

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM  
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA  
EGÉSZSÉGNEVELÉS PROGRAM

**AZ ÁPOLÓI HIVATÁS MAGATARTÁSTUDOMÁNYI VIZSGÁLATA  
ÉS EGÉSZSÉGVÉDELME**

Doktori értekezés tézisei

Piczil Márta

Témavezető: Dr. Pikó Bettina

Szeged, 2009

## I. BEVEZETÉS ÉS CÉLKITŰZÉSEK

Az egészségüggyel kapcsolatos történéseket a magyar társadalom legtöbb tagja figyelemmel kíséri, így az ágazatban végzett kutatások eredményei mindig nagy érdeklődésre tartanak számot. Laikusok és szakemberek egyaránt fontosnak tartják annak ismeretét, hogy milyen munkakörnyezetben történik a munkavégzés, illetve a gyógyítás folyamatában résztvevők mely motivációktól vezérelve, milyen attitűdök birtokában tevékenykednek. A néhány éve felerősödő válságjelenségek mindenki számára nyilvánvalóvá teszik az egészségügyi szakmák negatívumait is: a fizikai és lelki értelemben egyaránt nehéz, fárasztó munkát, az anyagi és erkölcsi megbecsülés alacsony fokát, a nagyarányú fluktuációt, némely területeken a hivatást választók egyre csökkenő arányát, a gyógyításhoz elengedhetetlenül szükséges gyógyszerek és eszközök hiányát. Mindezek ellenére a betegellátás valamennyi szintjén folyamatos az ápoló- és gondozótevékenység, a gyógyító team minden tagja a rászorulóknak egészségének megőrzése és visszaállítása érdekében tevékenykedik.

Sajátos csoportot képviselnek az egészségügy szervezeti rendszerében az ápolók: munkájuk nélkülözhetetlen, ugyanakkor a többnyire orvos-központú gyógyító folyamatban méltatlanul kevés figyelem övezi ténykedésüket. Jellemzésük gyakorta sztereotípiák segítségével történik: így járunk el, amikor altruisztikus attitűdjeikre hivatkozunk, amikor úgy gondoljuk, hogy az embereken, rászorulókon segítség vágya felülemelkedik minden, a szakma gyakorlása közben tapasztalt nehézségen.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülményeivel kapcsolatban megismerjük a valóságot, 1998 óta végzünk kutatásokat. A vizsgálatok fókuszában az ápolók pályaválasztással kapcsolatos motivációinak, pályaképének, pszichés és szomatikus egészségi állapotának, egészség- és rizikómagatartásának vizsgálata állt, ugyanakkor társas támogatórendszerük, coping-mechanizmusaik, életkörülményeik, rekreációs tevékenységeik, illetve munkával, élettel való elégedettségük, és jövőbeni terveik megismerésére is törekedtünk.

A valóság ismerete és a tényekre alapozott cselekvési stratégiák reményeink szerint hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az ápolói tevékenység magas presztízzsel felruházott, elismert hivatássá váljon, betöltői pedig nap, mint nap érezzék tevékenységük fontosságát és nélkülözhetetlenségét.

A bevezetésben leírtak szellemiségét követve a **kvantitatív vizsgálatok** során a következő célok elérésére törekedtünk:

1. Az **első célkitűzés** kapcsán szándékunkban állt megismerni a válaszadók 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) Milyen tényezők játszottak szerepet a leendő, még tanuló és az egészségügy különböző területein dolgozó ápolók pályaválasztásában ?
- b) Véleményük szerint hogyan ítélik meg az orvosok, az egészségügy más területein dolgozók és a társadalom tagjai a szakma presztízsét? Hogyan vélekednek saját maguk a hivatásukkal kapcsolatos megbecsültségről?
- c) Hová helyezik az ápolói munkát más foglalkozások hierarchiájában?
- d) Milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel írják le az egészségügyben végzett munkát?
- e) Mennyire veszélyeztetettek a megkérdezettek a kiégés szempontjából?
- f) Gondolkodnak-e azon, hogy feladják hivatásukat, és más munkahelyre mennek dolgozni? Ha kilépnének az ágazatból, miért tennék, míg a pályán maradást milyen indokokkal magyaráznák?
- g) Pályaelhagyás, pályamódosítás esetén milyen munkát végeznének szívesen? Miért választanának új területet?
- h) Mindent egybevetve mennyire elégedettek munkájukkal?

2. A **második célkitűzés** megvalósításakor azt térképeztük fel, hogy a vizsgált populáció körében a gyógyító tevékenység végzése során milyen mértékben 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/ kiktől várnának több segítséget a megnyugtató megoldás érdekében?

