

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal

Családalapítási tervek és stressz tényezők vizsgálata III-IV. éves ápoló és védőnő hallgatók körében készített országos felmérés eredményei alapján

Munkaerőhiány és migráció az ápolásban



KERESSÜK A LEGJOBBAKAT!

2011
az év egészségügyi
szakdolgozója
ASTELLAS TÁMOGATÓI PROGRAM

Elismerés az év legjobb egészségügyi szakdolgozóinak

A Tegyük az Egészségünkért Alapítvány a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karával, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával közösen pályázatot hirdet a kiemelkedően áldozatkész, példaként állítható hazai szakdolgozói teljesítmények elismerése és szakmai nyilvánosság előtti bemutatása céljából.

A pályázat fővédnöke Tulassay Tivadar, a Semmelweis Egyetem rektora.

Az év egészségügyi szakdolgozója-díjat minden évben azok a szakdolgozók kaphatják, akik napi munkájuk során szakmai és emberi vonatkozásban egyaránt kiemelkedő teljesítményt nyújtanak, akiknek munkáját feletteseik, kollégáik és a rájuk bízott betegek egyaránt nagyra értékelik. A pályázat az Astellas Pharma Kft. által 2006-ban indított Astellas Támogatói Program keretében jött létre. A díjra egyéni és csoportos kategóriában lehet jelölni.

EGYÉNI KATEGÓRIÁBAN: a kórházak orvosszakmai és/vagy ápolásszakmai vezetői 2011-ben az alábbi szakterületeken dolgozókat jelölhetik a díjra:
felőtt ápolás, szülésznő, gyógytornász.

CSOPORTOS KATEGÓRIÁBAN: a napi munkát együtt végző szakdolgozói csoportok jelöléséhez az orvosszakmai és az ápolásszakmai vezetői együttes javaslata szükséges.

A jelölések száma **mindkét kategóriában limitált**. Egyéni kategóriában kórházanként, illetve egyetemeken esetében klinikánként, kategóriánként maximum egy jelölt állítható. Csoportos kategóriában szakterületi korlátozás nélkül hasonló a szabály: kórházanként egy, egyetemeken esetében pedig klinikánként maximum egy csapat jelölhető.

Jelölési határidő: 2011. június 10.

A pályázat nyertesei „**AZ ÉV EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓJA 2011**” elnevezésű szakmai díj mellett pénzjutalomban is részesülnek. Ennek mértéke egyéni kategóriában **100 000 Ft/fő**, csoport kategóriában pedig **600 000 Ft/csoport**.

Kérjük közreműködését, hogy 2011. július 2-án, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának idei diplomaátadó ünnepségének keretében tartott díjátadó ceremónián valóban az ország legjobb szakdolgozói kerüljenek a szakmai nyilvánosság rivaldafényébe!

Köszönjük közreműködését!



További információk a www.meszk.hu és a www.azevszakdolgozoja.hu weboldalon olvashatók.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2011. április, 24. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal
Németh Anikó, Irinyi Tamás, Dr. Lampek Kinga 3

Családalapítási tervek és stressz tényezők vizsgálata III-IV. éves ápoló és védőnő hallgatók körében készített országos felmérés eredményei alapján
Dr. Feith Helga Judit, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna 11

ÁPOLÁSVEZETÉS

Humánerőforrás motiváció
Horváth Emese 17

SZOCIÁLPOLITIKA

Munkaerőhiány és migráció az ápolásban
Dr. Balogh Zoltán, Dr. Papp Katalin, Hirdi Henriett Éva 24

KITEKINTÉS

Bemutatkozik a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége
Hirdi Henriett Éva, Dr. Balogh Zoltán, Prof. Dr. Mészáros Judit 31

Szemelvények az eutanáziával kapcsolatos nemzetközi cikkekből 35

GRATULÁLUNK 39–40

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány a **Literatura Medica** gondozásában jelenik meg.

