöbben azok vannak, akik viszonylag elégedettek, ők 59,9%-os aránnyal képviseltetik magukat a mintában. A válaszadók 24,0%-a nem túlzottan elégedett, míg 9,8%-uk egyáltalán nem. Mindössze 6,3%-a mondta azt a szegedi egészségügyi szakdolgozóknak, hogy mindent egybevetve munkájával nagyon meg van elégedve.

Megbeszélés

A szegedi kórházi szakdolgozók körében végzett vizsgálatban arra is választ kerestünk, hogy az élettel való elégedettséget hogyan befolyásolják a pszichoszociális munkakörnyezet olyan változói, mint a kiégés jelensége, a munkaelégedettség, az egészségügyben eltöltött évek száma vagy az ápolói hivatás társadalmi presztízsének megítélése. Az élettel való elégedettség a pozitív pszichológia egyik kitüntetett indikátora, a szubjektív jólét egyik eleme (*Diener, Suh, Lucas* és *Smith,* 1999; *Ryan* és *Deci* 2001). Korábbi vizsgálatok szoros kapcsolatot találtak a pszichoszociális munkakörnyezet és az ápolók testi-lelki egészsége között (*Escriba-Agüir* és *Tenias-Burillo* 2004; *Jeanneau* és *Armelius* 2000; *Leiter* 1992; *Murray* 2002; *Ramirez, Graham, Richard, Cull* és *Gregory,* 1996; *Zammuner* és *Galli* 2005). Viszonylag kevés vizsgálat foglalkozott azonban azzal, hogy a munkakörnyezeti tényezők hogyan hatnak az életelégedettségre. Azok a kutatások, amelyek érintették a témát, szoros összefüggést találtak a munkahelyi stressz, a kiégés jelensége, valamint az élettel való elégedettség között (*Lee, Hwang, Kim* és *Daly,* 2004; *Mackenzie, Poulin* és *Seidman-Carlson,* 2006).

Kutatási eredményeink szintén alátámasztják, hogy a kiégés faktorai jelentős mértékben összefüggenek az életelégedettséggel, és ez az összefüggés különösen erős az érzelmi kimerültséggel kapcsolatban. Ez a kiégés jelenségének az az eleme, amely leginkább kihat

az élettel való elégedettségre, vagyis jelentős mértékben csökkenti azt. Ez összhangban van a témát érintő korábbi kutatási eredményekkel is (*Lee, Hwang, Kim* és *Daly,* 2004). Megjegyzendő az is, hogy a munkaelégedettséggel mindhárom kiégés faktor igen szoros kapcsolatot mutat, és az életelégedettség és a munkaelégedettség is erőteljesen összefügg egymással. Korábbi vizsgálatok is igen erőteljes összefüggést igazoltak a munkaelégedettség és a kiégés között (*Faragher, Cass* és *Cooper*, 2005).

Az egyéb munkakörnyezeti jellemzők közül ki kell emelni az egészségügyben eltöltött évek számát, a társadalmi presztízs megítélését, valamint az iskolázottság mértékét. A társadalmi presztízzsel kapcsolatban elmondható, hogy azok a dolgozók, akik magasabbnak ítélik saját társadalmi presztízsüket, életükkel is elégedettebbek, bár a munkaelégedettségük mértékét ez nem befolyásolja. A magasabb iskolai végzettség nagyobb életelégedettséggel jár együtt, ami szintén nagyrészt független a munkakörnyezet egyéb jellemzőitől, hiszen nem függ össze sem a munkaelégedettséggel, sem a hivatás presztízsének megítélésével.

Összegzésül elmondható, hogy az életelégedettség mint a szubjektív jóllét mutatója, jelentős mértékben függ a pszichoszociális munkakörnyezettől. Leginkább az járul hozzá az élettel való elégedettséghez, ha 1. valaki jónak tartja személyes teljesítményét, 2. összességében elégedett munkájával, 3. régóta dolgozik az egészségügyben, 4. hivatása presztízsét magasnak tartja, 5. magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, 6. még nem tapasztalta meg jelentős mértékben az érzelmi kimerültséget.

Azt a tényt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az élettel való elégedettség az egészségi állapot változóival is összefüggést mutat: negatívan korrelál a dohányzással, a pszichoszomatikus tünetekkel és a kávéfogyasztással, pozitív viszont a kapcsolata az egészség önértékelésével.

Indokolt lenne megerősíteni a válaszadókat körülvevő társas támogató rendszert, hiszen a természetes támaszok nagyon sok esetben védelemként funkcionálhatnak lelki, anyagi vagy egyéb jellegű probléma fennállása esetén. Figyelemre méltó az a tény, hogy a válaszadók közül többen vannak, akik egyik probléma fennállása esetén sem kérnének segítséget, ez pedig jelentősen felemésztheti erőtartalékaikat. Az is elgondolkodtató, hogy lelki gondjaik megoldásához alig vennék igénybe a szegedi egészségügy dolgozói professzionális segítők tudását és tapasztalatát.

Látható tehát, hogy egy igen komplex, összetett feladatról van szó, amelynek megoldásában a kórház menedzsmentje mellett kormányzati szinten is van teendő. A kórház vezetésének szem előtt kell tartani, hogy dolgozói pszichés és szomatikus jól-

létének megteremtéséhez nemcsak az anyagi feltételeket kell biztosítani, hanem fontos lenne a munkaszervezési feladatokkal, a munkatársi kapcsolatok minőségével, a munkahelyen előforduló stresszkeltő helyzetek minimalizálásával és a már meglévő feszültségeket hatékonyan csökkentő módszerek megkeresésével is foglalkozni.

Kormányzati szinten fontos lenne nemcsak az egészségügy és a benne dolgozók presztízsének növelése, hanem olyan stabil, biztonságos, kiszámítható életfeltételek megteremtése is, amelyek megléte esetén csökkenne a stressz, és ezzel együtt meredeken csökkennének az egészségkárosító magatartások jelzőszámai is.

Vajdasági egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

Az empirikus kutatás célkitűzései

A kérdőíves kutatás átfogó célja volt a határon túli, Szerbiában, Szabadkán élő és tevékenykedő egészségügyi szakdolgozók helyzetének felmérése. A kutatással kapcsolatos távlati célunk volt, hogy összehasonlítást végezzünk a szegedi és szabadkai válaszadók státusza között, ezért arra törekedtünk, hogy a feltett kérdések egyezést mutassanak. Ilyen módon Szabadkán is a megkérdezettek pályaorientációja, munkával való elégedettsége, egészségi állapota, valamint szociális helyzete és rekreációs tevékenységei képezték a vizsgálat tárgyát.

Az empirikus vizsgálat során a célkitűzések – hasonlóan a szegedi kutatáshoz – a következők voltak:

1. *Első cékitűzés* volt annak megismerése, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók esetében melyek a pályaválasztással kapcsolatos orientációk, mi jelenti a munkával való elégedettségük, illetve elégedetlenségük okait, hogyan vélekednek a szakma presztízséről, és mi áll az esetleges pályaelhagyással kapcsolatos indítékaik mögött. E témakörön belül a következő kérdéseket tettük fel:

a) Miért választották az egészségügyi pályát?

b) Véleményük szerint hogyan ítélik meg az orvosok és a társadalom tagjai a szakma presztízsét? Hogyan vélekednek saját maguk a hivatásukkal kapcsolatos megbecsültségről?

c) Milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel illetnék az egészségügyben végzett munkát?

d) Gondolkodnak-e azon, hogy feladják hivatásukat, és más munkahelyre mennek dolgozni? Ha kilépnének az ágazatból, miért tennék? A pályán maradást milyen indokokkal magyaráznák?

e) Pályaelhagyás, pályamódosítás esetén milyen munkát végeznének szívesen? Miért választanának új területet?

2. *Második célkitűzés* volt a gyógyító tevékenység végzése közben előforduló pszichés terhek jellegének és mértékének feltérképezése. Ezek feltárására a következő kérdések vonatkoztak:

a) Munkájuk során milyen gyakran szembesülnek a válaszadók lelki megterhelést jelentő helyzetekkel?
b) Szoktak-e segítséget kapni ezekben a szituációkban?
c) Kitől/kiktől várnának több segítséget?

3. A *harmadik cékitűzés*t annak vizsgálata képezte, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók hogyan minősítik egészségük állapotát, és milyen gyakorisággal fordulnak elő körükben rizikómagatartások? A témával kapcsolatos információgyűjtést a következő kérdések segítették:
a) Milyennek ítélik egészségi állapotukat a megkérdezettek kortársaikhoz viszonyítva?
b) Milyen gyakran fordultak elő az elmúlt 6 hónap során egyes pszichoszomatikus tünetek körükben?
c) Szoktak-e, és ha igen, milyen gyakorisággal dohányozni, alkoholt és kávét fogyasztani, illetve szednek-e nyugtatót, altatót és élénkítőszert?

4. *Negyedik célkitűzés*ként szerepelt a szabadkai szakdolgozók szociális helyzetével és szabadidő-eltöltési szokásaival kapcsolatos információgyűjtés A témával kapcsolatban a következőket kérdeztük:
a) Milyen tulajdonú lakásban élnek a válaszadók? Milyen a lakásuk jellege, és kivel élnek együtt?
b) Mennyire felszerelt háztartásuk tartós fogyasztási cikkekkel?
c) Hogyan, milyen tevékenységekkel töltik szabadidejüket?
d) Annak érdekében, hogy anyagi helyzetükön javítsanak, vállalnak-e túlmunkát? Ha végeznek ilyen tevékenységet, milyen jellegűt?

5. Végül *ötödik célkitűzés*ként a társas támogatás és a munkával, élettel való elégedettség témakörében folytattunk adatgyűjtést, a következő kérdések feltevésével:
a) Kihez fordulnak a vizsgálatban résztvevők lelki, illetve anyagi problémák esetén?
b) Mennyire veszélyeztetettek a kiégés szempontjából?
c) Mennyire elégedettek munkájukkal?

Az empirikus kutatás módszertana

A vizsgálatban a Vajdaság területén, Szabadkán dolgozó egészségügyi szakdolgozók vettek részt. Az anonimitást garantáló önkitöltéses kérdőívet 253 fő töltötte ki (az alkalmazott kérdőívet a *2. sz. melléklet* tartalmazza). A kutatásban való részvétel önkéntes volt. A minta kiválasztásában és a vizsgálat lebonyolításában egy, a helyi viszonyokat jól ismerő háziorvos volt segítségünkre.
Az adatok feldolgozása az SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával történt.

A minta jellemzői

A szabadkai válaszadók 90,5%-a nő, 9,5%-a férfi volt. Az átlagéletkor 29 év, a pályán eltöltött évek átlaga pedig 10 év. A családi állapotról elmondható, hogy a mintában 55,8%-kal képviseltetik magukat a hajadonok és a nőtlenek, míg a házasok aránya 31,3%. Élettársi kapcsolatban a szabadkai egészségügyi szakdolgozók 3,0%-a él. A kutatásban résztvevők 7,1%-a elvált, 2,8%-a pedig özvegy. A megkérdezettek 60,5%-ának még nincs gyermeke. Egy gyermeket nevel 16,6%-uk, két gyermeke van a mintában szereplők 21,7%-ának. Érdekességként megemlítendő, hogy a szerbiai megkérdezettek között volt, aki öt, illetve tizenkét gyermekről gondoskodik (0,4% és 0,4%).

Az iskolai végzettség szerinti megoszlásból kiderül, hogy a Szabadkán élő és dolgozó ápolók többsége: 85,4%-a szakközépiskolai végzettséggel rendelkezik, 0,8%-uk pedig szakiskolát végzett. Az ápolói tevékenységet 10,3%-uk általános iskolai végzettséggel, míg 3,5%-uk főiskolai diploma birtokában végzi. Gimnáziumi érettségije egyik ápolónak sincs.

A megkérdezettek beosztását vizsgálva a következő állapítható meg: betegágy melletti ápolóként dolgozik a mintába került szakdolgozók 12,8%-a, főnővér 12,2%, asszisztens 55,1%, orvosírnok 0,5%, beteghordó 0,5%, egyéb szakdolgozó pedig 18,9%.

A műszakbeosztás vizsgálatakor az derült ki, hogy a szabadkai szakdolgozók 60,1%-a állandó délelőttös, illetve 28,4%-uk kétműszakos. 11,0%-uk három műszakos munkarendben dolgozik, és csak kevesen tevékenykednek állandó éjszakai ügyeletben.

Alkalmazott mérőeszközök

Miután a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében végzett kérdőíves felmérés egyik célja volt az adatok összevetése a szegedi kutatás során szerzett információkkal, ezért a szerbiai vizsgálatban alkalmazott kérdőívek egyezést mutatnak a hazai vizsgálatban felhasználtakkal.

a) A szociodemográfiai változók mérése

Ahhoz, hogy a kutatásban résztvevőkkel kapcsolatban ismereteket szerezzünk, leggyakrabban a szociodemográfiai adatokra kérdezünk rá. Jelen esetben a szabadkai egészségügyi szakdolgozókat a következő információk szolgáltatására kértük: nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma, legmagasabb iskolai végzettség, beosztás, az ágazatban eltöltött évek száma.

b) A pályaorientációval kapcsolatos kérdés

Mindenképpen informatív annak feltárása, hogy a határon túli területeken élő, az egészségügyben tevékenykedő szakdolgozók pályaválasztását milyen tényezők motiválták. A pályaorientációt a következő kérdések segítségével vizsgáltuk: ’Miért választotta az ápolói pályát?’ Az alábbi alternatívák közül lehetett választani: 1. A családban hagyománya van 2. A szüleim, ismerőseim tanácsára 3. Szeretek emberekkel foglalkozni 4. Nem tudtam máshol továbbtanulni 5. Nem volt más munkalehetőség 6. Egyéb ok miatt. A vizsgálati alanyoknak a kérdés megválaszolása során lehetőségük volt több válasz megjelölésére is.

c) Az ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdés

Magyarországon az egészségügyben végzett munka társadalmi megbecsültsége alacsony, az ápolói hivatást nélkülözhetetlensége ellenére nem értékelik érdeme szerint a társadalom tagjai. Annak érdekében, hogy a szerbiai helyzetet feltérképezzük, a következőt kértük a vizsgálat résztvevőitől: ’Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét Ön, az orvosok és a társadalom!’ A hétfokozatú skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

d) A munkaelégedettséggel kapcsolatos kérdések

A munkával kapcsolatos elégedettség meghatározó jelentőséggel bír a pályán maradást, vagy az esetleges pályamódosítást eredményező döntések kapcsán. A munkával kapcsolatos véleményeket a következő kérdések segítségével vizsgáltuk:

1. Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 pozitív jellemzőjét!
2. Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 negatív jellemzőjét!

Mindkét esetben a nyitott kérdés alkalmazása mellett döntöttünk, ahol nem voltak előre megfogalmazott válaszlehetőségek, és a vizsgálatban résztvevő szabadon fogalmazhatta meg azokat.

3. ’Mostanában szokott-e gondolkodni azon, hogy feladja hivatását, és más munkahelyre menjen dolgozni?’ Ez esetben arra kértük a kutatás résztvevőit, hogy választásukat indokolják.
4. ’Ha pályát módosítana, milyen munkát vállalna szívesen?’ Ebben az esetben is nyitott volt a kérdés.
5.’Ha határoznia kellene arról, hogy ismételten azt a munkakört kellene választania, amit most betölt, hogyan döntene?’ A válaszlehetőségek: 1. Habozás nélkül újraválasztaná 2. Jobban meggondolná 3. Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát.
6. ’Ha egy ismerőse az Ön munkáját szeretné választani, mit mondana neki?’ Választani az alábbi kijelentések közül lehetett: 1. Meggyőződéssel ajánlaná 2. Kétségei lennének, hogy javasolja-e 3. Ellene érvelne.
7. ’Mindent egybevetve, mennyire elégedett munkájával?’ Ez esetben négy válaszlehetőséget kínáltunk: 1. Nagyon elégedett 2. Viszonylag elégedett 3. Nem túlzottan elégedett 4. Egyáltalán nem elégedett.

e) A lelki megterhelést vizsgáló kérdések

A segítő hivatást gyakorlók, köztük az egészségügyben dolgozók is gyakran találkoznak a munkavégzés során lelki megterhelést jelentő helyzetekkel. Ezek a stresszel teli szituációk alapját képezhetik a kiégés kialakulásának, különösen akkor, ha a feszültség feldolgozása, kezelése nem megfelelő. Ezért is fontos annak ismerete, hogy az ilyen helyzetek milyen gyakorisággal fordulnak elő, kap-e, és kitől várna több segítséget ilyenkor a gyógyítás folyamatában résztvevő egészségügyi szakdolgozó (*Tumulty, Jernigan* és *Kohut*, 1994).

A témával kapcsolatos első kérdés a következő volt: ’Munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek az Ön számára?’ A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

A segítségnyújtás gyakoriságának felmérését a következő kérdés tette lehetővé: ’Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?’ Ismét négy alternatíva közül lehetett választani: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

Az előzővel kapcsolatosan indokolttá válik a következő kérdés: ’Kitől várna több segítséget?’ A felsorolt lehetőségek közül többet bejelölhetett a megkérdezett: 1. Családtagjaimtól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó nővérektől 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Mástól.

f) Az egészségi állapot önértékelése

Azt, hogy a szabadkai szakdolgozók milyennek ítélik meg saját egészségi állapotukat kortársaikhoz viszonyítva, a következő kérdéssel vizsgáltuk: ’Hogyan minősítené egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?’ A négy válaszlehetőség a következő volt: 1. Kiváló 2. Jó 3. Még elfogadható 4. Rossz (*Barsky, Cleary* és *Klerman*, 1992).

g) Pszichoszomatikus skála

Az egészségi állapot vizsgálata kapcsán fontosnak tartottuk annak felmérését, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében előfordulnak-e pszichoszomatikus tünetek, és ha igen, milyen gyakorisággal. Az egyes szimptómák előfordulásának gyakoriságát a következő válaszlehetőségek jelölték: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

A tünetek előfordulásával kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel: ’Az elmúlt 6 hónap során milyen gyakran’ 1. volt idegfeszültségből eredő fejfájása 2. volt hát- vagy derékfájása 3. voltak alvási problémái 4. érezte magát kimerültnek, gyengének 5. volt gyomorégése, gyomorfájása 6. volt idegességből eredő hasmenése 7. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása (*Pikó, Barabás* és *Boda*, 1997)? A vizsgálati személyek a számukra adekvát alternatívákat jelölték be, esetenként akár többet is.

h) A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések

A kérdőív két rizikómagatartási mintára kérdezett rá: a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók, élénkítőszerek és a kávé fogyasztásának gyakoriságára is (*Pikó, Barabás* és *Markos*, 1996).

A dohányzás előfordulását, illetve annak gyakoriságát következő kérdéssel vizsgáltuk: ’Szokott-e dohányozni? Hat választási lehetőség volt: 1. Nem 2. Alkalmanként 3. Rendszeresen, napi 1-2 szálat 4. Rendszeresen, napi 10 szál alatt 5. Rendszeresen, napi 10-20 szálat 6. Rendszeresen, napi 20 szál fölött.

Az alkoholfogyasztás előfordulását, illetve annak gyakoriságát a következő kérdés segítségével vizsgáltuk: ’Szokott-e alkoholt fogyasztani? A válaszlehetőségek a következők voltak: 1. Nem 2. Alkalmanként 3. Hetente egy-két alkalommal 4. Naponta.

A nyugtató-, altató- és élénkítőszer-szedés gyakoriságának felmérését a következő válaszok segítették: 1. Igen, rendszeresen 2. Heti 1-2 alkalommal 3. Havi 1-2 alkalommal 4. Egyáltalán nem.

A kávé fogyasztása igen elterjedt szokás. Kíváncsiak voltunk arra, hogy ez Szabadkán is így van-e. A fogyasztás tényét a következőképpen vizsgáltuk: ’Szokott-e kávét fogyasztani?’, a gyakoriságot pedig a következő válaszlehetőségekkel: 1. Nem 2. 1-2 csészével naponta 3. 3-4 csészével naponta 4. 5-6 csészével naponta 5. 6 csészénél többet.

i) A lakhatás körülményeit vizsgáló kérdések

Az egészségügyben dolgozók elégtelen bérezése gyakran emlegetett tényező a szakma negatívumainak felsorolásakor. Az anyagi megbecsülés alacsony foka, a kevés fizetés az ágazatban dolgozók szociális helyzetére, így a lakáskörülményeire is hatást gyakorol. Feltételeztük, hogy ez a megállapítás a Vajdaságban is helytálló. Ennek igazolására, felmérésére a következő kérdéseket tettük fel:

1. ’Milyen tulajdonú lakásban él jelenleg?’ A következő alternatívákat kínáltuk választásra: 1. Saját tulajdonú 2. Önkormányzati bérlakás 3. Egyéb bérlakás (pl. albérlet) 4. Nővérszállás 5. Egyéb.

2. ’Milyen a lakás jellege, ahol él?’ A típusok: 1. Kertes családi ház 2. Társasházi lakás 3. Panellakás 4. Házrész 5. Tanya 6. Egyéb.

3. ’Kivel lakik közös háztartásban?’ A válaszlehetőségek: 1. házastárssal/élettárssal 2. Gyerekével/gyerekeivel 4. Más rokonnal 5. Barátokkal, ismerősökkel 6. Egyedül.

j) A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságot vizsgáló kérdés

Könnyebbséget jelenthet a házimunkában, ugyanakkor segítheti a szabadidő tartalmasabb eltöltését, ha egy háztartás minél több tartós fogyasztási cikkel, szórakoztató elektronikai termékkel rendelkezik. Ezért is mértük fel azt, hogy a válaszadók háztartásában van-e: 1. Televízió 2. Automata mosógép 3. Hűtőszekrény 4. Porszívó 5.

Videomagnó 6. CD-lejátszó 7. Magnó 8. Mosogatógép 9. Mikrohullámú sütő 10. Fagyasztóláda 11. Számítógép 12. Autó.

k) A rekreációs tevékenységeket vizsgáló kérdések

A feltöltődés, kikapcsolódás nagy jelentőséggel bír a fizikai és lelki értelemben egyaránt megerőltető munkát végző egészségügyi szakdolgozók esetében. A rekreációs tevékenységekkel kapcsolatban a következőket kérdeztük:

1. ’Az elmúlt 5 évben hányszor volt nyaralni?’ Hányszor belföldön és hányszor külföldön?

2. ’Szabadidejében milyen tevékenységekkel próbál kikapcsolódni?’ A következő lehetőségek közül lehetett választani: 1. Mozi 2. Színház 3. Olvasás 4. TV-nézés 5. Baráti összejövetel 6. Sport 7. Kézimunka 8. Kirándulás.

A gyakoriságokat illetően az alábbi kategóriák álltak a válaszadó rendelkezésére: 1. Soha 2. Ritkán 3. Alkalmanként 4. Gyakran.

Jellemző, hogy az ágazatban dolgozók a szűkös kereset kiegészítése céljából munkaidőn túli munkatevékenységet kénytelenek végezni, az e tevékenységre fordított idő pedig a szabadidő rovására megy. Ezért kérdeztünk rá arra, hogy a válaszadó ’Kórházi munkája mellett szokott-e más munkát vállalni?’ A válaszok a következők alternatívák közül kerültek ki: 1 Nem 2. Igen, szakmabeli munkát 3. Igen, egyéb munkát. Ez utóbbi esetben kértük a munka jellegének megjelölését is.

l) A társas támogatórendszer elemeit felmérő kérdések

A segítő hivatást végző egyének számára fontos egy olyan társas támogatórendszer léte, amely támaszt nyújthat nehéz élethelyzetekben. A szabadkai egészségügyi szakdolgozók esetében e rendszer elemeit igyekeztünk feltérképezni akkor, mikor a következő kérdéseket feltettük: 1. ’Kihez fordul, ha lelki problémái vannak’? A következő személyek közül lehetett választani: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Pap 9. Pszichológus/pszichiáter 10. Családorvos 11. Senki. A válaszadó számára lehetővé tettük több személy bejelölését is.

2. ’Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?’ A választás lehetőségei: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Munkahely (pl. illetményelőleg) 9. Pénzintézet (pl. bank) 10. Önkormányzat (pl. segélyek) 11. Senkihez. Ebben az esetben is lehetőség volt több megoldás megjelölésére.

A pályaválasztással kapcsolatos orientációk és a szakma presztízsének megítélése a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében

Eredmények

A pályaválasztás vizsgálata kapcsán felmerül a kérdés: befolyásolja-e a segítő hivatás, az ápolói tevékenység végzését a földrajzi elhelyezkedés, az eltérő kultúra? Milyen motivációk vezérelték a Szerbiában élő egészségügyi szakdolgozókat hivatásuk választásakor? Ezen motivációkról ad tájékoztatást a *69. táblázat*.

69. táblázat. Az ápolói hivatás választásának motivációi a szabadkai ápolók körében (százalékos megoszlás)

AZ ÁPOLÓI HIVATÁS VÁLASZTÁSÁNAK MOTIVÁCIÓI	**%**
A családban hagyománya van	5,9
A szüleim, ismerőseim tanácsára	22,5
Szeretek emberekkel foglalkozni	78,7
Nem tudott máshol továbbtanulni	9,9
Nem volt más munkalehetőség	3,2
Egyéb ok	7,9

Az adatokat vizsgálva megállapítható, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók leginkább azért választották az ápolói hivatást, mert szeretnek emberekkel foglalkozni. A válaszadók 22,5%-a szülők és ismerősök tanácsát megfogadva kezdett el az egészségügyben tevékenykedni, míg 5,9% azok aránya, akik pályaválasztásukkal a családi hagyományokat vitték tovább. A megkérdezettek 9,9%-a nem tudott máshol továbbtanulni, 3,2%-a számára pedig nem volt más munkalehetőség. A megkérdezettek csaknem 8,0%-a egyéb okokat jelölt meg a pályaválasztás motivációit illetően.

A szakma társadalmi megítélésének alacsony fokára gyakran panaszkodnak a Magyarországon dolgozó ápolók; ugyanennek az országhatáron túli megítéléséről a *70. táblázat* közöl adatokat.

70. táblázat. Az ápolói pálya presztízsének több szempontú megítélése

AZ ÁPOLÓI PÁLYA PRESZTÍZSE (MINIMUM: 1, MAXIMUM: 7)	ÁTLAG	SZÓRÁS	MÓDUSZ	MEDIÁN
A válaszadó szerint?	2	2,1	0	2
Az orvosok szerint?	2	2	0	2
A társadalom szerint?	2	1,8	1	2

Érdekesen alakul a válaszadók megítélése hivatásuk presztízsét illetően. A 253 szabadkai egészségügyi szakdolgozó saját munkája társadalmi megbecsültségét igen alacsonyra értékeli, akár az orvosok, akár a társadalom, akár pedig a válaszadó saját szemszögéből közelítjük meg a kérdést Mindhárom esetben a hétfokozatú skálán (ahol az 1-es érték a legalacsonyabb, a 7-es pedig a legmagasabb volt), csupán 2-es átlagértékkel számolhatunk. Ezek az alacsony értékek felvetik azt a kérdést, hogy a válaszadók hogyan minősítik munkájukat, milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel írnák le tevékenységüket? Ezeket a jellemzőket a *71. táblázat*ból ismerhetjük meg.

71. táblázat. A szakma leggyakrabban említett pozitív és negatív jellemzői

POZITÍV JELLEMZŐK	NEGATÍV JELLEMZŐK
Embereken, betegeken segítés lehetősége	Alacsony bérek
Humánum	Megbecsülés hiánya, rossz társadalmi helyzet
Szakértelemmel végzett munka	Nehéz feltételek, fertőzés lehetősége
Felelősség	Nagyfokú stressz

A pozitív jellemzők sorában első helyen találjuk a segítés lehetőségét, azt a jellemzőt, amely már a pályaválasztást is sokaknál motiválta. Fontosnak tartják a szabadkai ápolók a humánumot, a szakértelmet és azt a felelősséget is, amelyet a gyógyítás folyamatában való részvétel során kinyilvánítanak.

A negatívumok, úgy tűnik, országhatártól függetlenek: alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, rossz munkakörülmények, amelyek olykor a fertőzés lehetőségét is közel hozzák a dolgozóhoz, és nagyfokú stressz. Ezek a negatívumok néhány válaszadóban megérlelhetik a pályamódosítás vagy pályaelhagyás gondolatát.