3. A **harmadik célkitűzés** annak vizsgálata volt, hogy a tanuló és dolgozó ápolók hogyan ítélik meg saját egészségük állapotát, milyen arányban fordul elő a stressz és néhány

egészségkárosító magatartás körükben. A témával kapcsolatos információgyűjtést a következő kérdések segítették:

- a) A vizsgálat időpontját megelőző 6 hónapban/12 hónapban érzékelték-e bizonyos pszichés és szomatikus tüneteket?
- b) Milyen az egészségi állapot önmegítélése a kortársakkal összehasonlítva?
- c) Szoktak-e, és ha igen, milyen gyakorisággal dohányozni, alkoholt és kávéfogyasztani a válaszadók, illetve mennyire jellemző a nyugtatók, altatók és az élénkítőszer használata a feszültségek oldása, levezetése érdekében?
- d) A dohányzással kapcsolatban milyenek attitűdjeik?
- e) Mely területeken és mennyire van jelen a stressz a megkérdezettek életében?

4. A **negyedik célkitűzés** kapcsán azt tettük vizsgálat tárgyává, hogy a kutatásban résztvevők körében melyek a legjellemzőbb coping technikák, és hogyan alakulnak a társas támogatás formái? Megállapításainkhoz a következő kérdések segítségével jutottunk:

- a) Melyek a legjellemzőbb konfliktusmegoldási módok a válaszadók körében?
- b) Milyen társas támogatórendszerrel bírnak a kutatásban résztvevő tanulók és dolgozó ápolók? Kihez/kikhez fordulnak lelki, illetve anyagi problémák esetén?

5. Az **ötödik célkitűzés** értelmében információkat kívántunk szerezni az ágazatban tevékenykedők 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 a 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 jellegű?

A **kvalitatív vizsgálat** célkitűzései:

A vizsgálat **legfőbb célkitűzése** 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 feszültségekeltető tényezők a munkahelyén?

2. A **második célkitűzés** arra irányult, hogy feltérképezzük a stressz oldásának módozatait, az alábbi kérdések segítségével:

a) Mit tesz a feszültség oldása érdekében?

b) Kivel beszél meg a munkahelyi problémákat?

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?

## II. VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

### 1. Csongrád megyei dolgozó ápolók és leendő ápolók vizsgálata

Az első vizsgálatra 1998-ban került sor. Ennek keretein belül Csongrád megye területén dolgozó és tanuló ápolók válaszoltak a név nélkül kitöltendő, önkitöltéses kérdőív kérdéseire. A kutatás során a válaszadók részvétele önkéntes volt; 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 *válaszadó dolgozók* 19-61 év közöttiek voltak, közülük 13 fő volt férfi, 205 fő nő. A *megkérdezett tanulók* (n=202) egészségügyi szakközépiskolai képzés keretei között sajátították el a szakmai ismereteket, életkorukat tekintve 15-25 év között voltak, közülük 12 fő volt fiú, 190 fő lány.

#### Alkalmazott mérőeszközök

a) A *szociodemográfiai változók* közül a kutatásban résztvevő *középiszkolások* esetében a következőket vizsgáltuk: az apa és az anya legmagasabb iskolai végzettsége, az apa és az anya alkalmazási minősége, a lakásuk típusa és a társadalmi státusz önminősítése.

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

b) A *pályaorientációval kapcsolatos kérdés*

„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 kérdések*

„Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói pálya presztízsét a társadalom, a többi egészségügyi dolgozó, és hogyan ítéli meg Ön?” A skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

„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*

„Mennyire elégedett munkájával, munkahelyi körülményeivel?” A skála 1-es fokozata a teljes elégedettséget, míg a 7-es fokozat a teljes elégedetlenséget jelölte.

„Sorolja fel a három legfontosabb tényezőt, amellyel elégedett, illetve amellyel elégedetlen a munkájában?” (*Beehr, King és King, 1990*).

*e) A lelki megterhelést vizsgáló kérdések*

„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.

„Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?” Ismét négy válasz közül lehetett választani:

1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Kitől várna több segítséget?” A felsorolt lehetőségek közül többet is bejelölhetett a megkérdezett: 1. Családtagjaitól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó ápolóktól 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Más személytől. Tanulók esetében az osztálytársak és a tanárok is a választható személyek között voltak (*Tumulty, Jernigan és Kohut, 1994*).

*f) Pszichoszomatikus skála*

„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?” Az egyes tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő válaszlehetőségek jelölték: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha (*Pikó, Barabás és Boda, 1997*).

*g) Az egészségi állapot önértékelése*

„Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A négy alternatíva 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 élnkítőszerk fogyasztásának gyakoriságára is (Pikó, Barabás és Markos, 1996).