LITERATURA MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Prospektus Nyomda, Veszprém.
ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

The relation of the estimation of free time to different physical and psychical problems*Anikó Németh, Tamás Irinyi, Dr. Kinga Lampek*

3

The examination of plans for founding a family and of stress factors on the basis of the results of a national survey carried out among third- and fourth-year nursing and district nursing students*Helga Judit Feith Ph.D., Zsuzsanna Kiss Soósné Ph.D.*

11

NURSING MANAGEMENT

The motivation of human resources*Emese Horváth*

17

HEALTHCARE POLICY

Migration and labour shortages in nursing*Zoltán Balogh PhD, Katalin Papp PhD, Henriett Éva Hirdi*

24

OUTLOOK

Introduction of the Federation of Occupational Health Nurses within the European Union*Henriett Éva Hirdi, Zoltán Balogh PhD, Prof. Dr. Judit Mészáros*

31

Excerpts from international publications on euthanasia

35

CONGRATULATIONS

39–40

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán

ápolási menedzser

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona

ápolási igazgató

Nóvér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. This journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*

Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*

SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA**levelező tagja*

PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, *elnök*

Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné

Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Vízvári László *főigazgató*

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://observer.hu

A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal

Németh Anikó

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Egészségmagatartás-, és fejlesztés Szakcsoport

Irinyi Tamás

egyetemi okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika, Memória Diagnosztika

Dr. Lampek Kinga

főiskolai tanár, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Egészségfejlesztési Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerzők fel kívánják mérni, hogy a havi szabadidős tevékenységre fordított idő megítélése hogyan függ össze különböző testi és lelki problémákkal a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók körében.

Vizsgálati módszerek és minta: Keresztmetszeti vizsgálatukat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végezték, melyet a MESZK Csongrád megyében regisztrált tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: Az életkor előrehaladtával csökken a szabadidős tevékenységre fordított órák száma, melyet azonban az egészségügyben eltöltött évek száma nem befolyásol. Minél magasabb az iskolai végzettség, annál több időt tölt valaki szabadidős tevékenységgel.

Hát- és derekfájás ($p=0,001$), gyengeség- és fáradtságérzés ($p=0,046$) valamint súlyos fokú kiégés ($p=0,015$) gyakrabban jelentkezett azoknál, akik havonta kevesebb időt tudnak szabadidős tevékenységre fordítani.

Következtetések: Minél több időt tölt valaki szabadidős tevékenységgel, annál jobb testi és lelki egészségnek örvend. A szerzők megállapítják, hogy az ápolók életében fontos szerepet kell, hogy betöltsön a rendszeres szabadidős tevékenység, kikapcsolódás valamely formájának beiktatása, az évi rendszeres, egyszerre legalább két hetet kitevő szabadságolási rend preferálása, hiszen csak így biztosítható, hogy testileg és lelkileg is kipihenten, felfrissülten térjenek vissza a mindennapi munkába.

Kulcsszavak: szabadidős tevékenység, kiégés, ápoló

Probléma ismertetése

A szabadidő mennyisége, illetve eltöltésének minősége igen fontos és lényeges meghatározója az ápolószemélyzet munkájának. Hazánkban gyakori példa, hogy az egészségügyi dolgozók csak néhány napra mennek szabadságra, nem megoldha-

tó a több hét egybefüggő szabadságolás az ellátó személyzet hiánya miatt. Szabadidős tevékenységekről csak igen ritkán beszélhetünk, mert az ápolók többsége szabadidejében az otthoni munkával, a családjával van elfoglalva, igazi kikapcsolódásra, aktív pihenésre egyáltalán nem, vagy csak ritkán adódik lehetőség.