72. táblázat. A hivatás feladásának szándéka (százalékos megoszlás) (n=253)

A HIVATÁS FELADÁSÁNAK SZÁNDÉKA	%
Igen	56,1
Nem	43,9

A *72. táblázat* adataiból az derül ki, hogy 56,1% azok aránya, akiket foglalkoztat a hivatás feladásának gondolata. Arról, hogy mi indokolná a pályaelhagyást, illetve mi tartja még a pályán a válaszadókat, a *73. táblázat* informál.

73. táblázat. A pályaelhagyás és a pályán maradás indokai

A PÁLYAELHAGYÁS INDOKAI	A PÁLYÁN MARADÁS INDOKAI
Alacsonyak a bérek	Szeretik a munkájukat
Hiányzik a megbecsülés	Ehhez értenek, ezt választották
Fárasztó és unalmas a munka, nincs motiváció	Már idősek a változtatáshoz
Mást is ki akarnak próbálni	Nincs más lehetőség
Tanulni szeretnének	

A pályaelhagyás indokai között ott találjuk a szakma negatívumaiként emlegetett tényezőket: az alacsony béreket és a megbecsülés hiányát. Többen említették, hogy fárasztó a munka, és egyre kevesebb a motiváció. Néhányan más területen is szívesen kipróbálnák magukat, vagy tanulni szeretnének még, tovább képezni magukat.

Akik a pályán maradás mellett döntöttek (43,9%), a munka szeretetét nagyon fontosnak tartják, és úgy vélekednek, hogy ha ezt a hivatást választották, ezt tanulták, akkor továbbra is az egészségügyi ágazatban a helyük. Többen vannak azonban, akiknek a pályán maradása kényszerűnek tűnik: egyrészt már idősek a változtatáshoz, másrészt úgy értékelik, hogy a munkaerőpiacon nem találnának új állást, szűkösek a lehetőségeik. Akik a pályamódosítás gondolatával barátkoznak, megjelölték azokat a területeket, ahol szívesen tevékenykednének (*74. táblázat*).

74. táblázat. A pályamódosítás területei

VÁLASZTOTT TERÜLET
Bármi, csak jobban fizessen
Gyermekekkel foglalkozás (óvónői, tanítói munka)
Fodrászat, kozmetika
Kereskedelmi tevékenység
Mindenképpen emberekkel kapcsolatos legyen

Azok, akik változtatnának, mindenképpen a több fizetés reményében tennék ezt, de közkedvelt tevékenység lenne a gyermekekkel való foglalkozás, a fodrászként, kozmetikusként végzett munka, illetve a kereskedelmi szféra is vonzónak tűnik több szabadkai ápoló szemében. Szembetűnő az a tény, hogy e tevékenységek továbbra is az emberekkel való törődést, és – ha más formában is, mint az egészségügyben –, az emberek segítését foglalják magukba.

Megbeszélés

Ha a szabadkai egészségügyi szakdolgozók pályaválasztásával kapcsolatos motivációkat vizsgáljuk, megállapítható, hogy sok pályatársukhoz hasonlóan az emberekkel foglalkozás, betegeken segítés vágya a legdominánsabb tényező (*Kovácsné, Feith* és *Balázs*, 2004; *Kovácsné*, 2008; *Szentgyörgyi*, 2000; *Temesváry, Pataki, Kalmárné* és *Zimányi*, 1996). Vannak, akik szülői tanácsot követve léptek a pályára, de néhányan a családi hagyományokat folytatták akkor, amikor az egészségügyi tevékenységet választották hivatásul. Azok aránya is számottevő, akik gyengébb tanulmányi eredményeik miatt döntöttek az egészségügyi tanulmányok mellett, arra gondolva, hogy az ágazatban jelenlévő munkaerőhiány miatt szívesen fogadják az új jelentkezőket.

Annak ellenére, hogy valóban szükség van minden dolgozóra a gyógyítás folyamatában, úgy tűnik, társadalmi megbecsültségük Szerbiában is elégtelen. A válaszadók megítélése szerint akár a társadalom, akár az orvosok oldaláról vizsgáljuk a presztízs kérdését, annak mértéke nagyon alacsony. Ez a megállapítás természetesen kihat a saját véleményre is, ilyen módon a szabadkai válaszadók sem értékelik magasra hivatásuk presztízsét.

Szakmájuk pozitív jellemzőiről szívesen beszélnek, ezek között továbbra is az emberekkel való törődést, a gyógyítás folyamatában való részvételt és a humánumot

emelik ki, de fontosnak tartják szakértelmük és felelősségük hangsúlyozását is. Sajnálatos módon, e pozitívumokkal szemben nagyon hangsúlyosak a negatívumok. Ezek között a határon túl is első helyen áll az alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés. Többen említették a nehéz feltételek között végzett munkát, amihez – meglepő módon – az a félelem is társul, hogy a nem megfelelő higiénés viszonyok miatt megnő(het) a fertőzés veszélye. A hívatás gyakorlása közben átélt nagyfokú stressz tovább nehezíti a pályán maradást (*Fekete*, 1991; *Pikó*, 1999; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Solomon* és *Rothblum*, 1986; *Stewart* és *Arklie*, 1994; *Wheeler* és *Riding*, 1994).

E tények ismeretében talán nem meglepő, hogy magas azok aránya (56,1%), akik gondolkodnak a pályaelhagyáson, és indokaik között kivétel nélkül ott vannak azok a tényezők, melyeket a szakma negatívumainak sorában találunk. Vannak, akiket a tanulás vágya motivál, míg mások új területeken szeretnék kipróbálni magukat.

Akik a pályán maradás mellett döntöttek (43,9%), leginkább azzal érvelnek, hogy szeretik a munkájukat, ezt tanulták, szakértelmüket és tapasztalataikat leginkább ezen a területen tudják kamatoztatni. Ugyanakkor néhány szakdolgozót a kényszer tart a pályán: életkorukra hivatkozva nem tudnak, és nem akarnak váltani, vagy úgy gondolják, úgysem találnának másik, magasabb bért vagy jobb munkakörülményeket biztosító munkát.

Az alacsony bérek minden bizonnyal megnehezítik a mindennapokat, hiszen a pályamódosításon gondolkodók közül a legtöbben nem is tudják meghatározni azt a területet, ahol szívesen kipróbálnák képességeiket, csak egyetlen dolog vezérli őket: a magasabb fizetés vágya. Említést érdemelnek azok is, akikben már az is körvonalazódott, milyen új területen helyezkednének el szívesen. Itt ismét találkozhatunk a pályaválasztást motiváló legfőbb tényezővel, az emberekkel való foglalkozás vágyával. Úgy tűnik, ez a motiváció nagyon erős, ezért érdemes lenne az egészségüggyel kapcsolatban a vajdasági területeken is olyan reformokon gondolkodni, melyek továbbra is a pályán tartanák az erős segítői attitűdökkel rendelkező dolgozókat.

A pszichés terhek előfordulásának gyakorisága a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében

Eredmények

A szakma negatívumainak sorában a szabadkai megkérdezettek említették a nagyfokú stresszt. Érdemes tehát tovább vizsgálni a kérdést, és információkat gyűjteni azzal kapcsolatban, hogy a lelki megterhelést jelentő helyzetek milyen gyakorisággal fordulnak elő körükben, kapnak-e segítséget ezekben a szituációkban a szabadkai szakdolgozók, illetve kitől várnának több segítséget e helyzetek megnyugtató megoldása érdekében. (*75.*, *76.* és *77. táblázat*)

75. táblázat. A lelki megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakorisága a szabadkai ápolók körében (százalékos megoszlás) (n=253)

A LELKI MEGTERHELÉST JELENTŐ HELYZETEK ELŐFORDULÁSA A KÓRHÁZI MUNKA SORÁN	**%**
Gyakran	32,5
Időnként	42,3
Ritkán	19,2
Soha	6,0

Munkavégzés során a válaszadók 32,5%-a gyakran kerül olyan helyzetbe, amely lelki megterheléssel jár, de igen magas, 42,3% azok aránya is, akik időnként részesei ilyen szituációknak. Ritka a lelki megterhelést okozó helyzetek előfordulása 19,2%-uk életében, és mindössze 6,0% állította azt, hogy munkája mentes az ilyen jellegű történésektől.

76. táblázat. Az ápolóknak nyújtott segítség gyakorisága lelki megterhelést jelentő helyzetekben (százalékos megoszlás) (n=253)

SEGÍTSÉGNYÚJTÁS GYAKORISÁGA	**%**
Gyakran	17,1
Időnként	34,9
Ritkán	31,4
Soha	16,6

Sajnálatos módon, nem minden esetben érkezik segítség: legtöbbször csak időnként (34,9%), vagy ritkán (31,4%), de a szakdolgozók 16,6%-a soha nem kap semmilyen

támaszt lelki megterhelést okozó helyzetekben Szabadkán. Azok, akik gyakori segítségnyújtásról számoltak be, a minta 17,1%-át képviselik.

A válaszadók megnevezik azokat a személyeket, akiktől szívesen vennék a segítséget (*77. táblázat*); ezek sorában első helyen a családtagok állnak (47,4%). Fontosnak tartják azt is, hogy a lelki megterhelést jelentő helyzetekben számíthassanak kollégáikra (21,3%). 14,2% azok aránya, akik a barátoktól várnának több segítséget. Figyelemre méltó, hogy milyen kevesen vannak, akik az orvosokhoz fordulnának segítségért, és még kevesebben azok, akik ilyen nehéz helyzetben a professzionális segítséget nyújtó pszichológus személyét részesítenék előnyben.

77. táblázat. Segítségnyújtás várása (százalékos megoszlás)

KITŐL VÁRNA TÖBB SEGÍTSÉGET	**%**
Családtagjaimtól	47,4
Barátaimtól	14,2
A kórházban dolgozó ápolóktól	21,3
Orvosoktól	5,9
Pszichológustól	1,2
Mástól	10,0

Megbeszélés

A munkavégzés során tapasztalt nagyfokú stresszterhelés – különösen abban az esetben, ha a feszültség feldolgozásának módjai nem megfelelőek – a dolgozók egészségét veszélyeztető tényező (*Cubrilo-Turek, Urek* és *Turek*, 2006; *Gelsema*, 2006; *Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006; *Molnár*, 2002; *Sabo*, 2006). Több szabadkai egészségügyi szakdolgozó a szakma negatívumainak sorába beillesztette a nagyfokú stresszt, és a kutatás ezen szakaszának eredményei is azt mutatják, hogy több-kevesebb rendszerességgel, de a vizsgálatban résztvevők 94,0%-a találkozik lelki megterhelést jelentő helyzettel. Meglepő azonban, hogy a segítséget nyújtók körébe azokat is belevonnák a válaszadók – családtagokat, barátokat –, akik a többnyire szakmai jellegű problémák megoldásában nagy valószínűséggel nem tudnának adekvát segítséget nyújtani. Elgondolkodtató az a tény, hogy a megkérdezettek között igazán kevesen vannak, akik a gyógyító team orvos tagjától várnának több segítséget a feszültség oldásában, és még kisebb azok aránya, akik lelki megterhelést jelentő helyzetekben professzionális segítő, pl. pszichológus segítségét vennék igénybe. Ezek az adatok azért is figyelemreméltóak, mert a munkavégzés során gyakran tapasztalt és fel nem dolgozott feszültség a dolgozók szomatikus és pszichés

státuszában egyaránt okozhat olykor visszafordíthatatlan következményekkel járó egészségkárosító változásokat.

A saját egészségi állapot megítélése. Egészségkárosító magatartások és a stressz előfordulásának gyakorisága a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében

Eredmények

A kutatás során szerzett tapasztalatok nyilvánvalóvá teszik, hogy a nagyfokú stressz, a megterhelő és nehéz feltételek között végzett munka, a lelki megterheléssel járó helyzetek gyakori előfordulása a válaszadók egészségi állapotára legtöbbször destruktív hatást gyakorol.

Ezért bírhat különös fontossággal az egészségi állapot önértékelésének adatait tartalmazó *78. táblázat*.

78. táblázat. Az egészségi állapot megítélése, önminősítése (százalékos megoszlás) (n=253)

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNMINŐSÍTÉSE HASONLÓ KORÚAKKAL ÖSSZEHASONLÍTVA			
Kiváló	**Jó**	**Éppen megfelelő**	**Rossz**
20,6	49,4	25,7	4,3

Az eredmények azt mutatják, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók igazán pozitívan jellemezték egészségi állapotukat: a válaszadók 20,6%-a a kiváló kategóriát jelölte meg, de 49,4% azok aránya is, akik jó minősítéssel illették egészségi állapotukat. A megkérdezettek 25,7%-a tartja egészségét éppen megfelelőnek, és 4,3% rossznak.

Felvetődik a kérdés, hogy a kórházi hierarchiában való elhelyezkedés milyen módon befolyásolja az egészségi állapotot, illetve annak megítélését (*79. táblázat*).

79. táblázat. Az egészségi állapot megítélése beosztás szerint (százalékos megoszlás) (n=253)

	KIVÁLÓ %	**JÓ %**	**ELFOGADHATÓ %**	**ROSSZ %**
Ápoló	6,0	66,0	24,0	4,0
Főnővér	12,5	33,3	54,2	-
Asszisztens	21,7	52,8	23,6	1,9
Orvosírnok	-	100,0	-	-
Beteghordó	-	100,0	-	-
Egyéb szakdolgozó	11,8	15,8	25,4	50,0

Érdekes módon az orvosírnokok és a beteghordók valamennyien egyöntetűen jónak ítélik meg egészségük állapotát. Szerencsés, hogy az ápolók több, mint 50,0%-a is úgy véli, hogy jó egészségnek örvend. Ugyanakkor aggodalomra ad okot az egyéb szakdolgozók csoportja, akik között 50,0%-os azok aránya, akik rossznak minősítik egészségük állapotát. A főnővérek 54,2%-a azt jelezte, hogy egészségi állapota még elfogadható állapotban van.

Az egészség önértékelésére kihatnak azok a pszichoszomatikus tünetek is, melyekkel az egészségügyben dolgozók több-kevesebb rendszerességgel szembesülnek. E tünetek előfordulásának gyakoriságát tartalmazza a *80. táblázat*.

80. táblázat. A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

AZ ELMÚLT 6 HÓNAP SORÁN MILYEN GYAKRAN

	GYAKRAN	IDŐNKÉNT	RITKÁN	SOHA
Volt idegfeszültség-ből eredő fejfájása?	30,1	26,5	26,5	16,9
Volt hát vagy derékfájása?	29,0	32,7	23,3	15,1
Voltak alvási problémái?	20,9	21,7	28,7	28,7
Érezte magát kimerültnek, gyengének?	35,6	34,8	24,7	4,9
Volt gyomorégése, gyomorfájása?	17,6	23,5	28,2	30,7
Volt idegességből eredő hasmenése?	11,7	10,4	25,4	52,5
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása?	25,6	18,3	24,4	31,7

A tünetek előfordulási gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy a szabadkai egészségügyi dolgozók körében legtöbbször a kimerültség van jelen (35,6%), de az idegfeszültségből eredő fejfájást is gyakran érzi a válaszadók 30,1%-a. A megerőltető munka 29,0%-uknál hát- és derékfájást eredményez, a palpitáció pedig a válaszadók 25,6%-ánál jelentkezik gyakran. 20,9% azok aránya, akik gyakori alvási problémákról számolnak be.

A magyarországi tapasztalatok azt mutatják, hogy a feszültségek oldásának módozatai között gyakran jelenik meg a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a különféle nyugtatók és altatók szedése. Sajnálatos, hogy az egészségkárosító magatartások az egészségügyben dolgozók körében is jelen vannak, annak ellenére, hogy ismerik ezek káros következményeit, és azzal együtt, hogy a társadalom tagjai tőlük a példamutatást és a prevencióban való részvételt is elvárnák. Ezek után felmerül a kérdés: milyen arányban vannak jelen a már említett rizikómagatartások a vizsgált szabadkai populáció körében?
Az eredményeket a *81.* és *82. táblázat* tartalmazza.

81. táblázat. Az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

DOHÁNYZÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	**%**
Nem	53,2
Alkalmanként	10,7
Rendszeresen napi 1-2 szálat	4,0
Rendszeresen napi 10 szál alatt	8,7
Rendszeresen napi 10-20 szálat	15,1
Rendszeresen napi 20 szál fölött	8,3
ALKOHOLFOGYASZTÁS AZ ELMÚLT 12 HÓNAP ALATT	
Egyáltalán nem	44,7
Alkalmanként	49,4
Hetente 1-2 alkalommal	4,7
Naponta	1,2

A szabadkai válaszadók között 46,8% a dohányzók aránya, közülük 15,1% napi 10-20 szál közötti mennyiséget szív, 8,3% pedig több, mint 20 szálat naponta.

Az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók 44,7%-kal, az alkalmanként fogyasztók 49,4%-kal képviseltetik magukat a mintában. Figyelmet érdemel a szabadkai ápolók 1,2%-a: ők azok, akik a napi rendszerességgel alkoholt fogyasztók táborába sorolták magukat.

82. táblázat. A nyugtatók, altatók, élénkítőszerek alkalmazásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

SZED-E	**IGEN, RENDSZERESEN**	**HETI 1-2 ALKALOMMAL**	**HAVI 1-2 ALKALOMMAL**	**NEM**
Nyugtatót	4,7	6,5	17,8	71,0
Altatót	3,6	2,4	5,9	88,1
Élénkítőszert	1,2	0,4	0,4	98,0

A nyugtatók rendszeres szedése a válaszadók 4,7%-át jellemzi, heti 1-2 alkalommal szed nyugtatót 6,5%-uk, a havi 1-2 alkalmat jelentő használat a minta 17,8%-át jellemzi. Az altatók szedése ennél ritkábban történik: a rendszeres használók aránya 3,6%, a heti 1-2 alkalommal altatót szedőké 2,4%, míg havi 1-2 alkalommal a megkérdezettek 5,9%-a orvosolja ilyen módon alvási zavarait. Az élénkítőszert használók aránya elenyésző: a szabadkai szakdolgozók 1,2%-a rendszeresen, heti 1-2, illetve havi 1-2 alkalommal 0,4%-uk alkalmazza e szereket. A kávéfogyasztás gyakoriságát a *83. táblázat* mutatja.

83. táblázat. A kávéfogyasztás gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

SZOKOTT-E KÁVÉT FOGYASZTANI	**%**
Nem	27,1
1-2 csészével naponta	48,6
3-4 csészével naponta	22,3
5-6 csészével naponta	2,0
6 csészénél többet	-

A válaszadók 27,1%-a egyáltalán nem fogyaszt kávét, 48,6%-a pedig a károsnak nem mondható 1-2 csésze napi adagot issza meg. 6 csészénél többet senki nem fogyaszt. A minta 2,0%-ának esetében viszont már káros koffeinfogyasztásról beszélünk (esetükben naponta 5-6 csésze kávéval kell számolnunk).

E kérdéscsoport összegzéseként a *84. táblázat* adatainak segítségével az egészség önértékelésére ható tényezők közötti kapcsolat vizsgálható.

84. táblázat. Az egészség önértékelését befolyásoló tényezők logisztikus regresszióelemzése (esélyhányadosok)

	EGÉSZSÉG ÖNÉRTÉKELÉSE: ROSSZ/ELFOGADHATÓ
Prediktor tényezők	OR[2] (95% CI)[3]
Életkor	1,2 (1,1-1,9)*
Egészségügyben eltöltött évek	1,2 (1,1-1,9)**
Etnikum	
Magyar[1]	1,0
Szerb	0,8 (0,5-1,5)
Műszakbeosztás	
Állandó délelőttös[1]	1,0
Két műszakos	1,1 (0,4-3,1)
Három műszakos	2,7 (1,4-5,4)**
Pszichoszomatikus tünetek	1,2 (1,1-1,4)***
Lelki problémák a munkahelyen	
Soha[1]	1,0
Ritkán	0,5 (0,3-2,2)
Időnként	1,2 (0,3-4,4)
Gyakran	3,9 (1,1-14,9)**
Társas támogatás a munkahelyen	
Soha[1]	1,0
Ritkán	0,7 (0,3-1,5)
Időnként	0,7 (0,3-1,6)
Gyakran	0,3 (0,1-0,9)*
Más munkát vállal-e?	
Nem[1]	1,0
Igen, szakmabeli munkát	0,08 (0,3-2,3)
Igen, egyéb munkát	2,2 (1,1-4,2)**
Munkával való elégedettség	1,2 (1,1-1,4)*
[1]Referenciakategória; [2]OR, odds ratio (esélyhányados); [3]95% CI, 95%-os konfidenciaintervallum; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.	

A táblázat bemutatja a saját egészség megítélése (mint függő változó), valamint a vizsgálatban szereplő egészséggel és munkakörnyezettel kapcsolatos tényezők (mint független változók) közötti összefüggéseket elemző logisztikus regresszióelemzések eredményeit. A függő változó dichotóm alakban szerepelt az elemzésben, azaz annak esélyeit vizsgáltuk, hogy egy adott független változó milyen eséllyel befolyásolja a saját egészség rossz, illetve elfogadható megítélését. Az esélyhányadosok a kapcsolat erősségét fejezik ki: az egynél nagyobb érték esélynövelő (azaz kockázati), az egynél kisebb érték az esélycsökkentő (azaz védő) hatás. A statisztikai szignifikanciát kétféle módon is

ellenőriztük: a konfidenciaintervallum-értékek alapján (amely szerint ezek az értékek nem tartalmazhatnak egyet), illetve a p-értékek alapján.

Az eredményekből látható, hogy a pszichoszomatikus tünetek jelenléte esélynövelő hatású (OR=1,2). Az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma egyaránt növeli az esélyét az önértékelés rossz, illetve elfogadható minősítésének (OR=1,2). Szintén esélynövelő hatású az, ha valaki három műszakban dolgozik (OR=2,7), valamint, ha gyakran szembesül az egészségügyi szakdolgozó lelki megterheléssel munkahelyén (OR=3, 9). A gyakori társas támogatást élvezők viszont védelemben részesülnek (OR=0,3). Míg a szakmabeli pluszmunkát vállalók körében az egészség megítélése nem romlik, az egyéb munkát vállalók számára a pluszmunka már esélynövelő hatású (OR=2,2). Végül, a munkával való elégedetlenség szintén rontja a saját egészség megítélését (OR=1,2).

Megbeszélés

Magyarországi kutatások már bizonyították, hogy az ápolói tevékenységgel együtt járó működési és szervezési bizonytalanságok, a szakma negatívumai között említett alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, a fárasztó és nehéz munka, hatással vannak az ágazatban dolgozók egészségi állapotára is (*Hajagos, Feith* és *Kovácsné*, 2006; *Molnár*, 2002; *Pásztor*, 2006; *Pikó*, 1999; *Pikó*, 2001; *Szemlédy*, 2004). A Vajdaságban élő és dolgozó egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának vizsgálata során azonban érdekes megállapításokra juthatunk. A szakma negatívumai között a szabadkai válaszadók is gyakran említették az anyagi és erkölcsi megbecsülés alacsony fokát, a nagyfokú stresszt, és meglepő módon a fertőzés veszélyét, a nehezebb munkakörülmények ellenére azonban sokan vannak körükben, akik egészségi állapotukat kiválónak, illetve jónak tartják. A szakdolgozók mindössze 4,3%-a vélekedett úgy, hogy egészsége rossz állapotban van. Ez a megállapítás azért is érdekes, mert egyes pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága körükben is magas: a kimerültség, az idegfeszültségből eredő fejfájás, a hát- és derékfájás sokuknál gyakran fordul elő, hasonlóan a szabálytalan szívdobogáshoz és az alvási problémákhoz. Vizsgálatunk adataiból az is kitűnik, hogy a szabadkai egészségügyben dolgozók körében az egészségkárosító magatartások előfordulásának gyakorisága számottevő. A válaszadók 46,3%-a dohányzik, közülük is kiemelkedik az a 8,3%, akik esetében napi egy doboz cigarettánál is több fogy el. Az alkoholfogyasztás inkább alkalmakhoz kötődik, de figyelmet érdemel a megkérdezetteknek az a 4,7%, illetve

1,0%-a, akik esetében a szeszesital fogyasztása hetente többször vagy napi rendszerességgel történik.

Örvendetes az a tény, miszerint a szabadkai egészségügyben dolgozók 71,0%-a soha nem él nyugtatóval, 88,1%-uk altató nélkül is tud aludni, és élénkítőszer nélkül is frissnek érzi magát a válaszadók 98,0%-a. Figyelni kellene azonban azokra is, akik rendszeresen élnek e szerekkel. A válaszokat elemezve ugyanis látható, hogy a vizsgált populációban 4,7% azok aránya, akik rendszeresen szednek nyugtatót a feszültségek csökkentése érdekében; 3,6% azok aránya, akik csak altató segítségével tudnak elaludni, 1,2% pedig azoké, akik csak valamilyen élénkítőszer segítségével tudják tevékenységeiket frissebben végezni.

A kutatás ezen szakaszának eredményei azt is példázzák, hogy az életkorral nő a lelki megterhelések gyakorisága, és vele párhuzamosan romlik a saját egészség megítélése, valamint nő a pszichoszomatikus tünetképzés gyakorisága. A lelki problémák gyakoriságával arányosan nő a munkával való elégedetlenség mértéke, valamint romlik az egészség megítélése, és nő a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága is. A kollegiális társas támogatás jobb egészségi állapottal és nagyobb munkaelégedettséggel jár együtt. A pluszmunka vállalásával párhuzamosan pedig romlik a saját egészség megítélése. Végül, szoros összefüggés áll fenn a pszichoszomatikus tünetképzés, valamint az egészség önértékelése között. Az eredményekből az is látható, hogy a pszichoszomatikus tünetek jelenléte esélynövelő hatású, de az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma is növeli az esélyét az önértékelés rossz, illetve elfogadható minősítésének. Szintén esélynövelő hatású az is, ha valaki három műszakban dolgozik, valamint, ha gyakran szembesül az egészségügyi szakdolgozó lelki megterheléssel munkahelyén. A gyakori társas támogatást élvezők viszont védelemben részesülnek: míg a szakmabeli pluszmunkát vállalók körében az egészség megítélése nem romlik, az egyéb munkát vállalók számára a pluszmunka már esélynövelő hatású, és a munkával való elégedetlenség szintén rontja a saját egészség megítélését.

Figyelemfelkeltőek lehetnek ezek az információk azért is, mert jól példázzák, hogy az egészségügyben dolgozók helyzete Szabadkán sem megnyugtató. A problémák megoldásában több segítséget kellene kapniuk a dolgozóknak, hiszen nyilvánvaló, hogy a munkahelyen előforduló problémák és feszültségek megoldása adekvát szakmai segítség nélkül szinte lehetetlen. E segítségnek pedig minél hamarabb meg kellene érkeznie,

hiányában ugyanis még több pszichés és szomatikus problémával küzdő dolgozóra és pályaelhagyóra lehet számítani.

Az életmód, az életkörülmények legfőbb jellemzői és a rekreáció lehetőségei a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében

Eredmények

1. Élet-és lakáskörülmények

Az alacsonyfokú anyagi megbecsülés feltételezésünk szerint a lakhatás körülményeire is rányomja a bélyegét. A következőkben az élet- és lakáskörülmények vizsgálatára kerül sor.

A lakások tulajdonjogával kapcsolatos információt a *85. táblázat* ad.

85. táblázat. A válaszadó lakásának tulajdonjoga (százalékos megoszlás) (n=253)

LAKÁS TULAJDONJOGA	%
Saját tulajdonú	72,2
Önkormányzati bérlakás	2,0
Egyéb bérlakás (pl. albérlet)	8,9
Nővérszállás	1,2
Egyéb	15,7

A megkérdezett egészségügyi szakdolgozók lakáskörülményei a kutatás alapján relatíve jónak mondhatók. Saját tulajdonú lakásban él a szabadkai válaszadók 72,2%-a, a bérlakásban élők aránya alacsonynak tekinthető. (A saját tulajdon az esetek nagy százalékában a szülők által vásárolt és birtokolt házat jelenti.) 15,7% azok aránya, akik a lakhatás körülményeit sajátosan oldották meg, pl. szálló vagy rokonok segítségével.