*i) A dohányzással kapcsolatos attitűdöket vizsgáló kérdések*

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.

Az állításokkal kapcsolatban a 1. Teljesen egyetértek 2. Részben egyetértek 3. Nem értek egyet alternatívák közül lehetett választani.

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*

„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).

„Véleménye szerint mely területeken éri Önt stressz leginkább?” 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, jelen kutatásban azonban egy 14 kérdésből álló rövidített kérdőívet alkalmaztunk, melyet úgy állítottunk össze, hogy az alapidimenzióknak 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* (1981) által kifejlesztett kérdőív felhasználásával került sor. Kutatásunkban 16 kérdést tettünk fel a válaszadóknak, a támogatásformák gyakoriságának mérése a kutatást megelőző 12 hónap tapasztalataira terjedt ki, és négyfokozatú skálával történt.

## **2. Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata**

A 2001-ben végzett kutatás átfogó célja volt Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata. 450 kérdőívet juttattunk el a kórházakba a teljes körű lekérdezést tervezve, azonban mindössze 201 kitöltött és értékelhető kérdőív érkezett vissza. 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.

A válaszadók 11,1 %-a férfi, 88,9 %-a nő volt, életkoruk átlaga 33,1 év

(szórás: 14,1, medián: 33, módusz: 25 ). Az egészségügyben eltöltött idő átlaga: 15,2 év.

### **Alkalmazott mérőeszközök**

*a) 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 pályaaorientációval kapcsolatos kérdés*

„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 kutatásban résztvevőknek a kérdés megválaszolása során lehetőségük volt több válasz megjelölésére is.

*c) Az ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdés*

„Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli(k) meg az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét Ön, az orvosok és a társadalom?”

A skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

*d) A munkaelégedettséggel kapcsolatos kérdések*

„Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 pozitív jellemzőjét!”

„Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 negatív jellemzőjét!”

„Mostanában szokott-e gondolkodni azon, hogy feladja hivatását, és más munkahelyre megy dolgozni?”

„Ha pályát módosítana, milyen munkát vállalna szívesen?”

„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.

„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.

„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*

„Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek az Ön számára?” A választásra kínált alternatívák: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?” Ez esetben is négy alternatíva közül lehetett választani: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Kitől várna több segítséget?” A felsorolt lehetőségek közül a válaszadó többet is bejelölhetett: 1. Családtagjaimtól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó ápolóktól 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Más személytől (*Tumulty, Jernigan és Kohut, 1994*).

*f) Az egészségi állapot önértékelése*

„Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A négy válaszlehetőség, 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 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?” A felsorolt tünetek gyakoriságát illetően a következő válaszlehetőségek álltak az egészségügyi szakdolgozók rendelkezésére: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha (*Pikó, Barabás és Boda, 1997*).

*h) A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések*

A kérdések két rizikómagatartási mintára vonatkoztak elsősorban: a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók, élénkítőszeres és a kávé fogyasztásának gyakoriságára is (Pikó, Barabás és Markos, 1996).

*i) A lakáskörülményeket vizsgáló kérdések*

„Milyen tulajdonú lakásban él jelenleg?”

„Milyen a lakás jellege, ahol él?”

„Kivel lakik közös háztartásban?”

*j) A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságot vizsgáló kérdés*

„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*

„Az elmúlt 5 évben hányszor volt nyaralni? Hányszor belföldön és hányszor külföldön?”

„Szabadidejében milyen tevékenységekkel próbál kikapcsolódni?”

„Kórházi munkája mellett szokott-e más munkát vállalni?”

*l) A társas támogatórendszer elemeit felmérő kérdések*

„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.

„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.

*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 alszálát tartalmazott: érzelmi kimerültség, elszemélytelenedés és személyes teljesítmény.

### **3. Vajdasági egészségügyi szakdolgozók vizsgálata**

2003-ban a Vajdaság területén, Szabadkán dolgozó egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülményeinek felmérésére került sor, az anonimitást garantáló önkéntes kérdőívet 253 fő töltötte ki. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, a minta

kiválasztásában és a vizsgálat lebonyolításában egy, a helyi viszonyokat jól ismerő háziorvos volt segítségünkre.

A szabadkai válaszadók 90,5%-a nő, 9,5%-a férfi volt. Az átlagéletkor 29 év, a pályán eltöltött évek átlaga pedig 10 év.

### **Alkalmazott mérőeszközök**

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

Az adatok feldolgozása mindhárom vizsgálat esetében az SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával történt.