Elméleti háttér

Az egészségügyi szakdolgozói hivatás az egyik legszebb, de ugyanakkor nagy megterhelést jelentő, állandó figyelmet igénylő foglalkozás is. Gyakori a túlóra, a megfeszített munkatempó. Vizsgálatok kimutatták, hogy enyhe érzelmi rendellenességek (enyhe fokú depresszió, feszültség, szorongás, álmatlanság) gyakoribb azon ápolók között, akik hente több, mint 44 órát dolgoznak. A gyakran végzett túlmunka, az otthoni feladatok ellátása negatív hatással van a szabadidő felhasználására. (Fernandes Portela, 2005)

A műszakos munkabeosztás, a gyakran váltakozó műszakok nagy terhet jelentenek a szervezet számára, jelentősen befolyásolják például az alvás minőségét is. Számos vizsgálat kimutatta, hogy az alvás minősége kapcsolatban van a műszakos munkarenddel. (Akerstedt, 2002, Marquié, 1999, Ribet, 1999) A váltott műszak van leginkább negatív hatással az alvás minőségére, mint a hosszú távon, ugyan abban a műszakban végzett munka. (Doi, 2005)

Azok az ápolók, akik részt vesznek valamilyen szabadidős tevékenységben, nagyobb valószínűséggel értékelik saját egészségi állapotukat jónak, vagy nagyon jónak. (Noula, 2005)

Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók mennyi időt tudnak havonta szabadidős tevékenységre fordítani, illetve, hogy mennyi lenne az az idő, amely elegendő lenne számukra, hogy kipihenjék a munka okozta fáradalmakat. Célunk volt továbbá felmérni, hogy a havi szabadidős tevékenységre fordított idő megítélése hogyan függ össze különböző testi és lelki problémákkal. Feltételeztük, hogy az egészségügyi szakdolgozók lényegesen kevesebb órát tudnak havonta szabadidős tevékenységre fordítani, mint amennyi elegendő lenne számukra, illetve, hogy a szabadidő mennyisége befolyással lehet különböző testi és lelki betegségekre.

Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálatunkat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, melyben alkalmaztuk a „Kiegészítő Önértékelési Skálát” (Pines, A. M., Aronson, E., 1981) valamint egy pszichoszomatikus tüneti skálát (Piko, 1997), illetve 16 zárt és 2 nyílt kérdést, és további 3 skálát tartalmazott. A kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyéében regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez a 2008/3. Hivatásunk című lappal. A kérdőívek összegyűjtését Kamarai tisztségviselők, főnövérek végezték a saját munkahelyükön, valamint postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt 2008. szeptember-december hónapban. A 999 darab visszaérkezett kérdőívből 980 volt értékelhető. 33 kolléga nem válaszolt a szabadidővel kapcsolatos kérdésekre, így a szabadidő szempontjából 947 válaszadó válaszait vettük figyelembe. Az adatok feldolgozását SPSS 16.0 statisztikai programmal végeztük.

Jelen tanulmányunkban a szabadidő összefüggését vizsgáljuk különböző testi és lelki problémákkal, orvoshoz fordulási szokásokkal, és a táppénzen töltött idő mennyiségével.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok ismertetése: a szabadidő szempontjából értékelhető 947 kérdőívet 885 nő és 62 férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlag életkora 39,7 év, az egészségügyben eltöltött évek átlaga 18,3 év volt. A családi állapot tekintetében 122 egyedülálló, 196 kapcsolatban, 481 házasságban, 125 elvált, 23 özvegy kollégát regisztráltunk. Az iskolai végzettség tekintetében 143 fő végzett szakiskolát, 540 fő szakközépiskolát, 233 fő főiskolát és 31 fő egyetemet. A válaszadók 48,5%-a dolgozik állandó délelőtt, 51,5%-a váltott műszakban. A válaszadók 58,7%-a dolgozik fekvőbeteg ellátásban, 18,7%-a járóbeteg-ellátásban, 15,2%-a alapellátásban, és 7,4%-a véréllátásban, házi betegápolásban, mentésügy-

ben, sterilizálóban, kutatásban, szociális területen. Az alapellátásban dolgozók átlag életkora 43,3 év, a járóbeteg ellátásban dolgozóké, 40,0 év, a fekvőbeteg ellátásban dolgozóké 38,1 év, az egyéb területen dolgozók átlag életkora pedig 40,7 év.