86. táblázat. A válaszadó lakásának jellege (százalékos megoszlás) (n=253)

A LAKÁS JELLEGE	%
Kertes családi ház	70,0
Panellakás	5,1
Társasházi lakás	16,2
Házrész	5,1
Tanya	0,8
Egyéb megoldás	2,8

A 86. táblázat adatai alapján a szabadkai válaszadókról elmondható, hogy 70,0%-uk kertes családi házban él, de kiemelkedő a társasházi lakásban élők száma is. Nem mondható magasnak a panellakásban, illetve házrészben élők aránya (5,1% és 5,1%), ugyanakkor úgy tűnik, a szabadkai településszerkezetben nem igazán elterjedtek a tanyák és ezzel együtt a tanyasi életmód sem jellemző: a mintába kerültek mindössze 0,8%-át jellemezte.

Az anyagi helyzetre befolyást gyakorol az is, hogy hányan élnek egy háztartásban (*87. táblázat*)

87. táblázat. A válaszadó háztartásának összetétele (százalékos megoszlás) (n=253)

KIVEL ÉL EGY HÁZTARTÁSBAN?	**%**
Házastárssal/élettárssal/ gyermekkel	38,3
Szüleivel	56,6
Más rokonnal	1,5
Barátokkal, ismerősökkel	2,0
Egyedül	1,6

A szabadkai ápolók 56,6%-a szüleivel közös háztartásban él, ezt a minta viszonylag alacsonynak mondható átlagéletkora alapján már előre lehetett vetíteni. 38,3% azok aránya, akik társukkal és gyermekükkel osztják meg lakásukat. Rokonokkal, barátokkal vagy ismerősökkel lakik együtt a megkérdezettek 3,5%-a, 1,6%-uk pedig egyedül él.

A fáradt, leterhelt szakdolgozók életét megkönnyíthetik azok a tartós fogyasztási cikkek, amelyek lerövidítik a háztartási munka idejét, a szórakoztató elektronikai cikkek birtoklása pedig segítheti a feltöltődést. Ezen eszközökkel való ellátottságot a *88. táblázat* mutatja.

88. táblázat. A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság mértéke (százalékos megoszlás)(n=253)

TARTÓS FOGYASZTÁSI CIKK	IGEN	NEM
Televízió	99,6	0,4
Automata mosógép	92,5	7,5
Hűtőszekrény	100,0	0
Porszívó	98,8	1,2
Videomagnó	70,4	29,6
CD-lejátszó	62,8	37,2
Magnó	55,3	44,7
Mosogatógép	7,9	92,1
Mikrohullámú sütő	32,0	68,0
Fagyasztóláda	88,1	11,9
Számítógép	35,2	64,8
Autó	67,2	32,8

Örvendetes, hogy a tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság jónak mondható a válaszadók körében. Mindenki birtokol hűtőszekrényt, de a porszívó (98,8%), az automata mosógép (92,5%) és a fagyasztóláda is sok háztartás kelléke (88,1%). Egyedül a mosogatógép tűnik még elérhetetlennek többek számára, mindössze a válaszadók 7,9%-a rendelkezik vele. A tartalmas szórakozást, kikapcsolódást segítő CD-lejátszó a válaszadók 62,8%-ának háztartásában lelhető fel, televíziókészülékkel 99,6%-uk rendelkezik, videomagnóval pedig a háztartások 70,4%-a. Ugyanakkor a számítógépet a megkérdezettek 64,8%-a nélkülözi. Említést érdemel az a tény, hogy a mobilitást segítő, megkönnyítő autóval a szabadkai válaszadók 67,2%-a rendelkezik.

2. Rekreációs tevékenységek

A szabadidő tartalmas eltöltése segítséget jelenthet a feszültségek levezetésében, ugyanakkor a rekreációs tevékenységek végzése közben gyűjtött energia könnyíthet a mindennapi terheken. A szabadidős tevékenységekről a *89. táblázat* szolgáltat információt.

89. táblázat. A szabadidős tevékenységek előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

A SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉG	SOHA	ALKAL-MANKÉNT	GYAKRAN
Mozi	25,4	70,6	4,0
Színház	29,6	64,6	5,8
Olvasás	6,7	59,9	33,5
TV nézés	0,8	37,9	61,3
Baráti összejövetel	1,7	39,4	58,9
Sport	23,8	58,8	17,5
Kézimunka	63,5	30,7	5,9

A szabadkai egészségügyi szakdolgozók szabadidejükben leginkább a tv-nézést részesítik előnyben, és örvendetes módon fontosnak tartják a baráti kapcsolatok ápolását is. A válaszadók 33,5%-a olvasással, 17,5%-a sportolással tölti leggyakrabban idejét. A kézimunkázás 63,5%-uk, a színház- 29,6%-uk, és a mozilátogatás pedig 25,4%-uk számára egyáltalán nem gyakorolt rekreációs tevékenység.

A nyaralást tekintve, a megkérdezés időpontját megelőző öt évben a vizsgált személyek 39,9%-a egyáltalán nem utazott el lakhelyétől távolabbi helyre pihenni; 24,1%-uk egyszer, 15,4%-uk kétszer, 9,1%-uk háromszor, 11,5%-uk pedig ennél is több alkalommal volt nyaralni.

Végezetül felmerül az a kérdés, hogy a jobb megélhetés érdekében, a magasabb életszínvonal eléréséért a megkérdezetteknek kell-e munkaidőn túl is munkatevékenységet végezni? A túlmunkák előfordulásának gyakoriságát a *90. táblázat* mutatja.

90. táblázat. A kórházi munkán kívüli munkavégzés gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=253)

MUNKAVÁLLALÁS A KÓRHÁZI MUNKA MELLETT	%
Nem	68,0
Igen, szakmabeli munkát	9,1
Igen, egyéb munkát	22,9

A szabadkai válaszadók 32,0%-a dolgozik a munkaidőn túl is. 22,9%-uk nem a szakmában tevékenykedik a többletjövedelem szerzése érdekében, míg 9,1% azok aránya, akik továbbra is az egészségügyben, de már a munkaidőn túl dolgoznak azért, hogy megélhetésük könnyebb legyen.

Megbeszélés

Az élet- és lakáskörülményeket tekintve elmondható, hogy a szabadkai egészségügyi szakdolgozók lakhatása megoldott. Szem előtt kell tartanunk azonban azt a tényt, hogy a válaszadók többsége – fiatal korából adódóan – még nem alapított családot, szüleivel él együtt, így az önálló lakás megszerzésének problematikája még nem érinti őket. Szabadkán – a településszerkezeti adottságokból következően – elsősorban a kertes családi házak dominanciája jellemző, és többen társasházi lakásban élnek. Kevesen laknak panellakásban, ennél is kevésbé jellemző a tanyasi életmód, életforma.

A háztartások jól felszereltek olyan tartós fogyasztási cikkekkel, melyek jelentősen megkönnyíthetik a házimunkát, a televízió, a video, a CD-lejátszó pedig a tartalmas szabadidő-eltöltést szolgálhatják. Magas azok aránya (67,2%), akik rendelkeznek autóval. Ez megkönnyíti az utazást, a szórakozási lehetőségeket pedig megsokszorozhatja.

A szabadidőt Szabadkán sokan tv-nézéssel, olvasással, sporttal töltik, és örvendetes, hogy a baráti kapcsolatok ápolására még a fárasztó munkaórák után is nagy figyelmet fordítanak. Sajnálatos azonban, hogy a színház-, a mozilátogatás és a kreativitást igénylő kézimunkázás kimarad a vajdasági válaszadók rekreációs tevékenységei közül. A nyaralást elég sokan megengedhetik maguknak: a válaszadók 60,1%-a volt nyaralni a megkérdezést megelőző öt évben, 11,5%-uk pedig négyszer, vagy ennél többször is elhagyta otthonát hosszabb pihenés céljából. Itt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy Szerbiából indulva pár óra alatt el lehet érni a tengert, és a téli sportoknak is lehet hódolni, hiszen a természeti adottságok némi utazás után ezt is lehetővé teszik.

Valószínű azonban, hogy a háztartás megfelelő felszereléséhez, az utazáshoz és a szabadidős tevékenységek egy részének megvalósításához többletjövedelem szükséges, amelyet a szakdolgozók munkaidőn túli tevékenységekkel teremtenek elő. A válaszadók 32,0%-a végez pluszmunkát: ezeknek csak egy része igényli a meglévő szakismereteket, a dolgozók 22,9%-a az egészségügyön kívül eső területeken tevékenykedik annak érdekében, hogy jövedelmét kiegészítse. Ez a tény nyilvánvalóvá teszi, hogy a határon túli egészségügyi dolgozók, magyarországi kollégáikhoz hasonlóan, az alacsony jövedelmek kiegészítése céljából kénytelenek többletmunkát végezni, amely azonban növelheti a fáradtság-érzetet, és tovább növelheti az elégedetlenség érzését is.

A társas támogatás és az élettel való elégedettség a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében

Eredmények

Mindenki számára nagy jelentőséggel bír egy olyan társas támogatórendszer, amelynek elemei a mindennapokban, de szakmai problémák és magánéleti válságok közepette méginkább támaszt, segítséget nyújtanak. Azoknak körét, akikhez lelki problémák esetén fordulnak a szabadkai válaszadók, a *91. táblázat* tartalmazza.

91. táblázat. A társas támogatottság rendszere lelki problémák esetén (százalékos megoszlás) (n=253)

KIHEZ FORDUL LELKI PROBLÉMÁK ESETÉN?	**%**
Házastárs, élettárs	29,6
Szülő	31,2
Gyerek	1,6
Egyéb rokon	0,4
Barát	16,2
Szomszéd	0,4
Munkatárs	2,0
Pszichológus, pszichiáter	0,4
Családorvos	0,8
Senkihez	16,2

Lelki problémák esetén legtöbben szüleikhez, házastársukhoz fordulnak segítségért (31,2% és 29,6%), bízva abban, hogy a kapcsolat jellegéből adódóan a segítségnyújtás valóban önzetlen. A megkérdezettek 16,2%-a a barátok támogatását is fontosnak tartja, ugyanakkor figyelmet érdemel az a 16,2%, akik senkihez nem fordulnak lelki problémák esetén. Úgy tűnik, a professzionális segítséget ezúttal is hárítják a szakdolgozók: elenyésző ugyanis azok száma, akik akár a családorvos (0,8%), akár pszichológus, pszichiáter segítségét igénybe vennék (0,4%).

Az anyagi problémák esetén segítséget nyújtók köréről a *92. táblázat* adatai adnak tájékoztatást.

92. táblázat. A társas támogatottság rendszere anyagi problémák esetén (százalékos megoszlás) (n=253)

KIHEZ FORDUL, HA ANYAGI PROBLÉMÁI VANNAK?	**%**
Házastárs, élettárs	20,3
Szülő	62,2
Gyerek	1,6
Egyéb rokon	2,4
Barát	2,8
Szomszéd	0,4
Munkatárs	0,8
Pénzintézet (pl. bank)	6,8
Senkihez	2,8

Anyagi jellegű gondok esetén legtöbben szüleikhez fordulnak segítségért (62,2%), ez abból is adódhat, hogy a válaszadók közül sokan még nem hagyták el a családi otthont. 20,3% azok aránya, akik társuk segítségére számítanak, míg a válaszadók 6,8%-a személytelenebb, hivatalosabb megoldást lát célravezetőnek: bankhoz fordul abban az esetben, ha anyagi gondjai adódnak. A többi megoldási lehetőség, pl. rokonhoz, baráthoz, szomszédhoz, munkatárshoz való fordulás gyakorisága nagyon alacsony.

A kutatásban résztvevő, határon túli egészségügyi szakdolgozók elégedettségének mérése céljából a következő változók közötti kölcsönhatás vizsgálatát szükséges elvégezni: életkor, és a következő munkakörnyezeti jellemzők: az egészségügyben eltöltött évek száma, a munkával való elégedetlenség szintje, az emocionálisan megterhelő helyzetek gyakorisága, a kollegiális társas támogatás elérhetősége megterhelő helyzetek során, valamint az egészség önértékelése és a pszichoszomatikus tünetképzés. A változók korrelációs mátrixát a *93. táblázat* tartalmazza.

93. táblázat: Változók korrelációs mátrixa

	Kor	**Eü. ben eltöl-tött évek**	**Lelki problé-mák**	**Társas támoga-tás**	**Más munka válla-lása (igen/ nem)**	**Munkával való elégedet-lenség**	**Egész-ség önérté-kelése**	**Pszichoszomatikus tünetek**
Kor	-	0,99***	0,30***	0,01	0,19**	-0,06	-0,40***	0,13*
Eü.-ben eltöltött évek	-	-	0,31***	-0,01	0,19*	-0,05	-0,40***	0,14*
Lelki problémák	-	-	-	-0,01	0,08	0,29***	0,29***	0,35***
Társas támogatás	-	-	-	-	-0,03	-0,21**	0,12*	0,03
Más munka vállalása	-	-	-	-	-	0,06	-0,16*	0,01
Munkával való elégedetlenség	-	-	-	-	-	-	-0,16**	0,21**
Egészség önértékelése	-	-	-	-	-	-	-	0,39***
Pszichoszomatikus tünetek	-	-	-	-	-	-	-	-

A változók közötti kapcsolatok korrelációs mátrixát vizsgálva megállapítható, hogy az életkorral nő a lelki megterhelések gyakorisága, valamit a pluszmunka vállalása, ugyanakkor ez nem jár együtt a társas támogatás mértékének emelkedésével. A korral arányosan ezenkívül romlik a saját egészség megítélése, valamint nő a pszichoszomatikus tünetképzés gyakorisága. Az egészségügyben eltöltött évek számával kapcsolatban hasonló összefüggések figyelhetők meg. A lelki problémák gyakoriságával párhuzamosan nő a munkával való elégedetlenség mértéke, valamint romlik az egészség megítélése, és nő a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága is.

A kollegiális társas támogatás jobb egészséggel és nagyobb munkaelégedettséggel jár együtt. A pluszmunka vállalásával és a munkával való elégedetlenséggel arányosan szintén romlik a saját egészség megítélése. Végül, szoros kapcsolat áll fenn a pszichoszomatikus tünetképzés, valamint az egészség önértékelése között.

Végezetül a válaszadók munkával és élettel való elégedettségének vizsgálatára került sor a következő kérdések segítségével: választanák-e ismét az egészségügyben végzett munkát, ajánlanák-e jelenlegi munkájukat pályaválasztás előtt álló ismerősüknek, és mindent egybevetve, mennyire elégedettek munkájukkal? Az eredményeket a *94., 95.* és a *96. táblázat* tartalmazza.

94. táblázat. A pálya ismételt választásának lehetősége (százalékos megoszlás) (n=253)

EÜ. –BEN VÉGZETT MUNKA ISMÉTELT VÁLASZTÁSA	**%**
Habozás nélkül újraválasztaná	36,4
Jobban meggondolná	46,6
Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát	17,0

A válaszadó vajdasági egészségügyi szakdolgozók 36,4%-a habozás nélkül újra választaná hivatását, míg 46,6% azok aránya, akik jobban meggondolnák, mielőtt újra belépnének az ágazatba. Egyáltalán nem választana újra ilyen jellegű tevékenységet a megkérdezettek 17,0%-a.

95. táblázat. A pálya választásának javaslata (százalékos megoszlás) (n=253)

EÜ.-BEN VÉGZETT MUNKA JAVASLATA	**%**
Meggyőződéssel ajánlaná	25,3
Kétségei lennének, hogy javasolja-e	56,9
Ellene érvelne	17,8

Az aktuális helyzetértékelés meghatározza azt is, hogy ajánlanák-e munkájukat másoknak a Szabadkán élő válaszadók. 25,3%-uk meggyőződéssel ajánlaná az egészségügyben végzett tevékenységet, 56,9%-uknak kétségei lennének, ugyanakkor 17,8% határozottan ellene érvelne.

96. táblázat. A munkával való elégedettség (százalékos megoszlás) (n=253)

MUNKÁVAL VALÓ ELÉGEDETTSÉG	%
Nagyon elégedett	7,9
Viszonylag elégedett	54,4
Nem túlzottan elégedett	29,0
Egyáltalán nem elégedett	8,7

Mindent egybevetve, munkájával és egyben életével a szabadkai egészségügyi szakdolgozók 54,4%-a viszonylag elégedett. 29,0%-uk nem túlzottan van megelégedve a jelen státusszal. Az egyáltalán nem elégedettek aránya 8,7%, ugyanakkor nagyfokú elégedettséget érez a munkával kapcsolatos legfőbb jellemzőket összegezve a vizsgálatban résztvevők 7,9%-a.

Megbeszélés

Ha a társas támogatottság és az élettel való elégedettség területén végzett vizsgálat eredményeit összegezzük, megállapítható, hogy az erős kötések dominálnak, akár lelki, akár anyagi problémáról beszélünk. A válaszadók elsősorban szüleikre, társukra támaszkodnak nehéz élethelyzetben, de a barátok segítsége is számottevő lehet. Elgondolkodtató, hogy egyesek egyáltalán nem kérnek segítséget, de az a tény is, miszerint a segítők, a szakemberek (pszichológusok, pszichiáterek, családorvosok) nagyon kevés esetben számíthatnak segítségkérésre a vizsgálatban résztvevő 253 szabadkai egészségügyi szakdolgozó részéről. A megfelelő társas támogatást nyújtó kapcsolatrendszerek szerepe nagyon fontos, hiszen ezek hiánya lelki megterhelést jelentő helyzetekkel, stresszhatásokkal összekapcsolódva hatást gyakorol a pszichoszomatikus tünetképzésre, és befolyásolja a saját az egészség megítélését is (*Pikó* és *Piczil*, 2000; *Stewart* és *Arklie*, 1994; *Webb*, *Stear*, *Pethybridge*, *Baker* és *Elharch*, 2002).

Sokat elárul a jelenlegi életérzésekről az a tény, hogy a válaszadók 63,6%-a hezitálna akkor, amikor újra kellene választania munkáját, és mindössze 25,3%-uk ajánlaná azt meggyőződéssel pályaválasztás előtt álló fiatal ismerősének. Ebben az értékelésben nagy

valószínűséggel összeadódtak a szakma negatívumai: az alacsony bérek, az orvosok és a társadalom részéről érkező többnyire negatív megítélések, a munkavégzés közben átélt és lelki megterhelést jelentő helyzetek, az e helyzetekben elmaradt segítségnyújtás, a gyakran érzett kimerültség, fejfájás, derékfájás, a kevés szabadidő, melynek eltöltését meghatározzák a szűkös anyagi keretek, és a túlmunka végzésének kényszere, mely a fáradtság ellenére is sürgető, hiszen némi többletjövedelemhez juttatja az egészségügyben dolgozót, ami talán kissé könnyebbé teheti az életet, emelheti az életszínvonalat.

Így válik érthetővé, hogy a válaszadók közül mindössze 7,9% azok aránya, akik nagyon elégedettek a munkájukkal, a többség csupán viszonylagos elégedettséggel végzi munkáját és éli életét.

A SZEGEDI ÉS SZABADKAI EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK HELYZETÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A PÁLYAVÁLASZTÁSI ORIENTÁCIÓK, AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT, AZ ÉLETMÓD ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS, VALAMINT A SZOCIÁLIS HELYZET ÉS AZ ELÉGEDETTSÉGI MUTATÓK TÜKRÉBEN

A mintában szereplő szegedi és szabadkai ápolók státuszának összehasonlítása

A kutatásban 454 ápolót vizsgáltunk meg, a mintába 201 szegedi és 253 szabadkai egészségügyi szakdolgozó került.

A *szegedi almintában* az ápolók 88,9%-a nő és 11,1%-a férfi. A megkérdezettek átlagéletkora 33 év, a pályán eltöltött évek átlaga 15,2 év volt. A családi állapot kapcsán elmondható, hogy a szegedi ápolók többsége házastársi vagy élettársi kapcsolatban él, (52,8%), illetve jelentős számban vannak hajadonok, nőtlenek (24,6%) és elváltak (17,6%).

A *szabadkai ápolók* esetében a nemek szerinti eloszlás: 90,5%-uk nő és 9,5%-uk férfi. Az átlagéletkor 29 év, és átlagban 10 éve vannak a pályán. A családi állapotról elmondható, hogy a szabadkai mintában a hajadonok, nőtlenek vannak többségben (55,8%). Ennek oka az lehet, hogy a szegedi mintához képest az átlagéletkor alacsonyabb, ez egyébként a pályán eltöltött évek számában is megmutatkozik. A házasok 31,3%-kal képviseltetik magukat a mintában.

A gyermekek számát illetően, *Szegeden* az egészségügyi dolgozók körében 32,1% azok aránya, akiknek nincs gyermekük, a családosok leginkább egy vagy két gyermeket vállalnak. Nagyon kevesen vannak azok, akiknek három vagy négy gyermekük van.

Ugyanakkor *Szabadkán* a megkérdezettek 60,5%-ának még nincs gyermeke. Itt is ritka, aki egy-két gyermeknél többet vállal, bár érdekességként megemlítendő, hogy a szerbiai megkérdezettek között volt, aki öt, illetve tizenkét gyermeket nevelt.

Az iskolai végzettség szerinti megoszlásból kiderül, hogy a *szegedi ápolók* többsége középszintű végzettséggel rendelkezik (85,9%), ami nagyjából megegyezik a szabadkaiak képzettségi szintjével, azzal az eltéréssel, hogy Szegeden jelentős százalékban vannak azok, akik szakiskolai, illetve gimnáziumi képzésben vettek részt.

A s*zabadkai egészségügyi dolgozók*nál a szakközépiskolai végzettség dominál, gimnáziumi érettségivel pedig egyik ápoló sem rendelkezik. Megemlítendő, hogy a szerbiai dolgozók között többen vannak, akiknek csupán általános iskolai végzettségük van. Szintén szembetűnő, hogy a szegedi egészségügyi dolgozók közül – összehasonlítva a szabadkaiakkal – többen rendelkeznek főiskolai diplomával. Ennek egyik oka az lehet,

hogy Magyarországon a diplomás ápoló képzés több központban történik, már hosszabb ideje, míg Szerbiában e képzés hosszú időn át csupán Zemunban (Zimony) és Ćupriján folyt, két olyan városban, melyek a szűkebb Szerbiában találhatók. A diplomás ápolók képzése 2006. szeptemberében indult el Novi Sad-on (Újvidéken), ami után feltételezhető, hogy Vajdaságban is megnő a felsőfokú végzettségűek száma, és ezáltal emelkedik az ápolás színvonala. Ugyanakkor az oktatás reformjában hosszútávú terv, hogy más városokban is elindítják az ilyen típusú képzést.

Érdemes megemlíteni, hogy *Szegeden* a főnővérek 36,4%-a rendelkezik főiskolai diplomával, míg *Szabadkán* a főnővérek 33,3%-ának van főiskolai oklevele. A szabadkai főnővérek többsége szakközépiskolai végzettséggel rendelkezik (66,7%-uk), ez az arány Szegeden 27,3%.

A megkérdezettek beosztását vizsgálva a következő állapítható meg: *Szegeden* betegágy mellett dolgozik a mintába került ápolók 55,8%-a, ugyanez az arány a *szabadkaiak* esetében 12,8%. Főnővér: *Szegeden* 5,5%, *Szabadkán* 12,2%. Asszisztens: *Szegeden* 19,9%, *Szabadkán* 55,1%. Orvosírnok: *Szegeden* 4,5%, *Szabadkán* 0,5%. Beteghordó: *Szegeden* 3,5%, *Szabadkán* 0,5%. Egyéb szakdolgozó: *Szegeden* 10,9%, *Szabadkán* 18,9%.

A műszakbeosztás vizsgálatakor az derült ki, hogy a *szabadkai ápolók* helyzete kedvezőbb, azaz kisebb a leterheltségük. Legtöbbjük állandó délelőttös, mintegy 60,1%-uk, 28,4%-uk pedig kétműszakos. Ugyanez az arány *Szegeden* 41,9%, illetve 10,7%. Kevesen dolgoznak állandó éjszakás ügyeletben és a három műszakos munkarendben. Szegeden sokkal magasabb azok aránya, akiknek három műszakot kell vállalniuk (42,9%, szemben a szabadkaiak 11,0%-ával).

A pályaválasztás motivációinak és a szakma jellemzőinek összehasonlítása

Eredmények

A pályaválasztás motivációjának ismerete fontos mindkét alminta esetében, hiszen az indokok, melyek az egészségügyben végzett tevékenység felé orientálták a válaszadókat, a későbbiekben is meghatározó szerepet játszhatnak munkájuk végzése során. A *97. táblázat* az ápolói hivatás választásának okairól tájékoztat.

97. táblázat. A pályaválasztás motivációi a szegedi és a szabadkai ápolók körében (százalékos megoszlás)

PÁLYAVÁLASZTÁS MOTIVÁCIÓI	SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
A családban hagyománya van	10,1%	5,9%
Szülők, ismerősök tanácsára	22,7%	22,5%
Szeret emberekkel foglalkozni	64,6%	78,7%
Nem tudott máshol továbbtanulni	7,1%	9,9%
Nem volt más munkalehetőség	7,1%	3,2%
Egyéb ok miatt	10,6%	7,9%

A vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy a pályaválasztás motivációi közül mindkét mintában első helyen áll a segítés, az emberekkel való foglalkozás vágya (64,6%, illetve 78,7%). Mindkét helyen, közel azonos gyakorisággal szerepel a szülők, ismerősök tanácsára történt választás is. A családi hagyományok követése inkább a szegedi szakdolgozók esetében dominál (10,1%), míg a szabadkai kollégáik esetében magasabb azok aránya, akik azért helyezkedtek el az egészségügyben, mert tanulmányi eredményük nem tette lehetővé, hogy máshová menjenek tanulni (9,9%). Azok száma, akik számára az egészségügyön kívül nem volt más munkalehetőség, Szegeden magasabb.

A hivatás gyakorlása során szerzett tapasztalatok jelentősen befolyásolhatják a hivatással kapcsolatos pozitív és negatív jellemzőket. A *98. táblázat* ezeket foglalja össze.

98. táblázat. A szakma pozitív és negatív jellemzőinek megítélése

	SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
A szakma pozitívumai	Emberekkel való foglalkozás	Embereken, betegeken segítés lehetősége
	Gyógyítás	Humánum
	Segítés	Szakértelemmel végzett munka
	Kreativitás	Felelősség
	Változatosság	
A szakma negatívumai	Alacsony bérek	Alacsony bérek
	Megbecsülés hiánya	Megbecsülés hiánya, rossz társadalmi helyzet
	Eszközhiány	Nehéz feltételek, fertőzés lehetősége
	Létszámhiány	Nagyfokú stressz
	Több műszak okozta nehézségek	

A szakma pozitívumai között mindkét mintában első helyen áll a segítés, a gondoskodás lehetősége. A szegedi válaszadók számára lényeges a kreativitás és a változatosság, míg a szabadkai szakdolgozók a humánumot és a szakértelemmel végzett munka fontosságát emelik ki.

A negatívumok sorában a legfontosabb területeken egyezés mutatkozik: mindkét csoport tagjai úgy vélik, hogy az alacsony bérek és hivatásuk alacsony presztízse nehezíti elsősorban a mindennapi munkavégzést. Szegeden kiemelkedik még a nehézségek sorából az eszköz- és létszámhiány, és a több műszak okozta nehézségeket is sokan említették. Szabadkán, érdekes módon, ott van a szakmával kapcsolatos negatívumok sorában a nem megfelelő higiénés viszonyok és a fertőzés veszélyének említése is, és szegedi kollégáiknál többen tapasztalnak a munkavégzés során nagyfokú stresszt.

A hivatással kapcsolatos legfőbb jellemzők mérlegelése után, Szegeden 55,1% azok aránya, akik gondolkodnak a pályamódosításon, Szabadkán a válaszadók 56,1%-a vélekedik így. A fő motívumok között ismét megtalálható mindkét helyen az alacsony fizetés és a hiányzó megbecsülés. Szegeden sokak számára kilátástalan a jövő, és a válaszadók közül többen tovább szeretnék képezni magukat. Szabadkán a szakdolgozók a fárasztó munkát és a motiváció hiányát jelölték még meg a pályaelhagyás okai között (*99. táblázat*).