### **4. Kvalitatív vizsgálat Szeged kórházi és klinikai osztályain dolgozó ápolók körében**

1999-ben 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 módszer mellett, melynek legfőbb értéke, hogy az esetorientáltság segítségével egyéni látásmódok tárhatók fel, és alkalmazásával megismerhetővé válnak a munkahelyi problémák szituatív és társas kontextusai.

51 félig strukturált interjú készült Szeged klinikai és kórházi osztályain dolgozó ápolókkal. 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. Az interjú kérdései a kvalitatív kutatás célkitűzéseinek felsorolásakor kerültek ismertetésre.

### III. EREDMÉNYEK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

1. Az *első célkitűzés* vonatkozásában a kvantitatív vizsgálataink eredményeit összegezve elmondható, hogy az ápolói hivatást választók körében kiemelkedő az az *altruisztikus attitűd*, mely a segítségben, a betegekkel, rászorulókkal foglalkozás vágyában manifesztálódik. Ez az attitűd akkor is a pályán tartja a betegágy mellett tevékenykedőket, mikor a munkavégzés során megtapasztalják a szakmával együttjáró negatívumokat.

Többen *családi hagyományokat* folytatva kezdenek el az egészségügyben tevékenykedni, és vannak, akik *rosszabb tanulmányi eredményeik* miatt, kényszerből választották az ágazatban végzendő munkát, feltételezve, hogy az egészségügyben folyamatosan jelenlévő munkaerőhiány állandó elhelyezkedési lehetőségeket garantál.

Az ápolói hivatás kialakulásának történetét vizsgálva megállapítható, hogy a betegek, rászoruló világi személyek általi gondozása már a kórházak szekularizációjától kezdve lenézett tevékenység volt, később pedig tovább rontotta a megítélést, hogy a gondozás folyamatában elsősorban nők vettek részt. Ezen tények ismeretében nem meglepő, hogy a hivatás betöltői a jelenben sem értékelik magasra a szakma presztízsét, és úgy vélekednek, hogy az egyébként nélkülözhetetlen ápolási tevékenység végzőinek sem a társadalom, sem az orvosok, sem a gyógyító team többi tagja nem adja meg a kellő tiszteletet. Nem igazán kedvező a megítélés szempontjából az sem, hogy a rekrutációs bázist tekintve napjainkban is elsősorban alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekei választják ezt a hivatást.

Már a tanuló évek alatt is körvonalazódnak a *szakma negatívumai*, a munkában töltött idő pedig tovább árnyalja a képet: egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, illetve alacsony foka, a rossz munkahelyi kapcsolatok, a munkaszervezéssel összefüggő negatívumok, a gyógyszer- és eszközhiány, valamint a munkaerő hiánya, a szakmai hierarchia alsóbb fokán állva megtapasztalt megalázó helyzetek és az alárendeltség érzése megnehezítik a munkavégzést, és jelentősen növelik az elégedetlenség érzését.

Ami a *pozitívumokat* illeti, az egészségügyi szakdolgozók legfontosabbnak a jó munkahelyi légkört, a megfelelő kollegiális viszonyrendszert tartják. Ez a megállapítás megerősíti azokat a szakirodalmi tényeket, melyek szerint a pszichoszociális munkakörnyezet, a jó munkatársi viszony felülírja a hivatás gyakorlása közben tapasztalt negatív érzéseket. Kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak még a betegekkel kialakított bizalmas, jó kapcsolatnak, és a szakma pozitívumai között tartják számon az ápolók azt is, hogy segíthetnek a betegeken, és részt vehetnek a gyógyítás folyamatában.

A munkával, munkakörnyezeti jellemzőkkel kapcsolatos információk azért is kiemelkedő jelentőségűek, mert kutatásainkban megerősítést nyert, hogy a segítő foglalkozást választók körében gyakran előforduló, fizikai, emocionális és mentális kimerültséggel járó *burn-out* az ápolókat is veszélyezteti. A kiégés faktorai – az érzelmi kimerültség, az elszemélytelenedés, és a személyes teljesítmény romlása – igen szoros kapcsolatot mutatnak a munkával való elégedettséggel, a munkával való elégedettség pedig nagyon jelentős mértékben hatást gyakorol az étellel való elégedettségre.

Miután az egészségügyben végzett munka negatívumai jelentős mértékben érzékelhetőek, ezért nem meglepő, hogy kutatásunk alanyai közül sokan fontolgatják a *pályaelhagyást*, a hivatás feladását. Ugyanakkor a pályán maradók esetében is gyakran a kényszerűség diktál: korlátozottak a munkalehetőségek, idősök a változtatáshoz, életkoruk jelentősen csökkenti a munkaerőpiaci esélyeiket. Jellemző azonban, hogy pályaelhagyás esetén is elsősorban a segítés, az emberekkel való foglalkozás vágya vezetné a válaszadókat új munkájuk, munkahelyük kiválasztásánál.

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.

2. A *második célkitűzés* kapcsán megállapítható, hogy az ápolói hivatás gyakorlói a munkavégzés során gyakran találkoznak lelki megterhelést, feszültséget generáló helyzetekkel. Kvalitatív vizsgálatunk igazolta, hogy a *stresszorokat* szinte minden esetben azonosítani tudják, azonban a feszültségek feldolgozásának, oldásának módzatai 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, valamint 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 válaszadók jelezték, hogy szabad munkahelyválasztás esetén kerülnék az olyan osztályokat, ahol mindennapos a szenvedés látványa, a gyógyíthatatlan betegek és a haldoklók gondozása.

A lelki megterhelést jelentő helyzetekben ritkán érkezik adekvát segítség, az ágazatban dolgozók még kevésbé számíthatnak professzionális segítők beavatkozására, bár jelzéseik szerint nem igazán tartanak igényt az ilyen jellegű intervencióra. Említést érdemel az a

tény is, hogy nehéz munkahelyi szituációkban sokaknak szükségük lenne ápoló kollégáik és az orvosok tanácsára, megnyugtató jelenlétére, az ilyen jellegű segítségnyújtás azonban ritkán következik be. A feszültségek kezelése pedig nagyon fontos lenne, hiszen a stresszszint olyan tényezőkkel mutat szoros összefüggést, mint a munkaelégedettség, a mentális egészség, az étellel való elégedettség, a pályaelhagyás szándéka és a kiégés jelensége.

3. A **harmadik célkitűzés**hez köthető vizsgálati adatok feldolgozása után nyilvánvalóvá vált, hogy az ápolói hivatás gyakorlása során fellépő feszültségek gyakran törnek elő *pszichés és szomatikus tünetek* formájában. A gyakori fejfájás, a fáradtság és kimerültség érzése, a gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, az alvási zavarok összefüggésbe hozhatók a nem, vagy nem megfelelően feldolgozott feszültséggel. E szimptomák megtapasztalása hozzájárulhat ahhoz, hogy az *egészségi állapot önértékelése* is alacsony, kevesen vannak, akik a kiváló kategóriát jelölték. Még inkább elgondolkodásra készítő az az adat, miszerint a tanulók mindössze egytizede érzi magát betegségek, feszültségektől mentes kiváló állapotban.

Az egészség önértékelésére a pszichoszomatikus tünetek megléte mellett hatást gyakorol az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma is. Ha valaki több műszakban dolgozik, és gyakran szembesül lelki megterheléssel, nagyobb valószínűséggel minősíti egészségi állapotát rossznak vagy éppen elfogadhatónak. A szakmában végzett túlmunka is negatív hatást gyakorol az egészségi állapot önmegítélésére, és természetesen a munkával való elégedetlenség is rontja ezt a megítélést. Sajnálatos módon a vizsgálatainkban szereplő ápolók közül sokan kénytelenek munkaidőn túli munkatevékenységet végezni a stabil anyagi helyzet eléréséért.

A feszültségek csökkentése érdekében az egészségügyben dolgozó ápolók esetenként éppen az *egészségkárosító magatartásokat* gyakorolják: dohányoznak, alkoholt fogyasztanak, esetleg nyugtatók, altatók, élnkítőszereszedésétől várják a stressz szintjének csökkenését.

4. Az egészségügyben nagy gyakorisággal előforduló stresszhelyzetekkel való megküzdés technikáinak és az ápolókat körülvevő társas támogatórendszernek az ismerete különösen informatív lehet (bár nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy kutatásunk alanyai speciális munkahelyen dolgozó nők voltak). Vizsgálatunk eredményei – a **negyedik célkitűzés** szellemében – azt példázzák, hogy a válaszadóink körében előforduló *coping-stratégiák* egyes dimenziói nem minden esetben célravezetőek:

A *kockázatos megküzdési mechanizmus* kapcsolatba hozható az ápolók pszichoszomatikus tüneteinek és káros szokásainak növekvő szintjével.

Az *optimista megbirkózási faktor* sem jelent egyértelműen konstruktív megoldást, bár az egészség önértékelésének magasabb fokával jár együtt.

A *problémaelemző megküzdési stratégia* kapcsán valószínűsíthető, hogy az ápolók a problémák elemzése és a megoldás módozatainak keresése kapcsán gyakran szenvednek alvászavarban, ezért fáradtságérzetük nő, a feszültség levezetése céljából pedig sokat dohányoznak. Ily módon a leggyakrabban adaptív konfliktusmegoldásnak tekintett módszer esetükben nem bizonyult hatékonynak.