99. táblázat. A hivatás feladásának szándéka (százalékos megoszlás) (n=454)

SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
Igen, gondolkodik: 55,1%	**Igen, gondolkodik: 56,1%**
INDOKOK:	**INDOKOK:**
Alacsonyak a bérek	Alacsonyak a bérek
Hiányzik a megbecsülés	Hiányzik a megbecsülés
Kilátástalan a jövő	Fárasztó a munka
Tanulni szeretnének	Nincs motiváció

A gyógyító tevékenységben továbbra is részt kíván venni a Szegeden dolgozók 44,9%-a, Szabadkán pedig a megkérdezettek 43,9%-a, az alábbi indokokkal: idősek a változtatáshoz, ez a munkájuk, hivatásuk, amit szeretettel végeznek. Szegeden néhányan optimistán közelítenek a kérdéshez, és bíznak abban, hogy az ágazatban hamarosan pozitív irányú változás veszi kezdetét. Szabadkán a maradás indokai között megemlítik azt is, hogy nem lenne más lehetőség az elhelyezkedésre. A pályán maradás indítékait a *100. táblázat* foglalja össze.

100. táblázat. A pályán maradás indítékai (százalékos megoszlás) (n=454)

SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
Nem akar változtatni: 44,9%	**Nem akar változtatni: 43,9%**
INDOKOK:	**INDOKOK:**
Már idős a változtatáshoz	Már idős a változtatáshoz
Ez a hivatása	Ehhez ért, ezt választotta
Szereti a munkáját	Szereti a munkáját
Optimista, bízik a változásban	Nincs más lehetőség

Megbeszélés

Már-már közhelyszerű a kijelentés, miszerint az egészségügyben dolgozók körében fellelhető egy olyan segítő attitűd, amely fontossá teszi a rászorulókon való segítést, a törődést a beteg emberekkel (*Szentgyörgyi*, 2000; *Temesvári*, *Pataki, Kalmárné* és *Zimányi*, 1996). Ez a késztetés gyakran olyan erővel bír, hogy az ágazatban nagy számban előforduló negatívumokat is feledtetni tudja. Azt ugyanis kutatások sora bizonyította, hogy az egészségügyben mindennaposak azok a nehézségek, melyek fokozhatják a dolgozók elégedetlenségét. Az alacsony bérek, a több műszakos munkarend, a működési és szervezési bizonytalanságok, a létszám- és eszközhiány, a dolgozók közötti nézeteltérések, az olykor megalázó helyzeteket produkáló merev hierarchia gyakran vezetnek

elégedetlenséghez, a problémák megoldatlansága esetén pedig a pályaelhagyás gondolatának érlelődéséhez (*Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Sasváriné*, 2001). Kutatásunk során beigazolódott, hogy a megkérdezettek pályaválasztását döntően a segítés vágya motiválta. Ez a késztetés tart meg sok egészségügyi dolgozót a pályán annak ellenére is, hogy tisztában vannak a szakma fent említett nehézségeivel. Jellemző még mindkét vizsgált csoport esetében, hogy szülők, ismerősök tanácsára történt a választás. A tanácsadókat nagy valószínűséggel az motiválta, hogy biztosnak vélték az egészségügyi végzettség birtokában történő elhelyezkedést. Szép hagyomány, ha a családban élő és ápolási tevékenységet végző hozzátartozók győzik meg a pályaválasztás előtt álló fiatalt a szakma szépségeiről. A szegedi mintában többen voltak olyanok, akiknek a családjában tradíciója van e hivatás választásának. Mindkét helyen találunk olyan válaszadókat, akik esetében kényszer szülte a választást: Szabadkán magasabb volt azok száma, akik tanulmányi eredményük miatt mentek egészségügyi képzőintézménybe, Szegeden pedig többen helyezkedtek el az ágazatban azért, mert nem volt más munkalehetőség.

A szakma jellemzőinek megítélése hatással lehet az egészségügyi dolgozók közérzetére. Ismerve az aktuális állapotokat, nem meglepő, hogy a magyar ápolók elsősorban az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányára, az eszköz- és létszámhiányra panaszkodtak, de előtérbe került a több műszak okozta nehézségek említése is. Hasonlóan vélekedtek a vajdasági ápolók is, esetükben azonban a negatívumok sorában helyet kapott még a fertőzésveszély lehetőségének említése és a nagyfokú stressz is.

A pozitívumok sorában első helyen áll az a segítő attitűd, amely már a pályaválasztást is motiválta. Úgy tűnik, hogy a beteg embereken való segítés, a gyógyítás folyamatában való részvétel lehetősége, mint hivatásuk fontos feladata, minden nehézségen felülkerekedik. Szegeden kiemelték még a kreativitást és a változatosságot a munka pozitívumai között, míg Szabadkán a szakértelem és a felelősség tényezője került említésre.

Elgondolkodtató, hogy Szegeden a válaszadók 55,1%-a gondolkodik hivatása feladásán, Szabadkán 56,1% az ezt fontolgatók aránya. Indokaik szoros összefüggést mutatnak a szakma negatívumaival: elégtelen bérek, alacsony presztízs, kilátástalan jövő, fárasztó munka. Szabadkán többen a motiváció hiányát említik, míg Szegeden néhányan úgy vélekednek, érdemes lenne még tanulniuk.

Akik a pályán maradás mellett teszik le a voksukat, sok esetben csendes beletörődéssel nyugtázzák, hogy – főleg életkoruknál fogva – késő váltani, másrészt szeretik a hivatásukat, és szakértelmük erre a munkára predesztinálja őket. Szegeden többen bíznak a

reformokban, a pozitív irányú változásokban, míg Szabadkán úgy vélik, hogy máshol nem igazán lenne lehetőségük elhelyezkedni.

Az egészségi állapot mutatóinak összehasonlítása

Eredmények

Az egészségi állapot önminősítése befolyásolhatja a mindennapi életérzéseket, ez pedig kihatással lehet a végzett munka színvonalára is. Az egészségügyi dolgozókat arra kértük, hogy minősítsék saját egészségi állapotukat. Mint az a *101. táblázat* adataiból kiderül, a szabadkai ápolók sokkal pozitívabban jellemezték saját egészségüket, hiszen 20,7%-uk kiválónak ítélte állapotát. Ez az arány kimondottan magasnak számít a szegedi szakdolgozókhoz képest, akik közül csupán 9,1% állította, hogy kiváló egészséggel rendelkezik. Jó egészségi állapotúnak a szegedi ápolók 46,2%-a gondolja magát, míg a szabadkai ápolók aránya ebben az összehasonlításban szintén magasabb: 49,8%. Azt lehet mondani, hogy kiváló vagy jó egészségnek a szerbiai ápolók 70,5%-a örvend, míg ez az arány a magyar mintában jóval alacsonyabb: csak 55,3%.

A szegedi ápolók jelentős része negatívabban ítéli meg saját egészségét: 36,6%-uk elfogadhatónak, 8,1%-uk egyenesen rossznak minősíti egészségi állapotát, míg ez az arány jóval alacsonyabb a szabadkaiak körében (25,9% és 3,6%). Megállapítható, hogy Magyarországon azok aránya, akik rossznak ítélik meg egészségüket, több mint a háromszorosa a szabadkai mintában szereplőknek.

101. táblázat. Az egészségi állapot önminősítése (százalékos megoszlás) (n=454)

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT	SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
Kiváló	9,1%	20,7%
Jó	46,2%	49,8%
Elfogadható	36,6%	25,9%
Rossz	8,1%	3,6%

Ha beosztás szerint végezzük az elemzést, az derül ki, hogy Szegeden leginkább a főnővérek veszélyeztetettek (*102. táblázat*). Szinte egyikőjük sem jellemezte magát kiváló egészséggel, 81,8%-uk pedig az utolsó két kategóriába sorolta magát. Feltehető, hogy a főnővéri poszttal sokkal több feladat és felelősség hárul rájuk, mely jelentősen kihat az

egészségi állapotukra, közérzetükre. Rossz egészségi állapottal leginkább az egyéb szakdolgozók karakterizálták magukat (18,2%), de jelentős az orvosírnokok és asszisztensek hányada is ebben a csoportban (11,1%, ill. 10,2%). A magyarországi mintában a legkedvezőbb egészségi állapotot a beteghordók jelölték meg, egyikük sem jellemezte magát rossz egészséggel: ez minden bizonnyal amiatt is van így, mert sokkal kisebb felelősségük van a gyógyító folyamatban, mint az egyéb státuszokat betöltőknek.

102. táblázat. A szegedi egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának szubjektív önértékelése a beosztás függvényében (százalékos megoszlás) (n= 201)

	KIVÁLÓ	**JÓ**	**ELFOGADHATÓ**	**ROSSZ**
Ápoló	11,8%	46,3%	36,4%	5,5%
Főnővér	-	18,2%	72,7%	9,1%
Asszisztens	2,6%	51,3%	35,9%	10,2%
Orvosírnok	11,2%	44,4%	33,3%	11,1%
Beteghordó	33,3%	50,0%	16,7%	-
Egyéb szakdolgozó	4,5%	50,0%	27,3%	18,2%

A szabadkai egészségügyi szakdolgozók közül legrosszabbnak az egyéb szakdolgozók vélik egészségük állapotát (50,0%). Szembetűnő, hogy többen vannak, akik a rossz és az elfogadható kategóriákat egyáltalán nem is használtak a besoroláskor (*103. táblázat*). Viszonylag sokan sorolták magukat a jó kategóriába: az orvosírnokok és a beteghordók 100,0%-a jónak ítéli egészségét, ugyanakkor a kiváló kategóriában magas arányban találjuk az asszisztenseket és a főnővéreket (21,7% és 12,5%).

103. táblázat. A szabadkai egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának szubjektív önértékelése a beosztás függvényében (százalékos megoszlás) (n= 253)

	KIVÁLÓ	**JÓ**	**ELFOGADHATÓ**	**ROSSZ**
Ápoló	6,0%	66,0%	24,0%	4,0%
Főnővér	12,5%	33,3%	54,2%	-
Asszisztens	21,7%	52,8%	23,6%	1,9%
Orvosírnok	-	100,0%	-	-
Beteghordozó	-	100,0%	-	-
Egyéb szakdolgozó	11,8%	12,8%	25,4%	50,0%

Az egészségi állapot vizsgálata kapcsán rákérdeztünk a pszichoszomatikus tünetek jelenlétére és az előfordulás gyakoriságára. Az adatokat a 104.-106. táblázat szemlélteti.

104. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága 1. (százalékos megoszlás) (n = 454)

	GYAKORISÁG	SZEGED	SZABADKA
Fejfájás	Soha Ritkán Időnként Gyakran	18,4% 25,5% 25,5% 30,6%	16,9% 26,5% 26,5% 30,1%
Hát- és derékfájás	Soha Ritkán Időnként Gyakran	8,2% 16,3% 29,1% 46,4%	15,1% 23,3% 32,6% 29,0%

A táblázatból kiderül, hogy a fejfájás gyakorisága mind a két mintában hasonló, nagy eltérés nem észlelhető: a megkérdezettek kb. egyharmadának mindennapi problémát jelent. Azok aránya, akik soha nem szenvednek fejfájástól, Szegeden 18,4%, Szabadkán 16,9%. A hát- és derékfájás sokkal sűrűben fordul elő a szegedi ápolók körében: 46,4%-uk gyakran szembesül e szimptómával, és csupán 8,2%-uk számára ismeretlen ez a tünet. A szabadkai ápolók 15,1%-nak még nincsenek ilyen típusú panaszai, 29,0%-uknál azonban gyakran szokott ez a tünet előfordulni.

105. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága 2. (százalékos megoszlás) (n = 454)

	GYAKORISÁG	SZEGED	SZABADKA
Alvási zavarok	Soha Ritkán Időnként Gyakran	20,5% 22,1% 24,1% 33,3%	28,7% 28,7% 21,7% 20,9%
Kimerültség	Soha Ritkán Időnként Gyakran	4,1% 16,0% 35,1% 44,8%	4,9% 24,7% 34,8% 35,6%

Az alvási zavarok és a kimerültség szimptóma előfordulási gyakoriságánál a két minta között jelentős különbséget lehet megfigyelni. Alvási zavarokkal viszonylag kevés szabadkai ápoló küszködik gyakran (20,9%-uk), 28,7%-nak nincsenek ilyen fajta panaszai, míg a szegedi ápolók 33,3%-ánál gyakori ez a jelenség, és 20,5%-uk mentes teljesen e tünettől.

Hasonló a helyzet, ha a kimerültséget vizsgáljuk. Magyarországon az egészségügyi szakdolgozók sokkal fáradékonyabbak, mint a szabadkaiak: 44,8%-uk rendszeresen kimerültnek érzi magát. A szabadkai kollégáknál a kimerültség szimptómája ritkábban jelenik meg. Ezt azzal is lehet magyarázni, hogy a magyarországi mintában sokkal többen vannak, akik munkabeosztásuk szerint állandóan éjjeli műszakban, illetve három műszakos beosztásban dolgoznak. Az ilyen munkatempó, minden bizonnyal, hatással van az ápolók egészségi állapotára, közérzetére. Ha a további pszichoszomatikus tüneteket vesszük szemügyre, az derül ki, hogy a szegedi ápolók esetében a gyomorégés és a hasmenés komoly gondot jelent. Mind a két tünet sűrűbben fordul elő náluk, mint a szabadkai ápolók körében. Gyomorégés szimptómájától majdnem 12%-kal több szegedi dolgozó szenved gyakran, ezzel párhuzamosan ez a tünet sokak számára ismeretlen Szabadkán. A vajdasági szakdolgozóknál a hasmenés a kérdezettek 52,5%-nál soha nem fordul elő, ez az arány Szegeden 39,7%, de mind a két mintában a válaszadók kb. 12,0%-nak jelent rendszeres problémát. A szabálytalan szívdobogás tüneténél a szabadkai ápolók körében érdekes eredmények születtek: ezt a tünetet a szegediekhez képest kevesebben észlelték, ugyanakkor az érintetteknél gyakrabban fordul elő. Ez az egyetlen szimptóma, melynek előfordulási gyakorisága tekintetében a szabadkaiak vannak rosszabb helyzetben.

106. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága 3. (százalékos megoszlás) (n = 454)

	GYAKORISÁG	SZEGED	SZABADKA
Gyomorégés	Soha Ritkán Időnként Gyakran	24,6% 22,1% 24,1% 29,2%	30,7% 28,2% 23,5% 17,6%
Hasmenés	Soha Ritkán Időnként Gyakran	39,7% 33,0% 14,9% 12,4%	52,5% 25,4% 10,4% 11,7%
Szabálytalan szívdobogás	Soha Ritkán Időnként Gyakran	27,0% 24,5% 24,5% 24,0%	31,7% 24,4% 18,3% 25,6%

Az adatok alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy a szegedi egészségügyi szakdolgozók egészségi állapota sokkal kedvezőtlenebb, mint a szabadkaiaké. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy az egészségi állapot megítélésére jelentősen hat e tünetek megléte: minél gyakrabban szenvednek az egyének pszichoszomatikus szimptómáktól, annál kedvezőtlenebbnek vélik egészségüket. Azonos hatást gyakorol az egészségi állapot megítélésére az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma. A negatív hozzáállás valószínűsége arányosan növekszik a megkérdezettek életkorának és az egészségügyben eltöltött éveik számának emelkedésével.

Az idegesség, a különböző pszichoszomatikus tünetek sokszor idéznek elő rizikómagatartást. Fontos annak ismerete, hogy a válaszadókat milyen mértékben érintik a káros szenvedélyek, szoktak-e dohányozni, alkoholt fogyasztani és kávézni, illetve arra is választ kerestünk, hogy milyen sűrűn hódolnak e szenvedélyeknek.

A vizsgálat ezen szakaszának eredményeit a *107. táblázat* tartalmazza.

107. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók dohányzási szokásai, alkohol – és kávéfogyasztása (százalékos megoszlás) (n = 454)

SZOKOTT-E…	GYAKORISÁG	SZEGED	SZABADKA
Dohányozni?	Nem	48,7%	53,2%
	Alkalmanként	6,1%	10,7%
	Napi 1-2 szál	2,0%	4,0%
	Napi 10 szál	12,2%	8,7%
	Napi 20 szál	25,4%	15,1%
	Napi 20 szál fölött	5,6%	8,3%
Alkoholt fogyasztani?	Nem	41,4%	44,7%
	Alkalmanként	54,0%	49,4%
	Heti 1-2	2,5%	4,7%
	Naponta	2,1%	1,2%
Kávét fogyasztani?	Nem	19,2%	27,1%
	Napi 1-2 csésze	47,0%	48,6%
	Napi 3-4 csésze	27,3%	22,3%
	Napi 5-6 csésze	4,0%	2,0%
	6 csészénél többet	2,5%	-

Szeged és Szabadka egészségügyi szakdolgozóinak jelentős hányada nem dohányzik, bár a szerbiai ápolók körében valamelyest több a nemdohányzó. A szabadkai ápolók inkább alkalmanként szoktak cigarettázni. Ugyanakkor a dohányosokkal kapcsolatban megállapítható, hogy ők szenvedélyesebben hódolnak e szokásnak, mint a hasonló kategóriába tartozó szegediek. Azok körében, akik többet szívnak napi 20 szálnál, a vajdaságiak aránya magasabb (8,3%), mint a szegedieké (5,6%), míg Szegeden többségben vannak azok, akik mértékkel cigarettáznak, vagyis 10-20 szálat szívnak naponta (25,4% és 15,1%).

Ha az alkoholfogyasztást vizsgáljuk megállapítható, hogy a szegedi válaszadók 41,4%-a nem szokott fogyasztani alkoholt, míg a szabadkaiak körében ez az arány 44,7%. Megnyugtató tény, hogy az ápolók többsége csak alkalmanként szokott szeszes italt inni. Heti egy-két alkalommal iszik alkoholt a szabadkai ápolók 4,7%-a, a szegedieknek pedig

2,5%-a; a napi szinten szeszes italt fogyasztók aránya viszont a szegedi egészségügyi dolgozók körében magasabb, mint a vajdaságiakéban (2,1%, illetve 1,2%).

A kávéfogyasztás az a káros szenvedély, melynek a legtöbb ápoló hódol. Mind a két mintában az ápolók között sokkal kisebb azok aránya, akik nem szokták fogyasztani. A szegediek körében a nem kávézók aránya 19,2%, míg a szabadkaiak esetében 27,1%. A megszokott adag mindkét esetben a napi 1-2 csésze kávé, bár mindkét mintában jelentős azok száma is, akik 3-4 csésze kávét szoktak fogyasztani. A szenvedélyes kávéfogyasztás, mely napi hat csésze kávét jelent, csak a magyarországi mintában van jelen, ez az arány 2,5%.

Megbeszélés

Az ápolói a hivatás egyik fő jellemzője az odaadás, együttérzés, ami fejlett empátiás készséget követel, így nyitottabbá és sérülékenyebbé teszi a szakmabelieket. Az ápoló-beteg kapcsolat az ápolókra kihatással van, hiszen a beteg lelki vezetése stresszel járó folyamat, ugyanakkor tovább nehezíti a helyzetet, hogy az ápolók munkájuk során az emberekkel, betegekkel azok sérülékeny korszakában találkoznak (*Gelsema*, 2006).

A stressz-jelenséggel sok kutatás foglalkozik, hiszen egy olyan témáról van szó, melyről mindennap hallunk, életmódunk elkerülhetetlen velejárója. Az ápolói munka számos stresszforrással jár együtt. A szakma negatív jellemzői, mint a támogató környezet hiánya, a korlátozott előrelépési lehetőség, a három műszak és gépies iramú munka, az ügyeleti rendszer, az alulfizetettség, továbbá a túlterheltség, a kompetenciakörök tisztázatlansága hozzájárulnak ahhoz, hogy az ápolók munkája stresszel telített hivatássá vált (*Hegney*, *Plank* és *Parker*, 2006). Természetesen a munka jellege mellett a stresszre adott reakció nagyban függ az egyén személyiségétől. Ha az egyén könnyen frusztrálódó, nem pozitív gondolkodású és állandó szorongás jellemzi, még sérülékenyebb (*Pikó* és *Piczil*, 2000).

A stressz testi és lelki betegséget okozhat, melynek krónikus fáradtság, levertség és alvászavarok, fejfájás, étkezészavar lehet a velejárója (*Sabo*, 2006). Ha nem kezelik, az egyén számára egy idő után lehetetlen a stresszorok leküzdése, így könnyen kialakulhat a kiégés szindróma (*Cubrilo-Turek*, *Urek* és *Turek*, 2006). Természetesen megfelelő képzéssel és felkészültséggel meg lehetne előzni e következmények kialakulását, illetve megkönnyíteni a stesszel való megküzdést. Ennek a felkészülésnek az intézmények szervezeti keretein belül szervezetten kellene történnie, de erre kevés a példa. Az ápolók

önerőből és keresetükből ezt nem tudják megoldani, pedig a jelenség szakszerű kezelése csökkentené a munkahelyi hiányzásokat, és biztosítaná az ápolás magas szintjét. Amint a kutatásokból kiderül, a stresszorok jelentősen befolyásolják a mentális és fizikai egészséget (*Pikó*, 1999).

A feszültségek, szorongások feldolgozatlansága az ápolók körében egészségkárosító magatartások megjelenését eredményezi, mint pl. a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a gyógyszerek fokozott használata. Az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát figyelembe véve, azt lehet észrevenni, hogy a szakmabeliek jelentős részének különböző pszichoszomatikus tünetei vannak. Leginkább a fejfájással, hát- és derékfájással, alvási zavarokkal és kimerültséggel kell megküzdeniük. A szegedi mintában e szimptómák gyakrabban jelennek meg, mint a szabadkaiaknál. Így nem meglepő, hogy a magyarországi mintában negatívabban ítélkeztek saját egészségi állapotukról.

Bár azt várnánk el, hogy az egészségügyi szakdolgozók tájékozottságuknál, tudásuknál fogva egészséges életmódot élnek, az eredmények teljesen mást mutatnak. A rizikómagatartás, mely magában foglalja a dohányzást, kávé- és alkoholfogyasztást, nagymértékben részese életüknek. Mind a három kategóriában a szegedi ápolókra nagyobb mértékben jellemző ezeknek a szenvedélyeknek a jelenléte, hisz a szabadkaiak körében több a nem dohányzó, antialkoholista, és kávét nem fogyasztó személy.

Az egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete az ápolás társadalmi környezetének tükrében, Szegeden és Szabadkán

Eredmények

Az egészségügyi dolgozók elégedetlenségének egyik fő forrása az anyagi megbecsülésük alacsony foka. A munkahelyen tapasztalható nehézségek után gyakran a privát szférájukban is nehézségekkel küzdenek, az állandó anyagi problémák pedig az alacsonyabb státusz érzéséhez, deprivációhoz és a szegénységtudat kialakulásához vezethetnek. A válaszadók életkörülményeiről sokat elárulnak a lakhatás körülményei. A megkérdezett egészségügyi szakdolgozók lakásviszonyai a kutatás eredményei alapján relatíve jónak mondhatók. Szegeden 73,6%-uk, míg Szabadkán 72,2%-uk saját tulajdonú lakást birtokol. Szegeden az egészségügyi szakdolgozók 10,2%-a bérlakásban lakik, míg a szabadkaiak 15,7%-a lakhatási körülményeit sajátosan oldotta meg (például szálló, rokonok). Az ápolók két csoportja között markánsabb különbséget csak a lakás jellegének

összehasonlításával lehet észrevenni. Ezt az összehasonlítást a *108. táblázat* adatai teszik lehetővé.

108. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók lakásának jellege (százalékos megoszlás) (n=454)

LAKÁS JELLEGE	SZEGED	SZABADKA
Kertes családi ház	40,1%	70,0%
Panellakás	36,0%	5,1%
Társasházi lakás	13,7%	16,2%
Házrész	4,1%	5,1%
Tanya	2,0%	0,8%
Egyéb megoldás	4,1%	2,8%

A szabadkai válaszadók esetében elmondható, hogy 70,0%-uk kertes családi házban él, ugyanakkor kiemelkedő a társasházi lakásban élők aránya is (16,2%). Szegeden a válaszadók 40,0%-a családi házban él, illetve a panellakásokban élők aránya is magas, 36,0%. Szintén jelentős a társasházi lakásban élők száma (13,7%). Az eredményekből az is kiderül, hogy a Magyarországon élő egészségügyi szakdolgozók esetében magasabb a tanyán, illetve házrészben élők száma. A szegedi ápolók többsége házastársával és gyermekével él együtt egy háztartásban, arányuk 59,3%; 17,8% szülőkkel, 11,7% egyedül, 6,6%-uk baráttal, ismerőssel él, míg 4,6%-uk más rokonnal. A szabadkai egészségügyi szakdolgozók többsége hajadon, nőtlen, így 56,6%-uk a szülőkkel lakik együtt, míg 38,3%-uk házastárssal, gyermekkel osztozik lakásán. A két csoport lakhatási körülményeiben, de főleg a lakás jellegében jelentkező nagy különbségek azzal is magyarázhatóak, hogy a szabadkai mintában – ahol az átlagéletkor négy évvel alacsonyabb – sokan még nem léptek házasságra, ennek folytán továbbra is a szülők által biztosított kényelemben tudnak élni.

Az életminőség másik mutatója, a háztartások felszereltségének mikéntje. E terület vizsgálata azért is fontos, mert a több műszakos, fárasztó munkarend és a kevés szabadidő miatt jelentős könnyebbséget jelenthet egy jól felszerelt háztartás az egészségügyi szakdolgozók számára. Ebből a szempontból meglepőnek találtuk azt a tényt, hogy a szabadkai ápolók lakásainak tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottsága jobb a szegedieknél. Még érdekesebb ez az adatsor akkor, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy Szerbia az utóbbi tíz-tizenöt évben háborúval, inflációval és gazdasági szankciókkal

küzdött. A válaszadók tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságának adatait a *109. táblázat* mutatja.

109. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottsága (százalékos megoszlás) (n=454)

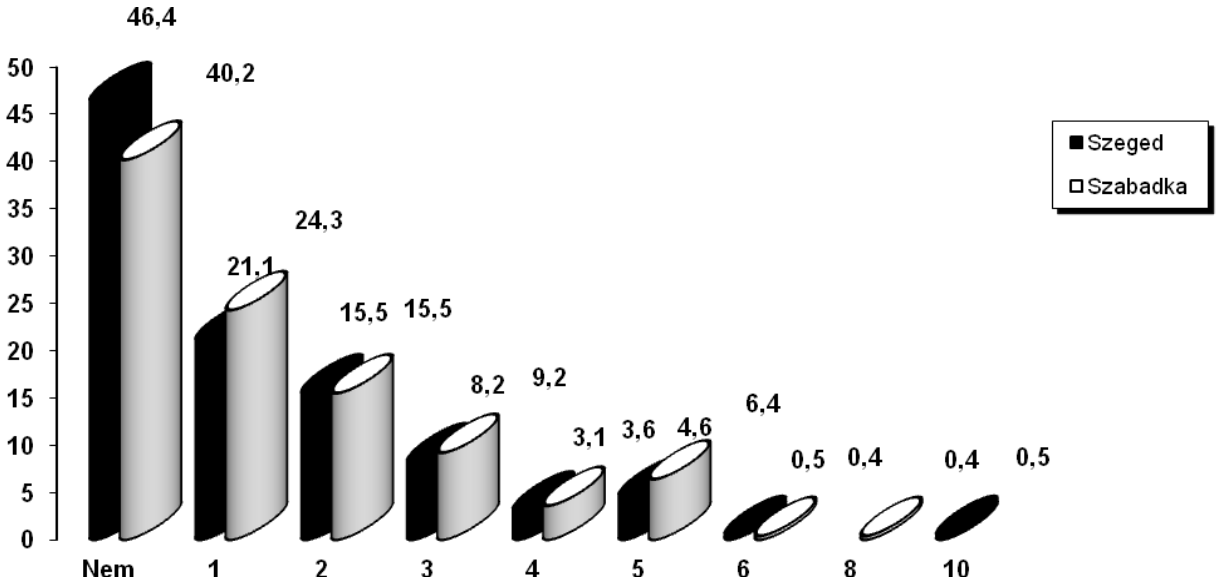
TARTÓS FOGYASZTÁSI CIKK	**SZEGED**	**SZABADKA**
Tévé	94,9%	99,6%
Automata mosógép	71,7%	92,5%
Hűtőszekrény	97,0%	100%
Porszívó	92,9%	98,8%
Videó	57,4%	70,4%
CD lejátszó	29,9%	62,8%
Magnó	70,4%	55,3%
Mosogatógép	3,1%	7,9%
Mikrohullámú sütő	48,5%	32,0%
Fagyasztó	45,7%	88,1%
Számítógép	25,4%	35,2%
Autó	34,5%	67,2%

A szabadkai válaszadók közül majdnem mindenki rendelkezik tévékészülékkel és porszívóval, illetve mindenkinek van hűtőszekrénye. Automata mosógépe a megkérdezettek 92,5%-ának van. A szegedi mintához képest a szabadkai szakdolgozók lakásában kétszer nagyobb valószínűséggel lehet találni CD-lejátszót, fagyasztót. Ugyanakkor a videó és számítógép is jellemzőbben jelenlévő a szabadkaiak mindennapjaiban, mint a szegediek esetében. A határ túloldalán élő családok nagyobb hányada rendelkezik gépjárművel, arányuk 67,2%.