A *támogatás keresése* pozitív szerepet játszik az ápolók pszichoszomatikus egészségében, de pozitív az összefüggése az alkoholfogyasztással.

A *visszahúzó megküzdési mód*ot előnyben részesítők gyakran dohányoznak, magasabb stressz-szintet jeleznek, és a pszichoszomatikus tünetek előfordulása is gyakoribb körökben, így ezt a megküzdési formát ebben a kontextusban inadaptív konfliktusmegoldási módnak tekintjük.

A *társas támogatás* vonatkozásában elmondható, hogy a *praktikus* és a *kommunikatív-érzelmi faktor* pozitív szerepet játszik az ápolók életében, de leginkább ez utóbbi biztosítja a pszichoszomatikus egészséget.

Kutatásaink kapcsán az is megállapítható, hogy lelki problémák esetén leggyakrabban az informális kapcsolatok nyújtotta segítséget veszik igénybe a válaszadók, a professzionális segítők tudására és tapasztalatára nagyon kevesen tartanak igényt.

5. Az *ötödik célkitűzés* értelmében, az életkörülmények vizsgálata kapcsán megállapítható, hogy a megkérdezettek többségének az alacsony bérszínvonal ellenére is megnyugtató a *lakáshelyzete*, bár a lakások felszereltsége nem mondható kielégítőnek, sok esetben hiányoznak a házi munkák idejét lerövidítő háztartási gépek, a kikapcsolódást célzó szórakoztató elektronikai eszközök.

A fizikai és lelki 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 feltöltődésre alkalmas, ám pénzbe kerülő rekreációs tevékenységek, pl. a mozi- és színházlátogatás mellőzött programok. Itt is szólnunk kell a már említett *túlmunka* kényszeréről: a szabadidő mennyiségét jelentősen csökkenti, hogy a megélhetés biztonságának érdekében többen kénytelenek munkaidőn túli munkatevékenységgel többletjövedelemhez jutni. Ez a tevékenység esetenként az egészségügyi ágazatban



történik, de előfordul az is, hogy teljesen más területen kell helytállniuk az ápolóknak azért, hogy életszínvonaluk stabilitását biztosítani tudják.

A vizsgált területekkel kapcsolatos eredmények túlmutatnak az országhatáron; a Szerbiában található Szabadka városában végzett kutatások megerősítik azt a feltevést, miszerint az egészségügygel, és a benne dolgozó ápoló személyzettel kapcsolatos megállapítások általánosabb érvényűek, és nem csupán a magyarországi állapotokra jellemzőek.

Az említett tények ismeretében nyilvánvaló, hogy az ápolói hivatással és annak gyakorlásával összefüggő problémák megoldása sürgető feladat. Fontos teendő lenne *a munkavégzés kereteinek, a munka körülményeinek megváltoztatása*. A közeljövőben megvalósítandó célok között kellene említeni, 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 kellene tenni, de a legégetőbb reformszükséglet a bérek rendezése lenne, oly módon, hogy a fizetés tegye lehetővé a tisztességes megélhetést.

Figyelmet érdemel a *dolgozók lelki egészségének védelme* is. A sokat és sokszor emlegetett kiegészítő prevenciója és kezelése a gyakorlatban ritkán valósul meg. A megelőzés vonatkozásában egyéni és szervezeti szinten egyaránt fontos lenne fellépni. *Egyéni szinten* el kellene érni, hogy mindenki érezzen felelősséget saját lelki egészségéért. *Szervezeti szinten* pedig elengedhetetlen követelmény kellene, hogy legyen a munkaerőhiány csökkentése, a munka átszervezése, a munkakörülmények javítása, a felelősség megosztása, reális célok kitűzése, a kölcsönös támogatás, a szupportív rendszerek erősítése. A pontos cél- és feladat meghatározás a munkahelyen ugyancsak a mentális egészségvédelmet szolgálná, de segítség lehetne a kompetenciák rögzítése és a munkaerő időszakos rotálása is, a kifáradás, fásultság megelőzése érdekében. A leendő ápolókat pedig fel kellene készíteni a kiegészítő felismerésére, és a gyakorlatban indokolt lenne önismereti tréningeket szervezése.

Az egészségügyben dolgozók lelki egészségének védelme mellett elengedhetetlenül fontos a *testi egészség megőrzése*, így az erre irányuló munkahelyi intézkedések szerepe is felértékelődik. 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 presztízs-növelő

hatással is bírna. Emellett kiemelkedő jelentőségű lehetne az ápolók bevonása a preventív tevékenységekbe, bár a mindennapokban az egészségnevelő, egészségfejlesztő tevékenység is igen ritkán valósul meg.

A szakmában történő *előrelépés*, a *továbbképzés lehetőségeinek biztosítása*, a *karrierlehetőségek felvázolása*, a *dolgozói autonómia erősítése* ugyancsak a dolgozók jobb közérzetét biztosítaná. A szakmai és karrierfejlődésnek az egészségügy szerkezetével összhangban kell(ene) történnie.

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. Szükség lenne társadalmi és szakmai konszenzusra épülő nemzeti ápolásfejlesztési stratégiára, mely fontosnak tartaná az oktatás, munkaerő-menedzselés, ápolásvezetés és ápolási gyakorlat együttes kezelését és fejlesztését, az ápolás helyének és szerepének egyértelmű kijelölését. Végezetül világossá kellene tenni a társadalom és a politikai döntéshozók számára is a szakma értékeit, helyét, szerepét és tulajdonképpeni nélkülözhetetlenségét. Ehhez azonban a szakmának is határozott, egyértelmű jövőképpel kell rendelkeznie, amely egy autentikus identitás kialakításában is segítséget jelent!

## A témával kapcsolatos publikációs tevékenységek jegyzéke

### Könyv, könyvrészlet

1. Piko, B. F., **Piczil, M.** (2007): The role of psychosocial work environment in psychological health and well-being among health care staff. In: Ina M. Pearle (eds): *Industrial Psychology Research Trends*. Nova Science Publisher, New York, 89-103.

### Szakfolyóiratban megjelent közlemények

#### Idegen nyelven:

1. Piko, B., Kasza, B., **Piczil, M.**, Markovic, M. (2005): Sa ove i sa druge strane državne granice...Životni i radni uslovi medicinskih sestara Segedina i Subotice. *Opšta medicina*, 11. 1-2. 9-13.

#### Magyar nyelven:

1. 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.

2. Pikó Bettina, **Piczil Márta** (2006): A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az elégedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 4. 301-310.

3. 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.

4. Markovic Marija, Pikó Bettina, **Piczil Márta**, Kasza Bálint (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19. 3. 17-25.

5. **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.

6. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2003): Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai. Kérettség, kockázati magatartás, társas támogatás. *Ápolásmenedzsment*, 5. 5. 29-33.

7. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2003): Fókuszban a szociális gondozók. Szakma vagy kényszerpálya? *Szociális Munka*, 15. 1. 18-25.

8. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2002): Quo vadis, nővéri hivatás?! Egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei Szegeden. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 5. 575-582.

9. Pikó Bettina, **Piczil Márta** (2002): Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia*, 22. 4. 437-447.

10. Pikó Bettina, **Piczil Márta** (2000): "És rajtunk ki segít...? Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10. 1. 110 - 120.

11. Pikó Bettina, **Piczil Márta** (1998): Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8. 10. 728 - 734.

## Előadások tudományos konferenciákon

### Idegen nyelven:

1. Kasza, B., **Piczil, M.**, Markovic, M. (2007): Social background among health care staff in Szeged and Subotica in the light of their professional environment. Culture and Health, *First Conference of the Central and Eastern European Society of Behavioural Medicine*, Pécs
2. **Piczil, M.** (2002): Relationship between nurses' health, coping and social support. *The 16th Conference of the European Health Psychology Society*, Lisboa
3. **Piczil, M.**, Piko, B. (2001): Ways of coping and social support among nurses in Hungary. *The 22nd International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Palma de Mallorca
4. **Piczil, M.**, Piko, B. (2000): Nurses' occupational stress under microscope. Results from a qualitative research. *The 21th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Bratislava

### Magyar nyelven:

1. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2007): Főiskolát végzett ápolók pályaeorientációja és munkaelégedettsége. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
2. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2006): „Csak egymásra számíthatunk...” – A kiégés veszélye szegedi egészségügyi dolgozók körében. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
3. **Piczil Márta**, Markovic Marija, Kasza Bálint, Pikó Bettina (2005): A munkaelégedettség jelentősége a menedzsment számára: szegedi és szabadkai nővérek helyzetének összehasonlítása. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
4. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2005): A népegészségügy kihívásai az ezredfordulón: munka és elégedettség a nővérek körében. *NETT XIV. Nagygyűlése, Szeged*
5. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2004): Pszichoszociális munkakörnyezet és addikciók a segítő hivatásban: a nővérek esete. *Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, Balatonfüred*
6. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2004): Úton az Európai Unió felé – helyzetkép Csongrád megyében dolgozó nővekről. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
7. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2004): Az ápoló hivatás pszichoszociális kihívásai. *Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlése, Debrecen*
8. **Piczil Márta**, Kasza Bálint, Markovic Marija, Pikó Bettina (2004): Határon innen és túl... Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Főiskolát és egyetemet végzett ápolók VI. Országos találkozója, Szeged*
9. **Piczil Márta** (2003): Pályaelhagyás vagy hivatásszeretet? Szegedi egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete és életmódja. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
10. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2002): Quo vadis, nővéri hivatás? *NETT XI. Nagygyűlése, Nyíregyháza*
11. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2002): A kvalitatív vizsgálati módszerek jelentősége a magatartástudományi kutatásokban. *III. Magatartástudományi Napok, Debrecen*
12. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2001): A munkával való elégedettség motivációs meghatározói a nővéri hivatásban. *Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged*
13. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2000): Stressz az egészségügyben: fókuszban a nővéri hivatás. *NETT IX. Nagygyűlése, Hévíz*

14. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2000): "És rajtunk ki segít...?" – Kvalitatív egészségszociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Magyar Szociológiai Társaság Konferenciája*, Hódmezővásárhely
15. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (1999): A nővéri hivatás társadalmi kérdéseinek finomszemcsés elemzése. *NETT VIII. Nagygyűlése*, Sopron
- 16 **Piczil Márta**, Pikó Bettina (1999): "És rájuk ki gondol?" – fókuszban egy paramedikális szakma. *SZOTE Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szak és Gyógytornász Szak Jubileumi Konferenciája*, Szeged
17. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (1998): Stresszterhelés, munkakörülmények és a szakma presztízsének megítélése nővérek körében. *NETT VII. Nagygyűlése*, Pécs

## Egyéb közlemények

### Könyv, könyvrészlet

1. **Piczil Márta** (2005): Ifjúság a poszt-socialista átmenetben. In: Pikó Bettina (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 134-152.
2. **Piczil Márta** (2002): Anómia – elméletek; Kultúra és szubkultúra elméletek; A szimbolikus interakcionizmus deviancia elmélete; Egyéb, devianciát magyarázó elméletek; Bűnözés, mint deviancia.  
In: Pikó Bettina (szerk.): *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATE Press, Szeged, 19-26., 43-53., 55-64., 65- 76., 77- 88.

### Szakfolyóiratban megjelent közlemények

#### Idegen nyelven:

1. Piko, B. F., **Piczil, M.** (2004): Youth Substance Use and Psychosocial Well-Being in Hungary's Post-Socialist Transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32. 1. 63-71.

#### Magyar nyelven:

- 1.**Piczil Márta**, Dr. Pikó Bettina (2006): Fókuszban a csoport – fókuszcsoporthoz tartozó munka serdülőkkel. *MÁTRIX Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesület szakmai elektronikus kiadványa*, 13. 13-18.
2. Pikó Bettina, **Piczil Márta** (2003): Ahogyan ők látják...– Fókuszban az ifjúság. *Társadalomkutatás*, 21. 2. 191-201.
3. Piczil Márta (2001): Prizonizáció: magatartásváltozás egy totális intézményben. *Tanulmányok: Szociális munka, szociálpolitika, szociológia*. SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szak kiadványa, 31-40.

## **Előadások tudományos konferenciákon**

### Idegen nyelven:

1. Piczil, M., Piko, B. (2001): Social stress and its lifestyle consequences – Focus on youth in the post-socialist transition. *The 22nd International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Palma de Mallorca
2. Piczil, M., Piko, B. (2001): What do they experience? Qualitative health research on adolescent substance abuse. *European Union for School and University Health and Medicine*, Budapest

### Magyar nyelven:

1. **Piczil Márta** (2006): „Adni kellene valamit helyette...” Szegedi középiskolás fiatalok drogfogyasztó magatartásának vizsgálata. *NETT XV. Nagygyűlése*, Siófok
2. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2005): Fókuszban a csoport – fókuszcsoporthoz munká serdülőkkel. *Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesület VI. Országos Konferenciája*, Budapest
3. **Piczil Márta** (2004): A kannabiszfogyasztás jellemzői szegedi középiskolások körében végzett kutatások tükrében. *Kannabisz és kannabinoidok; Továbbképző konferencia*, Szeged
4. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2001): “CARPE DIEM...” – A deviáns magatartás főbb jellemzői serdülő- és ifjúkorban. “*A pszichiátriai rehabilitáció határterületei*” Konferencia, Szeged
5. **Piczil Márta**, Pikó Bettina (2001): Ahogyan Ők látják... – Fókuszban az ifjúság. *NETT X. Nagygyűlése*, Gyula
6. **Piczil Márta** (1997): Prizonizáció - A szervezeti alkalmazkodás egy típusa. *XIII. OTDK, Társadalomtudományi Szekció*, Eger