Meglepőnek tűnik, hogy a szegedi egészségügyi szakdolgozók lakásából olyan fontos háztartási eszközök, mint a porszívó, fagyasztóláda, ilyen nagy arányban hiányoznak. Alacsony azok aránya, akik CD-lejátszóval rendelkeznek (29,9%), és még kevesebben vannak, akik számítógépet birtokolnak (25,4%). Igen keveseknek van autója (34,5%), ez az arány majdnem kétszer kisebb, mint a szabadkai mintában. Ugyanakkor a szegedi ápolók lakásában magnó és mikrohullámú sütő gyakrabban fordul elő. Mind a két mintából igen

kevesen rendelkeznek mosogatógéppel: Szegeden az egészségügyi dolgozók 3,1%-a, míg szabadkán 7,9%.

Az életminőséggel kapcsolatban igen sokat elárul, hogy az alkalmazottak miként töltik szabadidejüket, milyen rekreációs tevékenységek elérhetőek számukra. Ismeretes, hogy az ápolói munka milyen nagy fizikai és pszichikai megterheléssel jár, ezért is szükséges lenne, hogy megengedhessék maguknak a teljes kikapcsolódást. A szegedi ápolók 46,4%-ának az elmúlt öt évben nem volt lehetősége nyaralni, míg ez arány a határ másik oldalán 40,2%. Úgy tűnik, hogy a vajdasági ápolók helyzete valamelyest kedvezőbb annak köszönhetően, hogy Szerbia-Montenegró saját tengerrel rendelkezik, illetve számos telelési központja van, ahol az üdülés sokszor egyéni úton oldható meg, kedvezőbb árakon. Ugyanakkor az is megállapítást nyert, hogy a szabadkai ápolók közül kétszer annyian rendelkeznek gépjárművel, mint a szegediek amely jelentősen megkönnyíti az utazási feltételeket. Elgondolkodtató adat, hogy míg a szegedi válaszadók 20,2%-a engedheti meg magának a külföldi üdülést, addig ez az arány a szabadkaiak esetében 30,8%. A belföldi üdülés az, amely inkább elérhető az egészségügyi szakdolgozók számára.



1. ábra Az elmúlt 5 év nyaralásainak előfordulási gyakorisága (százalékos megoszlás)

Miután az üdülésre nem igazán van lehetőségük az ápolóknak, informatív annak feltérképezése, hogy milyen rekreációs tevékenységek jelentik számukra a kikapcsolódást? A *110. táblázatból* kiderül, hogy a szegedi alkalmazottak szabadidős tevékenységei sokszínűbbek, az arányok egyenletesebben oszlanak meg. Szegeden leggyakrabban

tévénézéssel (43,8%), olvasással töltik szabadidejüket (38,6%), de a sport és a kézimunka is fontos szabadidős aktivitás (20,2% és 22,3%). A szabadkai ápolók 58,9%-a baráti társaságban szereti eltölteni a szabadidő jelentős részét, több mint háromszor gyakrabban szerveznek ilyen találkozókat, mint a szegediek. Ez azzal is magyarázható, hogy a szabadkai mintában szereplők korosztálya fiatalabb, mint a szegedieké, illetve a házasságban élők aránya is lényegesen alacsonyabb, így szabadidejüket nem a családnak kell szentelniük, és valószínű, hogy a fizetésükből is többet tudnak szórakozásra fordítani. A tévénézés itt is közkedvelt tevékenység, a válaszadók 61,3% a gyakran teszi. Szintén jelentős azok aránya, akik gyakran olvasnak (33,5%). A sporton kívül, mely 17,5%-kal képviselteti magát, a többi aktivitás gyakorisága igen alacsony.

Sajnálatos módon a mozi- és a színházlátogatás igen kevesek számára jelent szabadidős tevékenységet, Szabadkán még kevesebben kapcsolódnak ki ilyen módon, mint Szegeden.

110. táblázat. Az egészségügyi szakdolgozók szabadidős tevékenységei (százalékos megoszlás) (n=454)

	SZEGED			**SZABADKA**		
	Soha	**Alkalman-ként**	**Gyakran**	**Soha**	**Alkalman-Ként**	**Gyakran**
Mozi	31,1%	56,3%	12,6%	25,4%	70,6%	4,0%
Színház	36,8%	44,7%	18,4%	29,6%	64,6%	5,8%
Olvasás	16,1%	45,3%	38,6%	6,7%	59,9%	33,5%
Tévénézés	19,1%	37,1%	43,8%	0,8%	37,9%	61,3%
Baráti találkozó	7,9%	74,7%	17,4%	1,7%	39,4%	58,9%
Sport	30,9%	48,9%	20,2%	23,8%	58,8%	17,5%
Kézimunka	41,0%	36,7%	22,3%	63,5%	30,7%	5,9%
Kirándulás	21,2%	63,7%	15,0%	18,7%	73,7%	7,6%

A válaszadók szociális helyzetének megismerése után az a kérdés is felmerül, hogy keresetük kiegészítése céljából vállalnak-e a munkaidőn túli munkatevékenységet? A kiegészítő munkatevékenységek előfordulásáról a *111. táblázat* adatai adnak tájékoztatást.

111. táblázat. A munkaidőn túl végzett munkatevékenység előfordulásának gyakorisága (százalékos megoszlás) (n=454)

MUNKAIDŐN TÚLI MUNKATEVÉKENYSÉG	**SZEGED**	**SZABADKA**
Nem	59,2%	68,0%
Igen, szakmabeli munka	9,2%	9,1%
Egyéb munka	31,6%	22,9%

A szegedi válaszadók 40,8%-a kénytelen a jobb megélhetés érdekében ilyen munkatevékenységet végezni, közülük 31,6% azok aránya, akik nem szakmai jellegű túlmunkával jutnak mellékkeresethez. Ez többnyire ügynöki tevékenységet vagy gyermekfelügyeletet jelent. A szabadkai ápolók esetében a túlmunkát végzők aránya alacsonyabb, 32,0%. Esetükben 22,9%-uk jut hivatásától eltérő módon többletjövedelemhez.

Az anyagi megbecsülés alacsony foka, az elégtelen bérek következményeként az egészségügyi szakdolgozók olykor szembesülnek anyagi nehézségekkel. Ez esetben felvetődhet a kérdés: kihez/kikhez fordulnak segítségért a nehéz élethelyzetben, társas támogatórendszerük mely eleme(i) nyújt(anak) segítséget ilyen esetekben? A segítséget nyújtók köre a *112. táblázat*ból ismerhető meg.

112. táblázat. A társas támogatórendszer elemei anyagi problémáik esetén (százalékos megoszlás)

TÁMOGATÁST NYÚJTÓK KÖRE	SZEGED	SZABADKA
Házastárs	29,8%	20,3%
Szülő	43,4%	62,2%
Gyerek	6,1%	1,6%
Egyéb rokon	4,5%	2,4%
Barát	10,7%	2,8%
Szomszéd	2,0%	0,4%
Munkatárs	3,0%	0,8%
Bank	27,3%	6,8%
Senki	15,9%	2,8%

Anyagi problémák esetén mind a két minta résztvevői leginkább a szülőkhöz fordulnak. A szabadkai ápolók esetében ez az arány csaknem 20,0%-kal magasabb, mint Szegeden. A magyarországi mintában szereplő egészségügyi szakdolgozók 29,8%-a házastársától várja az anyagi támogatást, míg a szabadkaiak ritkábban fordulnak hozzájuk segítségért. Szegeden szembetűnően magas az aránya azoknak, akik pénzintézetekhez fordulnak krízisidőszakban. Ez annak is köszönhető, hogy a bankhálózat szilárdabb alapokon áll, az emberek bizalma jóval nagyobb ezen intézetek felé, mint Szerbiában, ahol a gazdasági helyzet a kérdezés időpontjában még meglehetősen bizonytalan volt. Ugyanakkor a szegedi ápolók 15,9%-nak nincs kihez fordulnia, illetve nem akar segítséget kérni, ha anyagi problémákkal szembesül. A segítséget nem igénylők aránya Szabadkán 2,8%.

Megbeszélés

A szociális helyzet vizsgálata kapcsán újra meg kell említeni azokat a nehézségeket, melyekkel az egészségügyi szakdolgozók – egyre bizonyosabb, hogy függetlenül attól, a határ mely oldalán végzik gyógyító tevékenységüket – nap mint nap találkoznak: alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, a több műszak követelményei, rossz munkakörülmények, az ápolói létszámhiány állandó jelenléte (*Bugovics* és *Pilt*, 2002; *Pikó* és *Piczil*, 1998; *Pikó* és *Piczil*, 2000; *Szánthó* és *Solymosi*, 2000). Az anyagi elismerés hiánya jelentősen meghatározza életkörülményeiket, az elégtelen bérek a deprimáltság érzését kelthetik (*Horváth* és *Rigó*, 2002; *Lengyel* és *Tóth*, 2001). A vizsgálat ezen szakaszának eredményeit

tanulmányozva megállapíthatjuk, hogy a lakhatási körülményeket illetően a két minta arányai között nincs jelentősebb eltérés. Különbségek inkább a lakások jellegében mutatkoztak, amennyiben a szabadkai ápolók nagyobb hányada kertes házban lakik, míg a szegediek többsége kertes házban és panellakásban él.

A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottság a szabadkai ápolók esetében kedvezőbb. A szegedi ápolók egy része nélkülöz olyan tartós fogyasztási cikket, mint a fagyasztóláda, porszívó vagy automata mosógép, melyek birtoklása jelentősen csökkentené a háztartási tevékenység végzésével töltött időt, és több szabadidőt biztosítana a dolgozók számára.

A pihenést illetően megemlítendő, hogy az egészségügyi szakdolgozók jelentős része a kérdezést megelőző 5 évben sehol nem volt üdülni. A szegedi ápolók ez esetben is rosszabb helyzetben vannak, mint a szabadkaiak. Azok, akiknek megadatott ez a lehetőség, többségükben belföldi üdülésről számolnak be. Szerbiában valamelyest kedvezőbb a helyzet, egyrészt, mert kétszer annyian rendelkeznek gépjárművel, másrészt, az ország rendelkezik számos telelési központtal és saját tengerparttal, ahol mindig lehet találni kedvezőbb áron szállást, mely jelentősen csökkenti az üdülési költségeket.

Azokból az adatokból, melyek a szabadidő eltöltésére vonatkoznak, az derült ki, hogy a válaszadók – minden bizonnyal anyagi helyzetük következményeként is – próbálják minél gazdaságosabban, olcsóbban eltölteni szabadságukat. A szegedi minta egyik jellegzetessége, hogy inkább helyhez kötött, pénzbe nem igazán kerülő tevékenységeket végeznek szabadidejükben a megkérdezettek: olvasnak, televíziót néznek, kézimunkáznak, és csak alkalmanként szánják el magukat, vagy engedhetik meg maguknak, hogy moziba, színházba menjenek, vagy barátaikkal szórakozzanak. A szabadkai ápolóknál is preferált kikapcsolási mód a televíziónézés, ám abból kiindulva, hogy körükben többen rendelkeznek videóval, CD-lejátszóval és számítógéppel, feltételezhető, hogy sokszínűbben töltik el szabadidejüket otthonukban. A szegedi válaszadókkal ellentétben sokkal nagyobb hangsúlyt fektetnek a társasági életre, leginkább barátaikkal szeretnek találkozni. A jelentősen eltérő szokások részben kulturális különbségekkel, részben pedig a két minta életkori különbségével magyarázhatók.

Annak érdekében, hogy anyagi helyzetükön javítsanak, Szegeden és Szabadkán is többeknek túlmunkát kell vállalniuk, arányuk 40,8%, illetve 32,0%. Ez a tevékenység sok esetben nem függ össze a meglévő szakképzettséggel.

Az anyagi nehézségek esetén történő segítségkérés vonatkozásában elmondható, hogy mindkét mintában felülreprezentáltak azok, akik szűkebb családi körben mozogva, szüleiktől, házastársuktól várnak megoldást.

Az eredmények azt sugallják, hogy jelentősebb reformokat kellene véghezvinni az egészségügyben, az egészségügyi szakdolgozók szociális helyzetének javítása érdekében. E változások sürgős bevezetése azért is indokolt, mert a jelenlegi ápolói létszámhiány még súlyosabb méreteket ölthet, ez pedig az egészségügyi ellátás minőségének rovására menne.

Az elégedettség mutatóinak összehasonlítása

Eredmények

Az ápolói tevékenységgel kapcsolatos jellemzők ismerete szinte szükségszerűvé teszi a kérdést: mennyire elégedettek munkájukkal és életükkel az egészségügyi szakdolgozók határon innen és túl, Szegeden és Szabadkán. A kérdésre adott válaszokat a *113.* és *114.* táblázat, valamint a *2. ábra* mutatja.

113. táblázat. A szakma újraválasztásának lehetősége (százalékos megoszlás) (n=454)

A SZAKMA ÚJRAVÁLASZTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE	SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
Habozás nélkül újraválasztaná	32,3%	36,4%
Jobban meggondolná	49,8%	46,6%
Nem választana ilyen munkát	17,9%	17,0%

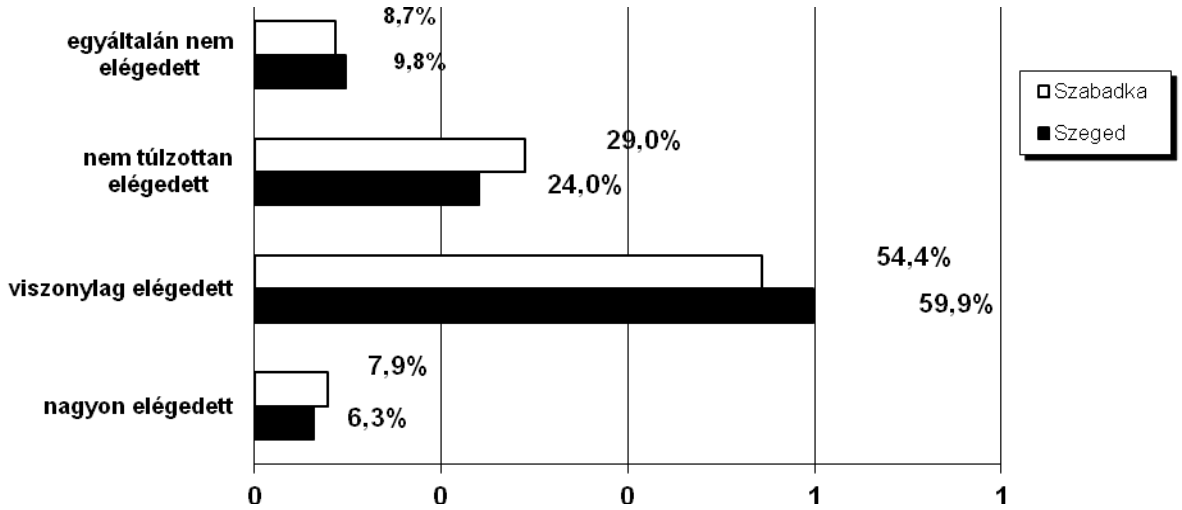
A szegediek 32,3%-a habozás nélkül újraválasztaná hivatását, ez az arány a szabadkaiak esetében 36,4%. Jobban meggondolná választását a Szegeden dolgozók 49,8%-a, a Szabadkán tevékenykedők 46,6%-a, míg nem választana újra ilyen munkát a szegediek 17,9%-a, a határon túliak 17,0%-a.

114. táblázat: A szakma ajánlása (százalékos megoszlás) (n=454)

A SZAKMA AJÁNLÁSA	SZEGEDI ÁPOLÓK	SZABADKAI ÁPOLÓK
Meggyőződéssel ajánlaná	16,1%	25,3%
Kétségei lennének, hogy javasolja-e	65,8%	56,9%
Ellene érvelne	18,1%	17,8%

Ismerősnek is szívesen, meggyőződéssel ajánlaná az egészségügyben tevékenykedést a szabadkai válaszadók 25,3%-a. Ez az arány a szegedi ápolók esetében 16,1%.

Elgondolkodtató a magas arány, amely azok csoportját jellemzi, akik kétségekkel telve vallanának hivatásukról. A szegedi válaszadók 65,8%-a számol be ezekről a kétségekről, míg a szabadkaiak 56,9%-ában él a bizonytalanság. Az egészségügyben végzett munka választása ellen érvelne a szegediek 18,1%-a, a szabadkaiak 17,8%-a.



2. ábra A munkával és az élettel való elégedettség megítélése (százalékos megoszlás) (n=454)

A szabadkai ápolók 7,9%-a nagyfokú elégedettségről számolt be, ez az arány a szegedi mintában némileg alacsonyabb, 6,3%. Viszonylagos az elégedettsége a szegediek 59,9%-ának, a szabadkaiak 54,4%-ának. Nem túlzottan elégedett az életével a szegedi dolgozók 24,0%-a, míg a szabadkaiak 29,0%-a.

Egyáltalán nem elégedett az életével a szegedi egészségügyi szakdolgozók 9,8%-a, a szabadkai egészségügyi szakdolgozók 8,7%-a.

Megbeszélés

Az egészségügyben eltöltött évek tapasztalatait összegezve, válaszadóink között közel 50,0% azok aránya, akik ha tehetnék, jobban meggondolnák, hogy újra az egészségügyben tevékenykedjenek-e. Aggasztóan magas azok száma is, akik határozottan állítják: semmiképpen nem választanák újra jelenlegi hivatásukat. Ha valamelyik ismerősük kérdezné őket pályaválasztása kapcsán az egészségügyben való munkáról, a válaszadók többségének kétségei lennének, hogy ajánlja-e ezt a hivatást. Ez esetben is magasabb a szegedi megkérdezettek kiábrándultsága. Többen határozott ellenérveket hangoztatnának

egy esetleges pályaválasztás kapcsán. Végül mindent összegezve, a vizsgálatban résztvevők nagy többsége viszonylagos elégedettségről számol be. Mindkét csoportban elenyészően kicsi azok aránya, akik nagyon elégedettek életükkel és munkájukkal, ugyanakkor figyelmet érdemel a nem túlzottan elégedettek és az egyáltalán nem elégedettek tábora is. Az eredmények ez esetben is jelzik, hogy szükség van reformokra, változásokra annak érdekében, hogy az ápolói tevékenység újra hivatássá váljon, művelői pedig elégedett emberként és munkaerőként tevékenykedjenek.

Kvalitatív vizsgálat Szeged kórházi és klinikai osztályain dolgozó ápolók körében

A kvalitatív vizsgálat célkitűzései

A vizsgálat *legfőbb célkitűzés*e az volt, hogy megismerjük a mintába került ápolók munkahelyén előforduló stresszforrásokat, és az azok oldására, feldolgozására használt, leggyakrabban alkalmazott technikákat.

A kutatás során megfogalmazott részcélok a következők voltak:

1. Az *első célkitűzés* annak vizsgálata volt, hogy melyek azok a területek, ahol a válaszadók szerint legnagyobb a lehetősége feszültségek kialakulásának.

A témakörön belül a következő kérdést tettük fel:

a) Melyek a leggyakoribb stresszforrások munkahelyén?

2. A *második célkitűzés* arra irányult, hogy feltérképezzük a stressz oldásának módozatait, a következő kérdések segítségével:

a) Mit tesz a feszültség oldása érdekében?

b) Kivel beszéli meg a munkahelyi problémát?

c) Hazaviszi-e problémáját, ha igen, hozzátartozói hogyan segítenek?

3. A *harmadik célkitűzés* annak feltárása volt, hogy az egészségügyben dolgozó válaszadók milyen megoldási javaslatokkal állnának elő a stressz eredményes feldolgozásának érdekében, illetve hordoznak-e magukban olyan esetet, amelyet nem sikerült megnyugtatóan feldolgozniuk? Arról is érdeklődtünk, hogy a megkérdezettek tesznek-e valamit annak érdekében, hogy a kollegiális szupportív rendszer működjön, segítenek-e új kollégáiknak a beilleszkedésben?

E célkitűzéshez a következő kérdések feltevésével igyekeztünk eljutni:

a) Szükségesnek tartaná-e pszichológus jelenlétét az osztályon?

b) Szükségesnek tartaná-e esetmegbeszélő csoport szervezését?

c) Írjon le egy esetet, amely a közelmúltban lelki problémát okozott Önnek. Kérjük, írjon a lehetséges megoldásról is!

d) Segít-e, és ha igen, milyen módon új kollégájának a beilleszkedésben?

4. A *negyedik célkitűzést* a munkával való elégedettség és elégedetlenség tényezőinek feltérképezése jelentette, és annak vizsgálata, hogy az egyes osztályok jellege mennyiben befolyásolja a munka megítélését.

Kérdéseink a következők voltak:

a) Mely osztályon/osztályokon dolgozna szívesen? Indokolja választását!

b) Milyen tényezők határozzák meg a munkával való elégedettségét, illetve elégedetlenségét?

A kvalitatív vizsgálat módszertana

A korábban ismertetett kérdőíves vizsgálatunk kiegészítéseként interjúkat készítettünk, melyek segítségével az ápolók munkával kapcsolatos elégedettségét, a munkahelyi stressz forrásait és az azok megoldására, feloldására szolgáló technikákat vizsgáltuk.

A kvantitatív vizsgálat kiegészítéseként döntöttünk a kvalitatív vizsgálat mellett. A számszerű adatok mögé kívántunk nézni akkor, amikor a félig strukturált interjúkat készítettük, ugyanis tisztában voltunk azzal, hogy a választott technikával kevésbé behatároltak a válaszlehetőségek, így árnyaltabb képet kapunk a vizsgált területtel kapcsolatban. A kvalitatív elemzés legfőbb értéke, hogy az esetorientáltság segítségével egyéni látásmódok tárhatók fel, és alkalmazásával megismerhetővé válnak a munkahelyi problémák szituatív és társas kontextusai.

A minta jellemzői

51 félig strukturált interjút készítettünk Szeged klinikai és kórházi osztályain dolgozó ápolókkal (az interjú kérdéseit a *3. sz. melléklet* tartalmazza). A nemek szerinti megoszlás a következő volt: 2 férfi és 49 nő szerepelt a válaszadók között, míg az átlagéletkor 30 év volt. A megkérdezettek 20 különböző osztályon illetve az egészségügy más ápolási területein dolgoztak. Többségük egészségügyi szakközépiskolai végzettséggel rendelkezett (31 fő), többen szakápolói szakképesítéssel is rendelkeztek (9 fő), ugyanakkor voltak a mintában főiskolai végzettségű személyek is (2 fő).

Eredmények

Stresszforrások az egészségügyben

Az interjú legfontosabb kérdése volt, hogy melyek a leggyakoribb stresszforrások a válaszadók munkahelyén. A vélemények szerint leggyakrabban az ápolók egymás közötti nézeteltérései, vitái vezetnek feszültséghez. Fontos stresszforrás az orvos-ápoló közötti kapcsolat is. A válaszadók véleménye szerint gyakran kommunikációs zavarok váltják ki a feszültséget, és többször fordul elő, hogy a pontos információ hiánya, a feladatok nem egyértelmű meghatározása, delegálása áll a stressz hátterében. Többen félnek a vizitektől, mert ilyenkor előfordulnak nyilvános megszégyenítések. Ez a vizitelő team többi tagja, és

a betegek előtt történik, amit nagyon megalázó helyzetként definiáltak az ápolók. A válaszadók közül sokan jelezték, hogy a gyógyító folyamatban az orvos nem tekinti partnernek az ápolót. A főnök-beosztott viszony is okoz olykor nehézségeket, ami leginkább a főnővér-ápoló relációban jelenik meg. A főnővér rossz hangulata, az általa használt durva hangnem megkeserítheti a munkanapot. A feszültség forrásai között említették még a válaszadók az állandó túlterheltséget, a beosztásból fakadó nehézségeket, a munkaerőhiányt. Ugyancsak a feszültségforrások között szerepelt az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, a gyógyszer- és eszközhiány, a rossz szervezés adta konfliktushelyzet, valamint a szenvedés, a halál közelségének tudata és látványa.

A stressz oldásának módozatai

Kardinális kérdés, hogy a stresszorok azonosítása vajon együtt jár-e a feszültségoldás módozatainak megtalálásával? A vizsgálat eredményei arra engednek következtetni, hogy az ápolók nem igazán megfelelő módon vezetik le a felgyülemlett feszültséget. Legtöbben ugyanis a kolléganőkkel beszélik meg problémáikat, informális szinten: leggyakrabban az öltözőben, vagy műszak után hazafelé sétálva (19 fő).

A stresszforrások között második helyen említett orvos-ápoló közötti viszályokat sem sikerül minden esetben megnyugtatóan rendezni:

„Igyekszem tisztázni a problémát, ha nagyon fontos, megbeszélés alapján…Bár kevés az az orvos, akivel meg lehet beszélni a felmerülő gondokat. Ilyen esetben nem tekintik a szakdolgozót partnernek, érvényesül az alárendelt szerep.” (38 éves ápoló)

Sokan hazaviszik a problémát (27 fő), és otthon a vőlegénnyel, férjjel, gyermekekkel, szülőkkel, barátokkal együtt törekednek a megoldás megtalálására. Ez természetesen nagyon kevés alkalommal sikerül, hiszen legtöbbször „laikusként” hallgatják a feszültségekről szóló beszámolókat.

„A férjem megért, de megoldást ritkán javasol.” (31 éves ápoló)

„Otthon segítséget nem kapok, mert aki nem dolgozik az egészségügyben, el sem tudja képzelni és hinni, hogy milyen állapotok vannak.” (27 éves ápoló)

Többen igyekeznek alkalmazkodni a helyzethez, bár az adaptáció újabb stresszforrás lehet:

„Próbálok mindenki személyiségéhez alkalmazkodni…Megtalálni a megfelelő hangnemet…Túl sokat nyelni, véleményt nem nyilvánítani, kicsit már gépiesen tenni a dolgomat:" (31 éves ápoló)

Néhányan úgy vélekednek, hogy megoldást jelenhet az elfojtás, a feszültség tudomásul nem vétele. Ez azonban újabb feszültségforrás lehet. Sajnálatos módon szerepel a stressz oldásának módozatai között a dohányzás, a nyugtatók szedése, a sírás, kiabálás és az agresszió is:

„Az otthoni problémákat beviszem a munkahelyemre, a munkahelyit pedig hazaviszem. Mindkét helyen találok egy balekot, akin kitölthetem a haragomat, ami abból áll, hogy elkezdek kiabálni, veszekedni. Nagyon jó megoldás lenne, ha valakivel ezt meg lehetne beszélni, de ilyen ember…szakember nincs se otthon, sem pedig a munkahelyemen." (23 éves ápoló)

Végül vannak, akik ugyancsak kerülő úton, de megnyugtatóbb módon szabadulnak meg a feszültségtől: tv-nézéssel, olvasással, házimunkával és egyéb szabadidős tevékenységekkel.

Megoldási javaslatok a munkahelyi stressz oldására

Ilyen előzmények után nem meglepő, hogy a megkérdezettek gondolkodnak a megoldás lehetőségein. A válaszadók közül 42 fő szívesen fogadná az intézményben egy pszichológus jelenlétét, bár néhányan ezzel kapcsolatos kételyeiknek is hangot adtak:

„Szükségesnek tartanám, de gondolom az egészségügyi dolgozók közül senki nem venné igénybe a szégyen miatt…egy orvos vagy nővér, az nem beteg." (37 éves ápoló)

„Az osztályon éppen nem is, de egy ún. intézeti pszichológust igenis szükségesnek tartanék. Félévente kötelezően meg kellene nála jelenni. Ő összegezné a hallottakat, és bizonyos betegségre gyanús munkatársat be tudna idézni magához, és a kellő kezelést fel tudná ajánlani. Egy fekvőbeteg-intézeti osztályon pedig szükség lenne osztályos pszichológusra, akinek a betegek el tudnák panaszolni a sérelmeiket, félelmeiket." (28 éves ápoló)

Sokak szerint az esetmegbeszélő csoport szervezése is megoldást jelenthetne:
„Igen, biztos hamarabb találnánk megoldást a problémákra. A feszültséget oldaná, talán kevesebben hagynák el a pályát." (31 éves ápoló)

Néhányan azonban a megvalósítás nehézségét is előre vetítik:
„Talán jó volna, de sem ember, sem idő, sem energiánk nincs rá a jelenlegi helyzetben." (28 éves ápoló)

Az, hogy mennyire nagy szükség lenne az intézményesített, formális megoldásra, még inkább nyilvánvalóvá vált akkor, amikor arra kértük a vizsgálatban résztvevőket, hogy ismertessenek velünk egy olyan esetet, amely munkájuk kapcsán történt, és amely jelentős lelki feszültséggel, megterheléssel járt, ugyanakkor nem találják megnyugtatónak a megoldást, vagy nem is történt semmilyen lépés az eset keltette feszültség csökkentése érdekében. Az esetleírások ismét beszámoltak az orvos-ápoló, ápoló-ápoló, ápoló-főnővér konfliktusról.
„Vannak nagyon rendes orvosok, akik tényleg partnerként kezelnek minket, de vannak olyanok is, akik jobban szeretnének levegőnek nézni, és gyakran meg is teszik." (28 éves ápoló)

„Kb. egy hónapja történt. Délutáni műszakba mentem. A műszerszekrényben ki volt öntve az összevágott papírvatta. Megkérdeztem a kolléganőmet, hogy miért van az kiöntve. Felháborodva válaszolt, hogy nekem semmi közöm hozzá. Azóta sajnos nem beszélünk egymással. Próbáltam közeledni hozzá beszélgetéssel, de nem volt sikeres. Mi van? Mit beszélsz? – ez volt a válasz. Nem sokkal később ismét felhozott egy álproblémát, és ráadásul mindenki előtt tette ezt. Utána én négyszemközt beszéltem vele, hogy ez így nem megy tovább, mondja el, hogy mi baja van. Nem tudott mondani semmit, csak azt, hogy ezek után sem óhajt velem beszélni. A hangulat a rendelésen olyan, hogy megáll a kés a levegőben. Mivel én csak fél éve dolgozom ott, még gyakorlatot kellene szereznem. Ezt sem tudom megtenni, és már ez a civakodás a szakmai előmenetelemben korlátoz." (28 éves ápoló)

„A munkatársammal, aki egyben a barátnőm is, 5 éve egy osztályon dolgozunk. Iskolába is együtt iratkoztunk be. A főnővér ezt nem nézte jó szemmel, és mindent megtett, hogy elválasszon bennünket. Ez sikerült is neki, most az iskolára hivatkozva másik osztályra tette

a barátnőmet. Ezzel a barátságunkat nem tudja szétszakítani, de a közérzetünk sokkal rosszabb lett, kevesebb kedvvel megyünk dolgozni. Megoldás nincs, mert az áthelyezés már megtörtént, és úgyis a főnővérnek lehet csak igaza." (31 éves ápoló)

Többen említették azt, hogy munkájuk során túlságosan bevonódnak a betegekkel kapcsolatos problémákba, mélyen megérinti őket a szenvedés látványa, és a halál tényének elfogadása is nehéz. Ezeket az élményeket szintén gyakran fojtják magukba a válaszadók.
„A saját 14 éves fiammal azonos korú, hozzá még személyiségjegyeiben is hasonló fiú agydaganat-eltávolítás után nem sokkal a kezeim között halt meg…Megoldás? Egyelőre nincs. Majd az idő." (44 éves ápoló)

„Egy beteg exitált, úgy éreztem, hogy régóta ismertem. Pedig nem…Úgy éreztem, mintha egy rokonom lett volna…Kedves volt és aranyos a néni, teljesen a szívembe zártam. Nehéz, mert több napig vele álmodtam, de talán elmúlik ez az érzés." (24 éves ápoló)

A feszültség csökkentésének egyik lehetősége a jól működő kollegiális szupportív rendszer. A legtöbben úgy vélekednek, hogy szívesen segítenének új munkatársuknak a beilleszkedésben, tudásuk átadásával, a munkarend, munkafolyamatok, helyi szokások bemutatásával, megismertetésével.
„Segítek a saját tudásomnak megfelelően az új kollégáknak, mivel nekem nagyon rossz volt a munkakezdés, és ezt nem akarom senkinek visszaadni. Sajnos, aki engem betanított, elfelejtette, hogy volt ő is kezdő, és ő sem tudott mindent a kezdet kezdetén. Én ezt próbálom elkerülni. És mindent elmondani, ami tőlem telik." (21 éves ápoló)

„Igen, segítek, amennyire tudok. Megpróbálom elmondani neki, amit nekem is elmondtak munkakezdésemkor, és saját tapasztalataimat is átadom. Megismertetem a betegekkel, felhívom a figyelmét a veszélyekre. A kollégáknak az osztályos nővér mutatja be, de közelebbi megismerésükben segédkezem." (19 éves ápoló)

Az elégedettség és az elégedetlenség tényezői diszciplinák szerint

A kutatás befejező kérdései arra vonatkoztak, hogy a megkérdezettek mely osztályokon dolgoznának legszívesebben, illetve hol nem látnának el szívesen ápolói teendőket. A válaszadók leginkább az újszülött osztályon dolgoznának, a csecsemőkkel való foglalatosság azért is szívesen végzett tevékenység, mert ezek a gyerekek egészségesek.

Második helyen a sebészet, harmadik helyen az intenzív terápiás osztály áll, mindkét helyen érdekes és változatos a munka, és mivel ezeken az osztályokon magas szintűek a szakmai követelmények, korszerűek a felszerelések, sokat lehet tanulni. Többen említették még a traumatológiát, főleg azért, mert itt látványos a betegek gyógyulása, látható, hogy van értelme a munkának. Azoknak az osztályoknak a sorában, ahol nem dolgoznának szívesen a válaszadók, első helyen a belgyógyászat áll, ezt követi a krónikus belosztály („elfekvő"). Ezeken a helyeken hiányzik a sikerélmény, egyhangú, monoton a munka, az itt dolgozók hamar elfásulnak. A szenvedés látványa is megviseli az itt tevékenykedő ápolókat, a halálélmény mindennapos, az elmúlás gondolatát pedig sokan nem tudják feldolgozni. Hasonló okok miatt hárítják az onkológiai osztályokon való gyógyító tevékenységet is. A gyermekosztályokon a beteg gyermekekkel való foglalatosság teszi népszerűtlenné a munkát.

A válaszadó ápolók szerint a munkával kapcsolatos elégedettséget, illetve elégedetlenséget befolyásolja az osztály légköre, a műszakbeosztás, a fizetés mértéke, de az is fontos, hogy megfelelő legyen az ellátottság, elegendő gyógyszer, kötszer álljon a gyógyító személyzet rendelkezésére, és a végzett munka sikerélményt adjon.

„Az elégedetlenség fő oka az intézeti pénzhiány, sokkal jobban kellene korszerűsíteni az osztályokat. Jó az, hogy szeretek másokon segíteni, szeretem a kórházi, klinikai légkört. Szeretem a munkámat. Aki a pénzért akar oda menni dolgozni, az ne menjen, csak az, aki szereti ezt csinálni." (24 éves ápoló)

Figyelemre méltó az egyik válaszadó véleménye, amely nagyfokú kiábrándultságot, elkeseredettséget tükröz:

„Azt hiszem, az egészségügyben már csak megszállott és mazochista emberek dolgoznak, akik kenyéren és vízen elvannak. Ki kell szolgálnunk az orvosokat, a betegeket, és mindenki mást, aki rangban felettünk áll. A mi lelkünkkel ki foglalkozik? Csak egymásra számíthatunk."

Megbeszélés

Ha az ápolói hivatást, a betegágy mellett dolgozók munkakörülményeit és a szakma szervezeti jellemzőit tekintjük, megállapíthatjuk, hogy igen sok a lehetőség a stresszhelyzetek kialakulására. Ezek egy része a munka jellegéből fakad, mint pl. a több műszak szükségessége, az ügyeleti rendszer, a nagyfokú felelősség és adaptációs készség, a fizikai és pszichikai szempontból megerőltető munka. Más részük viszont a formális és

informális személyközi kapcsolatokból, azaz a pszichoszociális munkakörnyezetből ered (*Wheeler* és *Riding*, 1994). Ez utóbbi jelentőségét kutatások sora igazolta, amelyek eredményeként kimutatták, hogy fokozott fizikai és pszichikai veszélyekre számíthatnak az itt dolgozók, de a nem megfelelő társas interakciók gyakrabban érik őket felkészületlenül. Emiatt a társas támogatás elégtelensége az egyik legfőbb stresszforrás (*Stewart* és *Arklie,* 1994). Az is bebizonyosodott, hogy az intenzív ápolási egységekben vagy műtétes osztályokon dolgozók munkatechnológiai stresszterheltsége nem fokozott, éppen ellenkezőleg: az ilyen beosztású ápolók stresszterheltsége alacsonyabb, és munkájukkal is elégedettebbek, mint a nem intenzív ápolási igényű munkahelyeken. Magyarázatként a világos feladatmeghatározást, a nagyfokú autonómiát és kontrollt, a pontos szerepkijelölést említették, és azt, hogy úgy érzik, hozzájárulásuk a betegek állapotának javulásához igen jelentős és látványos (*Boumans* és *Landeweerd,* 1994).

A több műszak az ápolás szükséges követelménye, hiszen olyan szakterületről van szó, ahol a napi 24 órás igénybevétel, az állandó készenlét nélkülözhetetlen a gyógyulás érdekében. Az ügyeleti rendszer azonban különböző fizikai és pszichikai megterheléseket okozhat, hiszen a természetes biológiai ritmus felborítását vonja maga után, ezért az ápolók és az egészségügy más területein dolgozók stresszterheltségének vizsgálatában kiemelt helyen szerepel. Az egészségügyi következmények mellett a szociális hatásokról is szólni kell, hiszen a társas kapcsolatokat és a családi élet szervezését is megnehezíti a többműszakos munkarend. Mindezek fokozottan sújtják a nőket, hiszen ők nem csak a családi élet összetartó erejét képviselik, hanem élettanilag is kevésbé tolerálják a biológiai ritmus átrendeződését (*Escriba-Agüir, Perez-Hoyos* és *Bolumar,* 1993).

A stressz és a következményes kiégés sajátosan nyilvánul meg az ápolói hivatásban. Olyan munkakörről van szó, amelyben a stressz hatása a munkateljesítmény romlásában nem megengedett, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció, a pályaelhagyások jelzik a problémát (*Leppanen* és *Olkinoura*, 1987). A stresszreakció rövidtávú figyelmeztető jelei, így a szorongás, a koncentrációcsökkenés, az elkeseredettség, a harag már utalhatnak a kezdődő burn-out tünetegyüttes veszélyére (*Margolis,* 1974). A stressz idejében megkezdett kezelésével azonban a burn-out kialakulása megelőzhető.

Kvalitatív vizsgálatunk eredményképpen is megállapítható, hogy az ápolók nap mint nap találkoznak olyan helyzetekkel, amelyek feszültséget indukálnak. Pontosan tudják azonosítani ezeket a munkahelyi stresszorokat, ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy a megoldás módozatai nem minden esetben adekvátak. Az interjúk alanyai arról számolnak be, hogy hivatásukkal kapcsolatos problémáik megoldásában gyakran kérik családtagjaik,

barátaik segítségét, hiszen az egészségügyi intézményen belül alig van lehetőség a problémák megoldására, a feszültségek feldolgozására. Ilyen módon nem meglepő, hogy többen jelezték: a stressz levezetésének és a burn-out megelőzésének érdekében szükségük lenne pszichológusra vagy esetmegbeszélő csoport szervezésére. Ez azért is fontos lenne, mert a megkérdezettek kivétel nélkül hordoznak magukban olyan eseteket, amelyek feszültséggel terhesek, és a megoldásuk egyáltalán nem történt meg. A dolgozók javaslatainak figyelembevétele segíthetne abban, hogy az ápolói hivatással együtt járó lelki megterhelések ne a burn-out jelenségébe és pályaelhagyásba torkolljanak.

A külföldi és hazai kutatási kísérletek és tapasztalatok azt mutatják, hogy jobb munkaszervezéssel, a stresszfeldolgozás hatékony módszereinek kidolgozásával és aktív gyakorlásával enyhíteni lehet a problémákon. Ami a magyarországi helyzetet illeti, az alapkutatások eredményeire támaszkodva, a pszichoszociális munkakörnyezet és az egyes szakmák közötti kapcsolatok javításával jelentős változásokat lehetne elérni, hozzájárulva ezzel az egészségügy válságának enyhítéséhez. Míg azonban a profitorientált cégek világában a stresszmenedzsment a munkaszervezés fontos eleme, addig az egészségügyi intézmények világa erről nem igazán akar tudomást venni. A magánvállalatok rájöttek, hogy a stresszfolyamatok kihatnak a munkateljesítményre, a munkaelégedettségre, a kreativitásra, az innovációra. Az állami vállalatoknál hiányzik az érdekeltség, emiatt a humán erőforrással való foglalkozás csak a legszükségesebbre szorítkozik, és negligálja a pszichoszociális munkakörnyezet körülményeinek javítását. A külföldi tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a változások előbb-utóbb teret követelnek maguknak. Átalakulóban van az orvosi, ápolói szakma, és átalakulóban van a betegszerep is. Ez a változás pedig meg fog jelenni az orvos-ápoló, az orvos-beteg és az ápoló-beteg kapcsolatban egyaránt. A szerepkapcsolatok terén *Allen* (1997) valóságos evolúcióról beszél, aki szerint a változás olyan gyökeres, hogy az ápolói hivatás sajátos autonómiájához vezet el. Ez azonban jelenleg csak a fejlettebb, nyugati államok egészségügyi rendszereiben zajló folyamat, amitől a hazai egészségügy még igen messze áll. Tudatosan azonban meggyorsíthatjuk a kedvező jelenségek beépülését, aminek eléréséért a kórházmenedzsment sokat tehet, hiszen az orvosi dominancia egyben a beosztottakért vállalt felelősséget is jelenti.

Az eredmények összefoglalása

Az ápolói hivatás választásának motivációi között minden esetben kiemelkedő gyakorisággal fordul elő a segítés, a betegekkel, rászorulókkal foglalkozás vágya. Ez az attitűd és a hozzá kapcsolódó altruisztikus értékrend akkor is a pályán tartja a betegágy mellett tevékenykedőket, mikor a munkavégzés során megtapasztalják a szakmával együttjáró negatívumokat. Többeket a családi hagyományok folytatásának kívánalma irányít az egészségügy felé, ugyanakkor markánsan kirajzolódik egy csoport, amelynek tagjai számára a szerényebb tanulmányi eredmények miatt hiúsult meg a magasabb követelményeket állító középiskolákban való továbbtanulás szándéka. Választásuk kényszerű volt, melynek hátterében az a feltételezés állt, miszerint az egészségügyben folyamatosan jelenlévő munkaerőhiány állandó elhelyezkedési lehetőségeket garantál.

Köztudott, hogy már a kórházak szekularizációjától kezdve lenézett tevékenység volt a világi ápolók munkája, később pedig tovább rontotta a megítélést, hogy a betegek gondozásában elsősorban nők vettek részt. Mindezek ismeretében nem meglepő, hogy a hivatás betöltői sem értékelik magasra a szakma presztízsét, és úgy vélik, a gyógyító team többi tagja, valamint egészében véve a társadalom sem adja meg az egyébként nélkülözhetetlennek tűnő ápolási tevékenységet végző dolgozóknak a kellő tiszteletet.

Az ápolói hivatás hazai fejlődési trendjeit követve elmondható, hogy a nők dominanciája nálunk is megfigyelhető volt, és a rekrutációs bázis előrevetítette a megbecsültség alacsony szintjét, hiszen elsősorban munkás és paraszt családok lányai léptek be a képzőintézményekbe. Ez a tendencia ma is jellemző: leginkább alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekei választják ezt a hivatást, annak ellenére, hogy már a kezdetektől tisztában vannak a szakma negatívumaival.

Az ágazatban dolgozók számára egyértelműek hivatásuk negatív és pozitív jellemzői, ezek szinte minden egészségügyi szakdolgozó számára ugyanazt jelentik. A negatívumok sorában első helyen áll az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, illetve alacsony foka, a rossz munkahelyi kapcsolatok tényezője, valamint a munkaszervezéssel összefüggő negatívumok, mint a gyógyszer- és eszközhiány, valamint a munkaerő hiánya. Említést érdemelnek még a szakmai hierarchia alsóbb fokán állva megtapasztalt megalázó helyzetek és az alárendeltség érzése. A pozitív jellemzők sorában a jó munkahelyi légkör, a megfelelő kollegiális viszonyrendszer a leggyakrabban említett tényező. Ez a megállapítás megerősíti azokat a szakirodalmi tényeket, melyek szerint a pszichoszociális

munkakörnyezet, a jó kollegiális viszony felülírja a hivatás gyakorlása közben tapasztalt negatív érzéseket. Kiemelkedő jelentősége van még a betegekkel kialakított bizalmas, jó kapcsolatnak; ugyancsak a szakma pozitívumai között tartják számon az ápolók azt, hogy segíthetnek a betegeken, és részt vehetnek a gyógyítás folyamatában.

Az ápolói hivatás gyakorlói a munkavégzés során gyakran találkoznak lelki megterhelést, feszültséget generáló helyzetekkel. A stresszorokat szinte minden esetben azonosítani tudják, azonban a feszültségek feldolgozásának módozatai legtöbbször nem megfelelőek, sőt hatástalanok, netán épp egészségkárosító hatásúak. A szakmával összefüggő és már említést nyert negatívumok, mint az alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, a rossz munkahelyi kapcsolatok, a gyógyszer- és eszközhiány, a munkaerőhiány és a nagyarányú fluktuáció, a megalázó helyzetek mellett feszültséget vált/válthat ki a karrierlehetőségek hiánya, a több műszakos munkarend, a betegekkel való foglalkozás során megtapasztalt nehéz helyzetek sora, különös tekintettel a szenvedés és a halál tényére. A lelki megterhelést jelentő helyzetekben ritkán érkezik adekvát segítség, még kevésbé számítanak az ágazatban dolgozók professzionális segítők beavatkozására, bár jelzéseik szerint nem is tartanak igazán igényt az ilyen jellegű intervencióra. A feszültségek kezelése ugyanakkor nagyon fontos lenne, hiszen a stressz-szint olyan tényezőkkel mutat szoros összefüggést, mint a munkaelégedettség, a mentális egészség, az élettel való elégedettség, a pályaelhagyás szándéka és a kiégés jelensége. Ez utóbbi – tehát a kiégés – következménye a nem, vagy nem megfelelően feldolgozott feszültségnek. Annak ellenére, hogy a kiégés köztudottan fenyegeti azokat a dolgozókat, akik hosszabb időn át intenzíven foglalkoznak betegekkel, kliensekkel és gyakran találkoznak pszichikai megterhelést jelentő helyzetekkel, az egészségügyben (sem) foglalkoznak megfelelően sem a prevencióval, sem az intervencióval. Kutatók és kutatások hosszú évek, évtizedek óta viszonylagos pontossággal írják le a kialakulás lépéseit, a kiégés tüneteit, tesznek javaslatot a prevenció és a kezelés módozatait illetően, a gyakorlatban ezek mégsem realizálódnak.

Az ápolói hivatással összefüggő, és a szakma gyakorlása során indukálódott feszültségek gyakran törnek elő pszichoszomatikus tünetek formájában. A gyakori fejfájás, a fáradtság és kimerültség érzése, a gyomorfájás, az alvási zavarok összefüggésbe hozhatók a nem, vagy nem megfelelően feldolgozott feszültséggel. E szimptómák megtapasztalása hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészségi állapot önértékelése is alacsony, ugyanakkor a feszültségek csökkentése érdekében az egészségügyben dolgozó ápolók esetenként éppen az egészségkárosító magatartásokat gyakorolják: dohányoznak, alkoholt

fogyasztanak, esetleg nyugtatók, altatók, élénkítőszerek szedésétől várják a stressz szintjének csökkenését. A feszültség – véleményük szerint – leginkább a munkával kapcsolatos problémákkal, az elégtelennek ítélt anyagi helyzettel és a jövővel kapcsolatos félelmekkel hozható összefüggésbe. Az egészség önértékelésére az említetteken kívül hatást gyakorol a pszichoszomatikus tünetek megléte, az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma. Ha valaki több műszakban dolgozik, és gyakran szembesül lelki megterheléssel, nagyobb valószínűséggel minősíti egészségi állapotát rossznak vagy éppen elfogadhatónak. A szakmában végzett túlmunka hatása az egészségi állapot önmegítélésére negatív hatást gyakorol, és természetesen a munkával való elégedetlenség is rontja ezt a megítélést. Ebben az esetben is kimutatható, hogy a gyakori társas támogatást élvezők kedvezőbben értékelik egészségi állapotukat.

Nehezíti a helyzetet, hogy az ápolók körében előforduló megküzdési, coping stratégiák dimenziói nem minden esetben célravezetőek. A támogatás keresése olykor összekapcsolódik a feszültség másokon történő levezetésével, és az optimista megbirkózás sem jelent kizárólagosan konstruktív megoldást. A problémaelemző faktor gyakran jár együtt alvászavarral, fáradtsággal, dohányzással. A támogatás keresése, bár pozitív szerepet játszik a pszichoszomatikus egészségben, de az alkoholfogyasztással is pozitívan függ össze. A visszahúzódó megküzdési módot előnyben részesítők gyakran dohányoznak, magasabb stressz-szintet jeleznek, és a pszichoszomatikus tünetek előfordulása is gyakoribb körükben.

A fizikai és leki értelemben egyaránt fárasztó munka után fontos lenne a szabadidő tartalmas eltöltése, ám a szűkös anyagi és időkeretek ezt nem teszik lehetővé. A nyaralás, a pihenés és a tartalmas, ám pénzbe kerülő rekreációs tevékenységek, pl. a mozi- és színházlátogatás mellőzött programok. A szabadidő mennyiségét jelentősen csökkenti, hogy a megélhetés biztonságának érdekében többen kénytelenek munkaidőn túli munkatevékenységgel többletjövedelemhez jutni. Ez a túlmunka esetenként az egészségügyi ágazatban történik, de előfordul az is, hogy teljesen más területen kell helytállniuk az ápolóknak azért, hogy megélhetésüket biztosítani tudják.

Az eddigi megállapítások tükrében nem meglepő, hogy sokan fontolgatják az egészségügy elhagyását, a hivatás feladását. Az indokok között a szakma valamennyi negatívuma szerepel. Ugyanakkor azok, akik továbbra is az egészségügyben tevékenykednének, egyrészt a munka szeretetével, a segítő attitűd jelenlétével magyarázzák ragaszkodásukat, de létezik egy olyan csoport is, melynek pályán maradását kényszer szüli: ennek tagjai úgy vélik, máshoz nem értenek, nem lenne lehetőségük a

munkaerőpiacon előnyös pozícióba jutni, vagy már idősek a változtatáshoz, életkoruk miatt nem alkalmaznák őket máshol. A negatívumok és pozitívumok mérlegét megvonva sokan érzik úgy, hogy ha újból választhatnának hivatást, megfontoltabbak lennének, és hezitálnának abban az esetben is, ha az ápolói tevékenységet pályaválasztás előtt álló fiataloknak kellene ajánlaniuk. A munkával való elégedettség viszonylag alacsony foka azért sem megnyugtató, mert ez a tényező szoros kapcsolatban áll az élettel való elégedettséggel is: minél elégedettebb a dolgozó munkájával, annál nagyobb fokú elégedettséget érez az életével kapcsolatosan is.

A vizsgált területekkel kapcsolatos eredmények túlmutatnak az országhatáron; a Szerbiában található Szabadka városában végzett vizsgálatok megerősítik azt a feltevést, miszerint az egészségüggyel, és a benne dolgozó ápoló személyzettel kapcsolatos megállapítások általános érvényűek, és nem csupán a magyarországi állapotokra jellemzőek.

Megoldási javaslatok az ápolók élet- és munkakörülményeinek, mentális és szomatikus egészségének javítása érdekében

Az ápolói hivatással kapcsolatban tárgyalt problémák megoldása sürgető feladat. Az egészségügyben dolgozók, a szervezetek élén álló vezetők, az ágazatért felelős szakemberek és a társadalom tagjai egyaránt sokat tehetnek azért, hogy megváltozzon az egészségügyi dolgozók közérzete, javuljanak a munkakörülmények, minimálisra csökkenjenek a stresszhelyzetek, és változzon a megítélés a hivatás presztízsével kapcsolatban.

Mi lenne a teendő a munkavégzés kereteinek, a munka körülményeinek megváltoztatása érdekében? Fontos lenne, hogy az ápolók ragaszkodjanak a jogszabályok betartásához: ha a minőségi munkavégzés feltételei nem adottak, ha ezen feltételek hiánya veszélyezteti a beteget vagy az ápolót, illetve olyan tevékenységet kell végezniük, amely nem tartozik a kompetenciájukba, jogukban állhasson nemet mondani. El kellene érni, hogy az egy ápolóra jutó betegszám feleljen meg az európai normáknak, az ápolási eszközök korszerűsítése pedig történjen párhuzamosan a diagnosztikai egységek korszerűsítésével. A szervezeten belüli szakmai döntéseket ésszerűbbé és megalapozottabbá tehetné, ha az ápolás vezetői ápolói végzettséggel és gyakorlattal rendelkeznének. A képzés és továbbképzés rendszerében az hozhatna előrelépést, ha a képző intézményeket, tanszékeket ápolók vezetnék, és az ápolás elméletét, gyakorlatát oktatók rendszeresen gyakorlatot szereznének a közvetlen betegellátás területén. A legégetőbb reformszükséglet azonban az lenne, hogy rendezzék a béreket oly módon, hogy a fizetés tegye lehetővé a tisztes megélhetést (*Cseri*, 2002).

Nagyon sokat beszélünk a hétköznapokban és szakmai szinten egyaránt azokról a lelki terhekről, melyek az egészségügyben dolgozókat veszélyeztetik. A kiégés problematikája régóta kutatott terület, és ismeretes, hogy a „kiégett” személy munkahelyi teljesítménye romlik, felléphetnek kommunikációs zavarok mind a kollégákkal, mind a betegekkel, egyre bizonytalanabbak a döntések, ugyanakkor csökken az egyén konfliktuskezelési- és problémamegoldó képessége is. Emellett a mentálisan kimerült személynek csoportot bomlasztó hatása van, és az ilyen dolgozók jelenléte elkerülhetetlenül éreztetni fogja hatását szervezeti szinten is. Gyakran fordul elő, hogy az ápolók nem ismerik fel a tüneteket, vagy nincsenek tisztában ezek jelentésével, sokan viszont azt sem tudják, hogyan kezeljék a problémát. Ezen a szinten máris adódik a kérdés: a kiégett vagy a kiégés

veszélyének kitett dolgozók hogyan tudják megvalósítani a szervezeti célkitűzéseket, illetve a munkahely biztosít-e lehetőséget a kiégés kezelésére, a probléma elhárítására? A gyakorlatban, sajnálatos módon, ritkán valósul meg a kiégés prevenciója és kezelése. A megelőzés vonatkozásában egyéni szinten fontos lenne, hogy mindenki érezzen felelősséget saját lelki egészségéért. Ezt nagyban segítené, ha a munkahelyeken előtérbe kerülne a dolgozó egyén személyének fontossága. Emellett érdemes lenne időnként önvizsgálatot tartani: mit jelent a segítés, milyen motivációim vannak, hogyan látnak a kliensek, kollégák? Hol tartok a kiégés szakaszaiban? Kiemelt jelentőségű már a pályaválasztáskor a személyes motiváció, a professzionális segítő foglalkozás választásának átgondolása, a hivatással járó feladatok és terhek tudatosítása.

Szervezeti szinten elengedhetetlen követelmény lenne a munkaerőhiány csökkentése, a munka átszervezése, a munkakörülmények javítása, jobb időbeosztással pedig ki lehetne küszöbölni az idő szorítását. A felelősség megosztása, reális célok kitűzése, a nemet mondás képessége, a kölcsönös támogatás, a szupportív rendszerek erősítése munkahelyen és azon kívül, a munka és a privát szféra közötti határ meghúzása mind olyan tényezők, melyek hozzájárulhatnak a munkahelyi feszültségek csökkenéséhez (*Pálfi*, 2003). Gyakorlattá kellene válnia a képzéshez igazodó munkakörök létesítésének, az egyénre szabott motivációs tényezők alkalmazásának, ezáltal a dolgozó sikerélményt él át, kreatív és kezdeményező lesz, de ugyanilyen fontos a feladat elvégzése után a visszajelzés. A pontos cél- és feladatmeghatározás a munkahelyen ugyancsak a mentális egészségvédelmet szolgálná, de segítség lehetne a kompetenciák rögzítése és a munkaerő időszakos rotálása is, a kifáradás, fásultság megelőzése érdekében (*Bencés*, 2006). A szakmában történő előrelépés, a továbbképzés lehetőségeinek biztosítása, a karrierlehetőségek felvázolása, a dolgozói autonómia erősítése ugyancsak a dolgozók jobb közérzetét biztosítaná (*Szemlédy*, 2004). Ezeknek a feladatoknak, újító kezdeményezéseknek a végrehajtását, bevezetését közép és felső szinten egyaránt alkalmas vezetők tudnák véghezvinni, akik azt is fontosnak tartanák, hogy a dolgozók lelki egészségvédelme közvetlen módon is megvalósuljon: pl. a hatékony stresszkezelés technikáinak megtanításával, intézményi pszichológus jelenlétével, dolgozói tréningek szervezésével (*Bencés*, 2006).

Az is fontos, hogy a kiégés tematikája legyen jelen az ápolásoktatás valamennyi színterén: az elméleti ismeretek felkészíthetnék a leendő ápolókat a problémával való találkozáskor annak felismerésére, a gyakorlatban pedig indokolt lenne önismereti tréningeket szervezni. Kiemelt jelentősége lehet az ápoláskutatásnak, annak, hogy minél több ismeretet szerezzünk a kiégéssel kapcsolatban (*Szemlédy*, 2004). A munkahely lelki

egészségvédelmet támogató funkcióihoz tartozik a különféle esetmegbeszélések, Bálint-csoportok, szupervízió, kollegiális konzultációk, tréningek, képzések, továbbképzések szervezése, ahol fokozódik az empátiakészség, megtörténik a kompetenciahatárok felmérése, felismerése, a saját szerep tisztázása, tudatosabbá tétele, és ahol a résztvevők felismerik a teammunka segítő erejét, a kapcsolatok fontosságát (*Hegedűs*, 2000). Minden mukahelyen és a munkavégzés minden szintjén szükség lenne olyan szakemberekre, akikkel meg lehetne beszélni a problémákat, hiszen gyakran azonnali segítségre lenne szükség (*Némethné*, 2001).

Előrelépésnek számít, hogy egyre több egészségügyi intézményben valósul meg a dolgozók lelki egészségvédelme, a konkrét tapasztalatok pedig tovább erősítik azt a megállapítást, miszerint a szervezeti keretek között végzett tréningek amellett, hogy csökkentik a kiégés veszélyét és kockázati tényezőit, hozzájárulnak a munkahelyi jobb közérzethez és a kollegiális viszonyok javulásához is. Az előbbi megállapítást megerősítik egy kardiológiai osztályon szervezett tréning hasonló tapasztalatai. Az előzményt egy felmérés jelentette, mely arról számolt be, hogy csak a szakdolgozók 33,0%-a érezte magát kiegyensúlyozottnak, a munkavállalók 40,0%-a fáradtságról panaszkodott, 36,0%-uk kimerült volt, 25,0%-uk pedig alvási problémákkal küszködött. Pályázati pénzből stresszcsökkentő tréninget szerveztek azzal a céllal, hogy a túlterheltségből, a szerepek tisztázatlanságából, a gépies iramú munkából fakadó feszültségek feldolgozásában, illetve a halál tényének kezelésében és feldolgozásában is segítséget nyújtsanak a dolgozóknak. Intenzív osztályon dolgozó főnővérek és ápolók vettek részt a 20 órás tréningen, ahol elsajátíthatták az egyes stresszoldó technikákat, kommunikációs, empátia és asszertivitási gyakorlatokat. Ugyanakkor az autogén tréning gyakorlására is lehetőség nyílt. A fizikai jóllét kialakítása és megőrzése érdekében a tréning résztvevői sportbérletet is kaptak egy mozgásstúdióba. Azok, akik nem vettek részt a programban, az intézetben dolgozó dietetikus és gyógytornász által összeállított tájékoztató füzetet kaptak a helyes életmódról. Az eredményeket kérdőívek segítségével mérték: a foglalkozások után a szorongás mértéke a felére csökkent, és az észlelt stressz arányai is hasonlóképpen alakultak. A dolgozók az egészségi állapotukat is jobbnak érezték a tréning után, és az alvás, a pihenés minősége is javult (*Szverle*, 2006).

A prevenció mellett azonban az intervenció kérdésköre is különös fontossággal bír. A beavatkozás több okból is kívánatos: egyrészt segítené a stresszteli szituációk intellektuális, racionális úton való megközelítését, másrészt lehetővé tenné a stresszteli interakciókban a bevonódás csökkentését, illetve segítené a személyzet tagjai közötti

támogató, feszültséget csökkentő kapcsolatok szorosabbá tételét, a felelősség megosztására való odafigyelést.

Az egészségügyben dolgozó ápolók lelki egészségének védelme mellett elengedhetetlenül fontos a testi egészség megőrzése, és az erre irányuló munkahelyi intézkedések szerepe is felértékelődik. A már bemutatott egészségi állapotbeli jellemzők nyilvánvalóvá teszik, hogy fontos lenne az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának monitorozása, az eredmények felhasználása a munkakörülmények alakításában, és nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a dolgozók egészségvédelmére. Kiemelt jelentősége van annak, hogy biztonságosabb legyen az eszközellátás a fertőzések megelőzése és elkerülése érdekében. El kellene érni, hogy megfelelő létszámú munkaerő álljon rendelkezésre: ez a képzés, a menedzsment és egyben a kormány feladata is. Az éjszakai műszakok aránya ne legyen olyan magas, hogy a nappalok és éjszakák pszichofiziológiai egyensúlya megbomoljon, illetve az éjszakai műszakok után valósuljon meg annyi pihenési lehetőség, hogy az alváshiány kiegyenlítődhessen. Fontos, hogy a krónikus betegséggel bíró dolgozók állapotuknak megfelelő munkát végezzenek, ugyanakkor folyamatos legyen a tájékoztatás a prevenció lehetőségeiről (*Pásztor*, 2006). Az egészségügyi dolgozóknak mindenkor tisztában kellene azzal lenniük, hogy egészségmagatartásuk befolyásol(hat)ja a lakosság egészségi állapotát is. El kellene érni a dohányzás drasztikus csökkentését az egészségügyi dolgozók körében, a szűrővizsgálatok kötelezővé tételét és a védőoltások ingyenes biztosításának lehetőségét (*Molnár*, 2002).

A pszichés és szomatikus értelemben kielégítőbb egészségi állapotú ápolók az egészségmegőrzés, egészségnevelés és az egészségfejlesztés terén is eredményesebben tudnának tevékenykedni, ugyanakkor az ilyen irányú munkavégzés presztízsnövelő hatással is bírna. Fontos lenne az ápolók bevonása a preventív tevékenységekbe. A dohányzásról való leszoktatásban külföldön nagy szerep jut az ápolóknak, és ebben a feladatban jelentős sikereket érnek el. A serdülőkori megelőzésben és leszoktatásban az iskolákban tanácsadást végző ápolók tevékenysége kiemelt jelentőségű (*Hamilton, O'Conell* és *Cross*, 2004). Kardiológiai betegek esetében is eredménnyel zárultak ápolók által kidolgozott és koordinált leszoktató programok (*Fonteyn*, 2004; *Johnson, Budz, Mackay* és *Miller*, 1999). Igen eredményesek – ismét csak külföldi tapasztalatok alapján – a dohányzásról való leszoktatásban a háziorvos és ápoló együttműködésével végrehajtott programok (*Hurt, Dale* és *Fredrickson*, 1994). Az egészséges táplálkozási szokások kialakításában is részt vehetnének az ápolók, külföldi tapasztalatok ezen a téren is vannak, és jó eredményekről számolnak be az ápolókból szervezett táplálkozási team működésének

hatékonyságát illetően (*Best* és *Thomas*, 2001). Mindezek mellett az alkohol- és drogprevencióban, illetve az öngyilkosság és a depresszió felismerésében és megelőzésében ugyancsak hatékony lehetne a közreműködésük (*Sebestyén, Gonda, Berze* és *Rihmer*, 2006; *Zrínyi*, 2004).

Az egészségfejlesztés szempontjából a kórházak is fontosak, hiszen a jól megtervezett egészségfejlesztő tevékenység következtében javul a kommunikáció beteg és ápoló között, a bizalmasabb viszony következtében pedig sokrétűbb egészségnevelő tevékenységet is végezhetnek a betegágy mellett dolgozók (*Mata, Nagy* és *Bakonyi*, 2003). Kívánalom, hogy az ápolás, az ápolók szerepe nyilvánuljon meg a közösségi gondozásban és a családcentrikus ápolási modellekben is. Ehhez elengedhetetlenül fontos a társszakmákkal való összefogás az egészségmegóvás és a betegségmegelőzés érdekében.

Az eredményes egészségfejlesztés érdekében az ápolóknak ismerniük kell a lakosság egészségi állapotát. Az ezredforduló után, 2002-ben hazánkban végzett kutatás azt mutatja, hogy a megkérdezett egészségügyi dolgozók tisztában vannak a lakosság romló egészségi állapotával, de a részletek már nem ismeretesek. Sokan tartják fontosnak a környezetvédelmet és a szűrővizsgálatokat, érdekes módon azonban az ápolók szerint az egészségkommunikáció, amely olcsóbb és hatékony megoldás, kevésbé fontos egészségfejlesztő eljárás (*Mata* és *Nagy*, 2002). A realitás tehát az, hogy az egészségnevelés, az egészségfejlesztő tevékenység ritkán valósul meg a mindennapokban, ennek akadályaként az ápolók az időhiányt, az ápolói kompetenciakör tisztázatlanságát és a feltételek (eszköz és személyi) hiányát jelölték meg (*Németh, Dér* és *Karamánné*, 2006).

Miután az egészségügyben köztudottan magas a fluktuáció, állandó és jelentős a munkaerőhiány, ezeknek az akut problémáknak a megoldása elfedi a szakmai előmenetellel és a karrierrel kapcsolatos tudatos tervezések fontosságát, miközben ezek a területek a jövőbeni fejlődés szempontjából kiemelt jelentőséggel bírnak. A szakmai és karrierfejlődésnek az egészségügy szerkezetével összhangban kell történnie. A karrierváltás, tehát a foglalkozásban bekövetkezett változás is fontos lépés egy ápoló életében. Ennek állomásai a következők lehetnek: felvétel egy képző intézménybe, belépés a munkaerőpiacra, felfelé vagy lefelé irányuló, esetleg oldalirányú elmozdulás egyazon munkahelyen, felfelé vagy lefelé irányuló elmozdulás más munkahelyen (más város, megye vagy akár ország), más országba való elvándorlás, szektorváltás vagy foglalkoztatottsági státuszváltás. A karrierváltás előnyei a következők lehetnek: szakmai fejlődés, karrierfejlődés vagy előrelépés, javuló tendenciájú életminőség, nagyobb munkahelyi elégedettség, a szakértői tudás elismerése, magasabb önbecsülés, szélesebb

befolyásolás gyakorlása, tanulási, képzési lehetőségek, a multidiszciplináris szemlélet kialakulása. Az elvándorlás nagyon sok ápoló jövőképében felmerülő lehetőség, napjainkban azonban leginkább a magyarországi nehézségek előli menekülés útját jelenti a külföldi munkavállalás. Az ezzel kapcsolatos motivációk sorában ott találjuk a jobb tanulási és/ vagy gyakorlati lehetőségeket, a jobb életminőség, fizetés, munkakörülmények és a személyes biztonság vágyát (*Ápolók nemzetközi tanácsának tájékoztatója*, 2004). A jövőben érdemes lenne összehangolt cselekvési tervet készíteni az Európai Unió tagországainak, hiszen a menekülésszerű ország- és munkahelyváltás helyett tudatosan kellene megtervezni a karrierváltást.

A fennálló problémákkal kapcsolatos megoldási javaslatok mellett fel kell vázolni a jövő útját is, hiszen csak világosan megfogalmazott cselekvési program segítségével erősíthető az ápolói hivatás presztízse és tehető vonzóvá a pálya. Nagy problémát jelent, hogy az ápolók és az ápolás jelenléte az egészségpolitikai gondolkodásban hiányos és korlátozott. Ugyanakkor a szakma felkészületlen a közeljövőben valószínűleg bekövetkező társadalmi változások következtében az egészségügyre háruló új feladatok ellátására. A jövő hazai egészségügyének fontos kihívása lesz a krónikus, korlátozott betegek tartós gondozása. Ez elsősorban ápolói feladat, azonban sem az intézményi háttér, sem a képzési rendszer nem reagál rugalmasan ezekre a jelzésekre. Az otthonápolási szolgálatok elterjedése sem az elvárt módon és ütemben történik, figyelmen kívül hagyva így a felmerülő igények kielégítését. Problémát jelent, hogy nincs kontaktus az ápolás és a megfelelő társadalmi fórumok között, ugyanakkor az ápolók nem használják ki a médiában rejlő lehetőségeket sem.

Elengedhetetlenül szükséges egy átfogó, társadalmi és szakmai konszenzusra épülő nemzeti ápolásfejlesztési stratégia létrehozása, melynek célja az oktatás, munkaerő-menedzselés, ápolásvezetés és ápolási gyakorlat együttes kezelése és fejlesztése, az ápolás helyének és szerepének egyértelmű kijelölése kell legyen. Szükséges lenne továbbá ápoláspolitikai vezetők képzése, Európai Uniós szervezetekkel való együttműködés, az elvándorlás szabályozása oly módon, hogy az mindkét félnek, és ne csak a befogadó országnak legyen hasznos Végezetül fontos egy olyan pályatükör kidolgozása, mely a társadalom és a politikai döntéshozók számára is világossá teszi a szakma értékeit, helyét, szerepét és tulajdonképpeni nélkülözhetetlenségét. Ehhez a szakmának is határozott, egyértelmű jövőképpel kell rendelkeznie, amely egy autentikus identitás kialakításában is segítséget jelent! (*Zrínyi*, 2004).

Irodalomjegyzék

Abel-Smith, B. (1964): *The hospitals 1800-1948*. Heinemann, London.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Clarke, H., Busse, R (2001): Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 20. 3. 43–53.

Allen, J., Mellor, D. (2002): Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24. 905–917.

Amerikai Ápolók Szövetsége (2002): Ápolók egészsége az USA-ban. *Nővér*, 15. 4. 10–11.

Ápolók Nemzetközi Tanácsa (2004): Előrelépés az ápolói életpályán és az elvándorlás: kritikus kérdések. *Nővér*, 17. 1. 19–25.

Armstrong, D. (1995): *Az orvosi szociológia alapjai*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Baráthné Kerekes Ágnes, Lantos Zsuzsanna (1999): Diplomás ápolók a munka világában a Vas megyei Markusovszky kórházban. *Nővér*, 12. 2. 3–7.

Barrera Jr., M., Sandler, I. N., Ramsay, T. B. (1981): Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9. 435–447.

Barribal, K. L. (1996): Participation in continuing professional education in nursing: findings of an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 23. 999–1007.

Barsky, A. J., Cleary, P. D., Klerman, G.L. (1992): Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science and Medicine*, 34. 1147–1154.

Bártlová S., Tóthová V. (2006): Az ápolói hivatás presztízse a Cseh Köztársaságban. *Nővér*, 19. 2. 25–29.

Beck, C. T. (1995): Burnout in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 20. 19–23.

Becker, G. E., Gonschorek, G (1994): Das Burnout –Syndrom. Einführung am Beispiel „Lehrberuf". In: E. Meyer (szerk.): *Burnout und Stress. Praxismodelle zur Bewaltigung*. Schneider Verlag, Hohengehren, 3–25.

Beehr, T.A., King, L.A., King, D.W. (1991): Social support and occupational stress: Talking to supervisors. *Journal of Vocational Behavior*, 36. 61–81.

Bem, S. (1974): The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42. 155–162.

Bencés Ilona. (2006): Az ápolók és a kiégés. *Nővér*, 19. 3. 10–16.

Best, C., Thomas, S. (2001): Improving practice with a nurse nutrition team. *Nursing Standard*, 15. 19. 41–44.

Biestek, F. (1957): *The Casework Relationship*. Layola University Press, Chicago. 14.

Blane, D. (1991): Health professions. In: Scambler, G. (szerk.): Sociology as applied to medicine. Bailliére Tindall, London, 221–235.

Blasszauer Béla, Jakab Tibor (1994): Az egészségügy cselédjei. *Valóság*, 5. 68–78.

Bodrogi Balázs, Kálmán Zsolt (2001): Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrierről. *Nővér*, 14. 5. 6–10.

Bognár Tamás, Kolosai Nedda, Hegedűs Katalin, Pilling János (2001): „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét!" Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldoklógondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinae*, 11. 2. 154–162.

Boumans, N. P. G., Landeweerd, J. A.(1994): Working in an intensive or non-intensive care unit: Does it make any difference? *Heart & Lung*, 23. 71–79.

Bugovics Elemér, Pilt Zoltánné (2002): Gondolatok az egészségügyi rendszerváltoztatásról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 175–180.

Büssing, A., Bissels T., Fuchs, V., Perrar K. M. (1999): A dynamic model of work satisfaction: qualitative approaches. *Human Relations*, 52. 999–1027.

Chalmers, K., Seguire, M., Brown, J. (2003): Health promotion and tobacco control: Student nurses' perspectives. *Journal of Nursing Education*, 42. 3. 106–112.

Chang, E. M. (2006): The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22. 30–38.

Coomber, B., Barribal, L. K. (in press): Impact of job satisfaction componentson intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*.

Cubrilo-Turek, M., Urek, R., Turek, S. (2006): Burnout syndrome - assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Anthropologicum*, 30. 131–135.

Csatlós Imréné (2004): Az ápolók egészségmagatartása. *Nővér*, 17. 1. 27–32.

Cseri Lászlóné (2002): Az ápolói rang elvesztése és visszaszerzése. *Nővér*, 15. 5. 13–16.

Darvas Ágnes, Hegyesi Gábor, Nagy Krisztina (1998): *Kutatási beszámoló a szociális munkások szociológiai vizsgálatáról*. Kézirat. Budapest.

Davies, C. (1980): *Rewriting nursing history*. Croom Helm, London.

DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988):The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources and mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54. 486–495.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49. 71–75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999): Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125. 276–302.

Edelwich, J., Brodsky, A. (1980): *Burnout, Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Sciences Press.

Edwards, J. R., Cooper, C. L. (1988): Research in stress, coping and health: theoretical and methodological issues. *Psychological Medicine*, 18. 15–20.

Escriba-Agüir, V., Perez-Hoyos, S., Bolumar, F. (1993): Effects of work organization on The mental health of nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 1. 3–8.

Escriba-Agüir, V., Tenias-Burillo, J. M. (2004): Psychological well-being among hospital personnel: The role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77. 401–408.

Faragher, E. B., Cass, M., Cooper, C. L. (2005): The relationship between job satisfaction and health: a metaanalysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62. 105–112.

Feith Helga, Kovácsné Tóth Ágnes, Balázs Péter (2005): Női szerepek diplomás hallgatónők jövőképében. *Nővér*, 18. 3. 5–10.

Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozásúak kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6. 17–29.

Felton, B. J., Revenson, T. A., Hinrichsen, G. A. (1984): Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18. 889–898.

Fengler, J., Jansen, G. (1994): *Handbuch die Heilpeadagogischen Psychologie*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21. 219–239.

Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000): Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9. 115–118.

Fonteyn, M. E. (2003): A nurse led smoking cessation intervention increased cessation rates after hospital admission for coronary heart disease. *Evidence Based Nursing*, 7. 2. 46.

Fónai Mihály, Kiss János, Fábián Gergely (1999): Szociális munkás szakos hallgatók pályaképének néhány eleme. *Esély*, 1. 114–134.

Fónai Mihály, Pattyán László, Szoboszlai Katalin (2001): Szociális munkások pályaképének néhány eleme. *Esély*, 6. 89–109.

Freidson, E. (1970): *Professional dominance*. Atherton, New York.

Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30. 159–167.

Gelsema, T. I. (2006): A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14. 288–299.

Greenglass, E. (1993): The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International Review*, 37. 271–288.

Greenglass, E., Fiksenbaum, L., Burke, R. J. (1996): Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9. 185–197.

Hackman, J. R., Oldham, G. K. (1976): Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16. 250–279.

Hajagos Orsolya, Feith Helga, Kovácsné Tóth Ágnes (2006): Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér*, 19. 3. 31–38.

Hamilton, G., O'Conell, M., Cross, D. (2004): Adolescent smoking cessation: development of a school nurse intervention. *The Journal of School Nursing*, 20. 3. 169–174.

Hegedűs Katalin (2000): A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 10. 5. 448–452.

Hegedűs Katalin, Pilling János, Kolosai Nedda, Bognár Tamás (2001): Ápolók és medikusok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae*, 11. 6-7. 492–499.

Hegedűs Katalin, Mészáros Eszter, Riskó Ágnes (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14. 11. 786–793.

Hegney, D., Plank, A., Parker, V. (2006): Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14. 271–281.

Herzberg, F. (1968): One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 46. 53–68.

Horváth Ágnes, Rigó Róbert (2002): A műtős szakasszisztensek egy szociális vizsgálat tükrében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 28–44.

Hurt, R. D., Dale, L. C., Fredrickson, P. A. (1994):Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA*, 271. 8. 595–600.

Ivancevich, J. M., Matteson, M. T. (1980): *Stress and work: A managerial perspective*. Glenview IL.: Scott, Foresman.

Jeanneau, M., Armelius, K. (2000): Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7. 399–406.

Jeges Sára, Füzesi Zsuzsanna, Tahin Tamás (1982): Az egészségügyi szakdolgozók szakmai és társadalmi differenciálódása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 20. 48–69.

Johnson, J. L., Budz, B., Mackay, M., Miller, C. (1999): Evaluation of a nurse-deliveres smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart & Lung*, 28. 1. 55–64.

Jones, J. G., Janman, K., Payne, R. L. (1987): Some determinants of stress in psychiatric nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 24. 129–144.

Kadushin, A. (1992): *Supervision in Social Work*. Columbia University Press, New York.

Kaufmann, G. M., Beehr, T. A. (1989): Occupational stressors, individual strains, and social supports among police officers. *Human Relations*, 42. 185–197.

Kelly, J. G., Cross, D. G. (1985): Stress coping behaviors and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. *Research in Nursing and Health*, 4. 8. 321–328.

Kobasa, S. C. O., Puccetti, M. C. (1983): Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45. 839–850.

Kohler, P. A., Edwards, T. A. (1990): High school students' perceptions of nursing as a career choice. *The Journal of Nursing Education*, 29. 26–30.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (1992): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.

Kovács Mariann (2006): Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia*, 15. 1. 19–25.

Kovácsné Tóth Ágnes, Feith Helga, Balázs Péter (2004): A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17. 6. 9–14.

Kovácsné Tóth Ágnes (2008): Pályaválasztási motiváció értékrendi alapjai diplomásápoló és tanárképző főiskolai hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 149. 34. 1601–1608.

Kövesi Ervin, Füzi István, Bálint György (1980): Az egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 18. 552–556.

Lambert, V. A., Lambert, C. E., Ito, M. (2004): Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41. 85–96.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.

Lee, H., Hwang S., Kim J., Daly B. (2004): Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48. 632–641.

Leiter, M. P. (1992): Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping*, 5. 79–93.

Lengyel Éva, Tóth Ildikó (2001): Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet dolgozóinak munkahelyi elégedettsége. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39. 455–468.

Leppanen, R. A., Olkinoura, M. D. (1987): Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*. 13. 1–8.

Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L., Coyne, J. C. (1998): Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15. 579–605.

Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., Seidman-Carlson, R. (2006): A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19. 105–109.

Madsen, M. (1991): Smoking habits among Danish physicians, nurses and midwives in 1989. *Tandlaegebladet*, 95. 3. 89–95.

Margolis, B. L., Kroes, W. H., Quinn, R. P. (1974): Job stress: An unlisted occupational hazard. *Journal of Occupational Medicine*, 16. 659–661.

Markovic Marija, Piczil Márta, Kasza Bálint, Pikó Bettina (2006): Egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete az ápolás tükrében Szegeden és Szabadkán. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 44. 4-5-6. 73–78.

Markovic Marija, Pikó Bettina, Piczil Márta, Kasza Bálint (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19. 3. 17–24.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981): *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Maslach, C., Jackson S. E. (1982): Burnout in health professions. A social psychological analysis. In: Sanders, G. S., Suls, J. (szerk.): *Social Psychology of Health and Illness*. NJ. Erlbaum, Hillsdale. 227–247.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1993): *Maslach Burnout Inventory*: Manual (2nd Edition). Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996): *Maslach Burnout Inventory*: Manual (3rd. Edition). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Mata Zsuzsanna, Nagy Andrásné (2002): Egészségfejlesztés az ápolásban. *Nővér*, 15. 5. 3–6.

Mata Zsuzsanna, Nagy Andrásné, Bakonyi Tamásné (2003): Egészségfejlesztés az ápolásban II. *Nővér*, 16. 5. 24–27.

Mauksch, H. (1972): Nursing: Churning for a change? In: Freeman, H. E., Levin, S., Reeder, L. G. (szerk.): *Handbook of medical sociology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. 206–230.

Molnár Edit (2002): Ápolók egészségi állapota. *Nővér*, 15. 4. 4–10.

Muldoon, O. T., Kremer, J. M. (1995): Career aspirations, job satisfaction and organizational commitment for nurses. *Journal of Psychology*, 129. 643–649.

Muldoon, O. T., Kremer, J. M. (1995): Career aspirations, job satisfaction and gender identity in female student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21. 544–550.

Murray, M. K. (2002): The nursing shortage: Past, present, and future. *Journal of Nursing Administration*, 32. 79–84.

Nánási Judit, Kiss Ferencné (1995): Kórházi és klinikai ápolási oktatóegységek szervezése. A gyulai modell. *Lege Artis Medicinae*, 5. 234–240.

Németh György (2000): Az egészségügy a gazdaságpolitika szemével a 2000. év nyarának végén. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 38. 461–468.

Németh Katalin, Dér Anikó, Karamánné Pakai Annamária (2006): Az ápoló, mint egészségfejlesztő. Ápolók egészségfejlesztési lehetőségei kardiológiai rehabilitációs osztályon. *Nővér*, 19. 1. 19–27.

Némethné Németh Edit. (2001): A kiégés szindróma vizsgálata a Vas Megyei Markusovszky Kórház ápolói körében. *Nővér*, 14. 4. 21–22.

Norbeck, J. S. (1985): Perceived job stress, job saticfaction, and psychological symptoms in critical care nursing. *Research in Nursing and Health*, 3. 8. 253–259.

Ogden, J. (1996): *Health psychology*. Open University Press, Buckingham.

O'Neill, C. P., Zeichner, A. (1985): Working women: A study of relationships between stress, coping and health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4. 105–116.

Parkes, K. R. (1985): Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Social Science & Medicine*, 20. 9. 945–953.

Pálfi Ferencné (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16. 6. 3–9.

Pálfi Ferencné (2008): Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére. *Orvosi Hetilap*, 149. 31. 1463–1469.

Pásztor Krisztina (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai. *Nővér*, 19. 3. 3–9.

Pederson, L. L., Koval, J. J., O'Connor, K. (1997): Are psychosocial factors related to smoking in grade-6 students? *Addictive Behaviors*, 22. 169–181.

Pelletier, D., Donoghue, J., Duffield, C. (2005): Understanding the nursing workforce: a longitudinal study of nurses six years after graduate study. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 23. 37–43.

Petróczi Erzsébet (2003): Pedagógusok és a munkahelyi stressz I., II. *Új Katedra*, szeptember-október

Petróczi Erzsébet (2007): *Kiégés - elkerülhetetlen?* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.

Petróczi Erzsébet, Fazekas Márta, Tombácz Zsuzsanna, Zimányi Mária (1999). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54. 3. 429–441.

Piczil Márta, Pikó Bettina (2002): Quo vadis, nővéri hivatás?! Egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei Szegeden. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 5. 575–582.

Piczil Márta, Pikó Bettina (2003): Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai. Kiégettség, kockázati magatartás, társas támogatás. *Egészségügyi Menedzsment*, 5. 5. 29–33.

Piczil Márta, Pikó Bettina (2003): Fókuszban a szociális gondozók. Szakma vagy kényszerpálya? *Szociális Munka*, 15. 1. 18–25.

Piczil Márta, Kasza Bálint, Markovic Marija, Pikó Bettina (2005):Határon innen és túl…Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18. 2. 3–10.

Pikó Bettina (1995): A társas támogatottság hatása az egészségi állapotra. *Végeken*, 6. 12–16.

Pikó Bettina, Paulik Edit, Pető Éva, Müller Anna (1995): Orvos- és gyógyszerészhallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *Addiktologia Hungarica*, 3 (1). 38–43.

Pikó B., Barabás K., Markos J. (1996): Health Risk Behaviour of a Medical Student Population. Report on a Pilot Study. *Journal of the Royal Society of Health*, 116. 97–100.

Pikó Bettina (1997): Coping - társas kapcsolatok - társas coping. *Pszichológia*, 17. 391–399.

Piko, B., Barabas, K., Boda, K. (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7. 243–247.

Piko, B. (1998): Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 3. 333–344.

Pikó Bettina (1999): Munkahelyi stressz a nővérek körében: Kik a legveszélyeztetettebbek? *Addictologia Hungarica*, 7. 272–281.

Pikó Bettina (1999): Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. 1. 79–89.

Piko, B. (1999): Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *The Journal of The Royal Society of Health*, 119. 3. 156–162.

Pikó Bettina (2001): A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11. 4. 318–325.

Pikó B. (2002): *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében.* Osiris, Budapest.

Piko, B. (2006): Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff. *International Journal of Nursing Studies*, 43. 311–318.

Pikó Bettina, Piczil Márta (1998): Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8. 728–734.

Pikó Bettina, Piczil Márta (2000): „És rajtunk ki segít…?” - Kvalitatív egészségszociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10. 110–120.

Pikó Bettina, Piczil Márta (2002): Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia*, 22. 4. 437–447.

Pikó Bettina, Piczil Márta (2006): A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az elégedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 4. 301–310.

Pikó Bettina, Piczil Márta (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. Vizsgálat a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében. *Lege Artis Medicinae*, 17. 1. 65–69.

Potter, E. J., Fiedler, F. E. (1981): The utilisation of staff member intelligence and experience under high and low stress. *Academy of Management Journal*, 24. 361–376.

Ramirez, A. J., Graham, J., Richard, M. A., Cull, A., Gregory, W. M. (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 16. 724–728.

Rogers, C. (1975): Empathic: An unpredicted way of being. *The Counselling Psychologist*, 2. 2–10.

Ruiz, F. M. L., Sanchez, B. M. (2003): Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 17. 1. 5–10.

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001): On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52. 141–166.

Sabo, B. M. (2006): Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12. 136–142.

Sasváriné Bojtor Anna (2001): Az ápolás társadalmi és kulturális összefüggései. *Valóság*, 6. 98–106.

Sasváriné Bojtor Anna (2001): Ápolói státus -munkahelyi terhelés. *Egészségügyi Menedzsment*, 3. 23–26.

Sebestyén Beáta, Gonda Xenia, Berze Hajnalka, Rihmer Zoltán (2006): Öngyilkosság és depresszió: az ápolók szerepe a felismerésben és megelőzésben. *Nővér*, 19. 5. 13–20.

Sheu, S., Lin, H. S., Hwang, S. L. (2002): Perceived stress and physio-phycho-social status of nursing students during their initial perod of clinical practice: the effect of coping behaviors. *International Journal of Nursing Studies*, 39. 165–175.

Siket Adrienn (2003): Az oktatás és képzés kutatása. *Nővér*, 13. 4. 15–23.

Small, E. (1995): Valuing the unseen emotional labour of nursing. *Nursing Times*, 28. 40–41.

Snell, A. F., Stokes, G. S., Sands, M. M. (1994): Adolescent life experiences as predictors of occupational attainment. *Journal of Applied Psychology*, 79. 131–141.

Solomon, L. J., Rothblum, E. D. (1986): Stress, coping, and social support in women. *The Behavioral Therapist*, 9. 199–204.

Spaniol, L., Caputo, J. (1979): *Professional burn-out. A personal survival kit.* Lexington, Mass.: Human Services Associates.

Spickard, Jr., A., Gabbe, S. G., Christensen, J. F. (2002): Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Journal of the American Medical Association*, 288. 1447–1450.

Stauder Adrienne (2007): Stressz és stresszkezelés. In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 153–176.

Stewart, M. J., Arklie, M. (1994): Work satisfaction, stressors and support experienced by community health nurses. *Canadian Journal of Public Health*, 85. 180–184.

Szabó Éva (1999): A „kedves", az „okos" és a „gonosz", avagy a kedvelt és a nem kedvelt tanár képének jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 1. 1. 31-41.

Szánthó András, Solymosi Tamás (2000): Elképzelések az egészségügy átalakulásának lehetséges útjairól. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 38. 199–208.

Szemlédy Ida (2004): A kiégés jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében. *Nővér*, 17. 3. 10–17.

Szentgyörgyi Márta (2000): Az ápolói hivatásról. *Nővér*, 13. 6. 19–23.

Szicsek Margit (2004): A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *KHARÓN Thanatológiai Szemle*, 8. 1–2. 88–131.

Szloboda Istvánné (2004): A 2002. évi 50%-os béremelés és tanulói társadalmi ösztöndíj hatása a szakdolgozói létszámellátottságra és létszámutánpótlásra Északkelet-Magyarország hat megyéjében. *Nővér*, 17. 3. 3–9.

Szverle Viktória (2006): Egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelme. *Nővér*, 19. 4. 25–26.

Tahin Tamás (1989): A nővéri munka szociológiai problémái. In: Molnár László (szerk.): *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest. 119–133.

Tahin Tamás, Makó Csaba, Jeges Sára (1979): Az egészségügyi ellátás néhány szociológiai problémája. *Társadalomtudományi Közlemények*, 9. 37–52.

Temesváry Beáta, Pataki Olga, Kalmárné Csőke Marianna, Zimányi Mária (1996): Segítőfoglalkozásúak továbbképzése. *Lege Artis Medicinae*, 6. 752–759.

Thoits, P. A. (1986): Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54. 416–423.

Tiringer István (2007): Megküzdés (coping). In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 177–197.

Tomcsányi Teodóra, Fodor László, Kónya Olga (1990): Altruizmus, segítő szindróma, érett segítő identitás. *Psychiatria Hungarica*, 5. 3. 213–222.

Traynor, M. G. (1995): Job satisfaction and morale of nurses in NHS trusts. *Nursing Times*, 91. 42–45.

Tumulty, G., Jernigan, I. E., Kohut, G. F. (1994): The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, 7. 84–90.

Vaux, A. (1985): Variations in social support associated with gender, ethnicity and age. *Journal of Social Issues*, 41. 89–110.

Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B., Mayr, J. (1997): The effects of paid and unpaid work on nurses well-being: the importance of gender. *Sociology of Health & Illness*, 19. 328–347.

Webb, Y., Stear, A., Pethybridge, J., Baker, R., Elharch, G. (2002): Nursing the nurses: Why staff need support. *Nursing Times*, 16. 36–37.

Welch, G. (1987): An Integrated Approach to Social Work Practice.In: McKendrick, B. W. (szerk.): *Introduction to Social Work in South Africa*. Owen Burgess, Pinetown. 152–176.

Wheaton, B. (1983): Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24. 208–229.

Wheeler, H., Riding, R. (1994): Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, 3. 527–534.

Wills, T. A. (1990): Social support and interpersonal relationships. In: Clark, M. S. (szerk.): *Review of personality and social psychology*. Sage, Newbury Park, CA. 265–289.

Zammuner, V. L., Galli, C. (2005): Wellbeing: causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International Review of Psychiatry*, 17. 355–364.

Zrínyi Miklós (2004): Miért kellenek határozott vezetők az ápolásban? *Nővér*, 17. 4. 29–33.

1. sz. melléklet

Csongrád megyei tanuló és dolgozó ápolók vizsgálata
Kérdőív

1. Személyi adatok (tanuló ápolók)

Születési év:

Nem:
1 - fiú
2 - lány

Apa legmagasabb iskolai végzettsége:
1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Gimnázium
4. Főiskola, egyetem

Apa alkalmazási minősége:
1. Diplomás vagy vezető
2. Egyéb szellemi
3. Kisvállalkozó
4. Szakmunkás
5. Segédmunkás
6. Munkanélküli

Anya legmagasabb iskolai végzettsége:
1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Gimnázium
4. Főiskola, egyetem

Anya alkalmazási minősége:
1. Diplomás vagy vezető
2. Egyéb szellemi
3. Kisvállalkozó
4. Szakmunkás
5. Segédmunkás
6. Munkanélküli

Lakás típusa:
1. Lakótelepi öröklakás
2. Társasházi öröklakás
3. Bérlakás
4. Családi ház
5. Egyéb:

Családodat anyagi szempontból mely társadalmi rétegbe sorolnád?
1. Felsőosztály
2. Felső-középosztály
3. Középosztály
4. Alsó-középosztály
5. Alsóosztály

Személyi adatok (dolgozó ápolók)

Születési év:

Nem:
1 - férfi
2 - nő

Családi állapota:
1. Hajadon -nőtlen
2. Elvált
3. Özvegy
4. Házas
5. Élettársi kapcsolatban él

Legmagasabb iskolai végzettsége:
1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Gimnázium
4. Főiskola, egyetem

Házastársa / élettársa legmagasabb iskolai végzettsége:
1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Gimnázium
4. Főiskola, egyetem

Van-e saját lakása:
1. Van
2. Nincs, szüleimmel lakom
3. Nincs, albérletben lakom
4. Nincs, nővérszállón lakom

Ha van saját lakása, milyen típusú?
1. Lakótelepi öröklakás
2. Társasházi öröklakás
3. Bérlakás
4. Családi ház
5. Egyéb:

Családját anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolná?
1. Felsőosztály
2. Felső-középosztály
3. Középosztály
4. Alsó-középosztály
5. Alsóosztály

2. Miért választottad / választotta az ápolói hivatást? (Több válasz is lehetséges!)

1. A családban már hagyománya van	
2. A szüleim, ismerőseim tanácsára	
3. Tanulmányi eredményeim nem tették lehetővé, hogy gimnáziumban tanuljak tovább	
4. Szeretek emberekkel foglalkozni, segíteni nekik	
5. Egyéb ok miatt	

3. Jelöld / jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleményed/véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói munka és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét

	1: alacsony	2	3	4	5	6	7: magas
A társadalom?							
A többi egészségügyi dolgozó?							
Hogyan ítéled meg Te/hogyan ítéli meg Ön?							

4. Rangsorold / rangsorolja 1-15-ig az alábbi foglalkozásokat (1: legmagasabb, 15: legalacsonyabb)

Újságíró	
Hivatásos katonatiszt	
Takarító(nő)	
Miniszter	
Hivatali csoportvezető	
Építőipari segédmunkás	
Agronómus	
Ápoló	
Lakatos kisiparos	
Bolti eladó	
Ügyvéd	
Szabó kisiparos	
Orvos	
Pilóta	
Tanár	

5. Mennyire elégedett munkájával, munkahelyi körülményeivel?

(Csak a dolgozó ápolóknak!)

1 Teljesen	2	3	4	5	6	7 Egyáltalán nem

6. Sorold fel / sorolja fel 3 pozitív jellemzőjét az egészségügyi szakmának!

7. Sorold fel / sorolja fel 3 negatív jellemzőjét az egészségügyi szakmának!

8. Kórházi gyakorlataid során milyen gyakran szembesülsz olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek a számodra? / Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek az Ön számára?

1. Gyakran	
2. Időnként	
3. Ritkán	
4. Soha	

9. Ilyenkor szoktál-e / szokott-e segítséget kapni?

1. Gyakran	
2. Időnként	
3. Ritkán	
4. Soha	

10. Kitől várnál / várna több segítséget? (Több válasz is lehetséges!)

Tanuló ápolók	*Dolgozó ápolók*
1. Osztálytársaimtól	1. Családtagjaimtól
2. Tanáraimtól	2. Barátaimtól
3. A kórházban dolgozó ápolóktól	3. A kórházban dolgozó ápolóktól
4. Orvosoktól	4. Orvosoktól
5. Pszichológustól	5. Pszichológustól
6. Mástól, éspedig:	6. Mástól, éspedig

11. Az elmúlt 6 hónap során milyen gyakran

	Gyakran	Időnként	Ritkán	Soha
Volt idegfeszültségből eredő fejfájásod / fejfájása?				
Volt hát- vagy derékfájásod / derékfájása?				
Voltak alvási problémáid / problémái?				
Érezted magad / érezte magát kimerültnek, gyengének?				
Volt gyomorégésed, gyomorfájásod / gyomorégése, gyomorfájása?				
Volt idegességből eredő hasmenésed / hasmenése?				
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogásod / szívdobogása?				
Voltak menstruációs görcseid / görcsei?				

12. Jelöld / jelölje X-szel, hogyan minõsítenéd / minősítené egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?

Kiváló	Jó	Még elfogadható	Rossz

13. Az elmúlt 12 hónap alatt dohányoztál-e / dohányzott-e?
1. Nem
2. Alkalmanként
3. Rendszeresen, napi 1-2 szálat
4. Rendszeresen, napi 10 szál alatt
5. Rendszeresen, napi 10-20 szálat
6. Rendszeresen, napi 20 szál fölött

Fogyasztottál- e / fogyasztott-e alkoholt?
1. Nem
2. Alkalmanként
3. Hetente 1-2 alkalommal
4. Naponta

Kipróbáltál-e / kipróbált-e valamilyen kábítószert?
1. Egyáltalán nem
2. Igen, de csak néhányszor
3. Rendszeresen

14. Az embereknek igen változatos a véleménye a dohányzásról. Jelöld meg / jelölje meg, hogy az alábbi állításokkal mennyire értesz / ért egyet!

	Teljesen egyetértek	Részben egyetértek	Nem értek egyet
A dohányzás túl drága			
A dohányzás megkönnyíti a másokkal való kapcsolatteremtést			
A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha szüleiktől ezt látták			
A dohányzásnak nyugtató hatása van			
A dohányzás csökkenti az éhségérzetet			
A dohányzás növeli a népszerűséget a barátok körében			
A dohányzóknak az iskolában/munkahelyen biztosítani kellene egy külön helyet			
A dohányzóknak mielőtt rágyújtanak engedélyt kellene kérniük a többiektől			
Az eü.-i dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással			

15. Véleményed / véleménye szerint mennyire stresszgazdag az életed / élete?

Egyáltalán nem	Kicsit	Közepesen	Nagyon

16. Mely területen ér / éri stressz leginkább?

1. Munkával kapcsolatos gondok	
2. Tanulással kapcsolatos gondok	
3. Pénzkérdés, anyagi gondok	
4. Társas kapcsolatok	
5. Félelem a jövőtől	
6. Egyéb, éspedig:	

17. Szedsz-e / szed-e

	Igen, rendszeresen	Heti 1-2 alkalommal	Havi 1-2 alkalommal	Egyáltalán nem
Nyugtatót				
Altatót				
Élénkítőszert				

18. Emlékezz / emlékezzen vissza nehéz élethelyzetekre: mit szoktál / szokott tenni ilyenkor?

Mennyire jellemző Rád / Önre?	Nagyon	Eléggé	Kevésbé	Egyáltalán nem
Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem				
Olyasmibe fogtam, amiről tudtam, nem fog használni, de legalább csináltam valamit				
Magamat hibáztattam				
Próbáltam derűsen felfogni a dolgot				
Elfogadtam mások együttérzését				
Más emberként kerültem ki a helyzetből -jó értelemben véve				
Evéssel-ivással, dohányzással, nyugtatókkal stb. próbálkoztam				
Valami nagyon kockázatosba fogtam				
Egy baráttól vagy rokontól kértem segítséget				
Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok				
Több megoldást is mérlegeltem				
Imádkoztam				
Azt kívántam, bárcsak megváltozna a helyzet				
Másokon vezettem le a feszültségemet				

19. Az elmúlt 12 hónap során milyen gyakran fordult elő Veled / Önnel, hogy egy, a környezetedben / környezetében élő fontos személytől az alábbi segítséget kaptad / kapta?

	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran
Elmesélte, hogyan érezte magát egy hasonló helyzetben				
Segített értelmezni egy problémát				
Azt mondta, jó vagy / jó olyannak, amilyen (vagy)				
Megnyugtatott / megnyugtatta azzal, hogy a szeretetét fejezte ki				
Megmondta, mit kell tenned / tennie				
Segített megérteni, hogy mit várnak Tőled / Öntől				
Megtanított / megtanította valamire				
Erején felül segített, hogy jól teljesíts / teljesítsen				
Kölcsönadott > 1000 Forintot				
Örökbe adott < 1000 Forintot				
Elvitt / elvitte valahová kocsival				
Kölcsön vagy örökbe adott valamit (nem pénzt)				
Megcsinált valamilyen házimunkát helyetted / Ön helyett, amikor nem értél / ért rá				
Gondozta háziállatodat / háziállatát vagy a növényeidet / növényeit, amikor nem voltál / volt otthon				
Segített megcsinálni valamit				
Elmagyarázta, hogyan kell megcsinálni valamit				

2. sz. melléklet

Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

Vajdasági egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

Kérdőív

1. Személyi adatok

Neme:
1. - Férfi
2. - Nő

Életkora:

Családi állapota:
1. Hajadon/nőtlen
2. Elvált
3. Özvegy
4. Házas
5. Élettársi kapcsolatban él

Gyermekeinek száma:

Legmagasabb iskolai végzettsége:
1. Általános iskola
2. Szakiskola
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola

Beosztása:
1. Betegágy melletti ápoló
2. Főnővér
3. Asszisztens
4. Orvosírnok
5. Egyéb szakdolgozó:

Hány éve dolgozik az egészségügyben?

Milyen az Ön műszakbeosztása?
1. Állandó délelőttös
2. Állandó éjszakás
3. Kétműszak
4. Háromműszak

2. Miért választotta az egészségügyi pályát? (Többet is megjelölhet!)
1. A családban hagyománya van
2. A szüleim, ismerőseim tanácsára
3. Szeretek emberekkel foglalkozni
4. Nem tudtam máshol továbbtanulni
5. Nem volt más munkalehetőség
6. Egyéb okból:

3.Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint, hogyan ítéli / ítélik meg az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét

	1: alacsony	2	3	4	5	6	7: magas
Ön?							
Az orvosok?							
A társadalom?							

4. Sorolja fel 3 pozitív jellemzőjét az egészségügyi szakmának!

5. Sorolja fel 3 negatív jellemzőjét az egészségügyi szakmának!

6. Mostanában szokott-e gondolkodni azon, hogy feladja hivatását és más munkahelyre menjen dolgozni?
1. Igen, mert
2. Nem, mert

7. Ha pályát módosítana, milyen munkát vállalna legszívesebben?

8. Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek jelentenek az Ön számára?

1. Gyakran	
2. Időnként	
3. Ritkán	
4. Soha	

9. Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?

1. Gyakran	
2. Időnként	
3. Ritkán	
4. Soha	

10. Kitől várna több segítséget?

1. Családtagjaimtól	
2. Barátaimtól	
3. A kórházban dolgozó nővérektől	
4. Orvosoktól	
5. Pszichológustól	
6. Mástól, éspedig:	

11. Jelölje X-szel, hogyan minõsítené egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?

Kiváló	Jó	Még elfogadható	Rossz

12. Az elmúlt 6 hónap során milyen gyakran

	Gyakran	Időnként	Ritkán	Soha
Volt idegfeszültségből eredő fejfájása?				
Volt hát- vagy derékfájása?				
Voltak alvási problémái?				
Érezte magát kimerültnek, gyengének?				
Volt gyomorégés, gyomorfájása?				
Volt idegességből eredő hasmenése?				
Volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása?				

13. Szokott-e dohányozni?

1. Nem
2. Alkalmanként
3. Rendszeresen, napi 1-2 szálat
4. Rendszeresen, napi 10 szál alatt
5. Rendszeresen, napi 10-20 szálat
6. Rendszeresen, napi 20 szál fölött

14. Szokott-e alkoholt fogyasztani?
1. Nem
2. Alkalmanként
3. Hetente 1-2 alkalommal
4. Naponta

15. Szed-e?

	Igen, rendszeresen	Heti 1-2 alkalommal	Havi 1-2 alkalommal	Egyáltalán nem
Nyugtatót				
Altatót				
Élénkítőszert				

16. Szokott-e kávét fogyasztani?
1. Nem
2. 1-2 csészével naponta
3. 3-4 csészével naponta
4. 5-6 csészével naponta
5. 6 csészénél többet

17. Milyen tulajdonú a lakás, ahol él?
1. Saját tulajdonú
2. Önkormányzati bérlakás
3. Egyéb bérlakás (pl. albérlet)
4. Nővérszállás
5. Egyéb:

18. Milyen a lakás jellege?
1. Kertes családi ház
2. Panellakás
3. Társasházi lakás
4. Házrész
5. Tanya
6. Egyéb megoldás

19. Kivel lakik közös háztartásban?
1. Házastárssal/élettárssal
2. Szüleivel
3. Gyerekével/gyerekeivel
4. Más rokonnal
5. Barátokkal, ismerősökkel
6. Egyedül

20. Van-e a háztartásban

Tartós fogyasztási cikk	Igen	Nem
Telvízió		
Automata mosógép		
Hűtőszekrény		
Porszívó		
Videomagnó		
CD-lejátszó		
Magnó		
Mosogatógép		
Mikrohullámú sütő		
Fagyasztóláda		
Számítógép		
Autó		

21. Az elmúlt 5 évben hányszor volt nyaralni?

Ebből hányszor belföldön: és hányszor külföldön:

22. Szabadidejében milyen tevékenységgel próbál kikapcsolódni?

	Soha	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran
Mozi				
Színház				
Olvasás				
TV nézés				
Baráti összejövetel				
Sport				
Kézimunka				
Kirándulás				

23. Kórházi munkája mellett szokott-e más munkát vállalni?

1. Nem
2. Igen, szakmabeli munkát (pl. betegápolás)
3. Igen, egyéb munkát:

24. Kihez fordul, ha lelki problémái vannak?

1. Házastárs/élettárs
2. Szülő
3. Gyerek
4. Egyéb rokon
5. Barát
6. Szomszéd
7. Munkatárs
8. Pap
9. Pszichológus/pszichiáter
10. Családorvos

11. Senkihez

25. Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?

1.Házastárs/élettárs
2. Szülő
3. Gyerek
4. Egyéb rokon
5. Barát
6. Szomszéd
7. Munkatárs
8. Munkahely (pl. illetményelőleg)
9. Pénzintézet (pl. bank)
10. Önkormányzat (pl. segélyek)
11. Senkihez

26. A következőkben jelölje meg a megadott skálának megfelelően (1-5), hogy milyen gyakran érzi, amit az állítás megfogalmaz.

1. Soha 2. Nagyon ritkán 3. Időnként 4. Gyakran 5. Minden nap

 A munkám által érzelmileg kiszipolyozottnak érzem magam
 A munkanap végére elhasznált vagyok
 Már akkor is fáradt vagyok, amikor reggel felkelek és szembe kell néznem a ma rám váró munkával
 Könnyen meg tudom érteni, hogyan éreznek az emberek különböző dolgokkal kapcsolatban
 Úgy érzem, hogy a munkám közben már úgy kezelem az embereket, mintha személytelen tárgyak lennének
 Egész nap emberekkel foglalkozni igazán kimerítő és feszültségkeltő számomra
 Nagyon hatékonyan tudok foglalkozni a munkám során hozzám forduló emberek problémáival
 A munkám révén kiégettnek és elhasználtnak érzem magam
 Úgy érzem a munkámon keresztül pozitívan tudom befolyásolni más emberek életét
 Mintha megkérgesedtem volna az emberekkel szemben, mióta ezen a területen dolgozom
 Attól tartok, hogy ez a munka érzelmileg teljesen megkeményít
 Telve vagyok energiával
 Naponta frusztrálódom a munkám során
 Úgy érzem, hogy túlságosan is keményen dolgozom
 Valójában nem törődöm azzal, hogy mi történik azokkal az emberekkel, akikkel foglalkoznom kell
 Túl sok feszültséggel jár számomra, hogy közvetlenül emberekkel kell dolgoznom
 Megnyugtató légkört tudok teremteni munka közben a hozzám fordulókkal kapcsolatban
 Valósággal felüdültnek érzem magama munka után
 Sok értékes dologra voltam képes az eddigiekben a munkám során
 Úgy érzem, mintha az utolsó erőtartalékaimat élném fel
 A munkámban képes vagyok nyugodtan és higgadtan foglalkozni mások érzelmi problémáival
 A munkám végzése közben úgy érzem, hogy az emberek a saját problémáik miatt is engem hibáztatnak

27. Ha határoznia kellene arról, hogy az ismételten azt a munkakört kellene választania, amit most betölt, hogyan döntene?
1. Habozás nélkül újraválasztaná
2. Jobban meggondolná
3. Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát

28. Ha egy ismerőse az Ön munkáját szeretné választani, mit mondana neki?
1. Meggyőződéssel ajánlaná
2. Kétségei lennének, hogy javasolja-e
3. Ellene érvelne

29. Mindent egybevetve, mennyire elégedett a munkájával?
1. Nagyon elégedett
2. Viszonylag elégedett
3. Nem túlzottan elégedett
4. Egyáltalán nem elégedett

3. sz. melléklet

Kvalitatív vizsgálat Csongrád megyei ápolók körében

Interjú-vázlat

1. Életkor
2. Nem
3. Iskolai végzettség
4. Milyen osztályon dolgozik?
5. Mióta dolgozik az egészségügyben?
6. Melyek a leggyakoribb stresszforrások a munkahelyén?
7. Mit tesz a feszültség oldása érdekében?
8. Kivel beszéli meg a munkahelyi problémát?
9. Hazaviszi-e a munkahelyi problémát, ha igen, hozzátartozói hogyan segítenek?
10. Szükségesnek tartaná-e pszichológus jelenlétét az osztályon, ahol dolgozik?
11. Szükségesnek tartaná-e esetmegbeszélő csoportszervezését az osztályon, ahol dolgozik?
12. Írjon le egy esetet, amely a közelmúltban leki problémát okozott Önnek. Kérjük, írjon a lehetséges megoldásról is!
13. Segít-e és ha igen, milyen módon új kollégájának a beilleszkedésben?
14. Mely osztályon / osztályokon dolgozna szívesen? Indokolja választását!
15. Mely osztályon / osztályokon nem dolgozna szívesen? Indokolja választását!
16. Milyen tényezők határozzák meg a munkával való elégedettségét ill. elégedetlenségét?