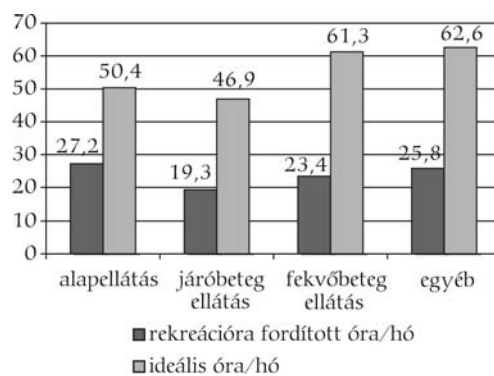
Megkérdeztük a kollégákat, hogy melékállással együtt (amennyiben van) havonta hány órát dolgoznak, illetve mennyi időt tudnak szabadidős tevékenységre fordítani egy hónap alatt, és mennyi lenne számukra az ideális szabadidő (az az időmennyiség, amit szabadidős tevékenységre kívánnának fordítani egy hónapban). Az eredmények értékelésénél kizártuk azokat a válaszadókat (34 fő), akik 160 óra/hó-nál kevesebb munkaórát jelöltek meg. (Ezen személyek valószínűleg részállásban dolgoznak valamelyik egészségügyi ellátó intézményben). Átlagnak a havi 174 munkaórát vettünk. T-teszttel megvizsgáltuk, hogy a válaszadók által megjelölt, havi munkára fordított idő hogyan tér el ettől az átlagtól. Azt találtuk, hogy a válaszadók átlag 184 órát dolgoznak havonta. A három műszakos munkarendben dolgozók átlagban havonta 186 órát dolgoznak, ami 7%-kal több, mint a kötelező havi óraszám. Ez az eltérés nem mutatja azt, hogy az egészségügyi dolgozók milyen sokat túlóráznak, de a válaszadók között volt olyan (237 fő), aki havi 200, vagy ennél több ledolgozott órát jelölt meg. A varianciaelemzésből kapott ANOVA-táblázat (amely az egyes változók szignifikáns voltát vizsgálja) alapján szintén elmondható, hogy az alap- és járóbeteg ellátásban dolgozók havi átlag munkaidejétől szignifikánsan eltér a fekvőbeteg ellátásban dolgozók havi átlag munkaideje ($p < 0,000$).

A varianciaelemzés arra is rámutatott, hogy a havi rekreációs tevékenységre fordított idő tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes ellátási területen dolgozók között ($p < 0,06$). A válaszadók (947 fő) havonta átlag 23,4 órát fordítanak szabadidős tevékenységre, és átlagban havi 57 órát tartanak ideálisnak. Az ideálisnak tartott rekreációs idő tekintetében jelentős eltérés mutatkozott a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozók között ($p < 0,000$), vagyis a fekvőbeteg ellátásban dolgozók szignifikánsan több időt szeretnének szabadidős tevé-

kenységgel eltölteni, mint a járóbeteg ellátásban dolgozók. (Németh, 2009b)

T-teszttel megvizsgáltuk, hogy az egyes ellátási területeken a rekreációra fordított idő mennyisége összefügg-e az ideálisnak tartott szabadidő mennyiségével. Mind a négy ellátási területen pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p < 0,000$), vagyis minél több időt fordít valaki szabadidős tevékenységre egy hónapban, annál magasabb az igénye a még több szabadidőre. Mindegyik ellátási területre igaz, hogy az ideálisnak ítélt rekreációs időnek kb. 50%-át tudják csak e tevékenységre fordítani. (1. ábra)

1. ábra. Szabadidős tevékenységre fordított idő és az elvárt idő megítélése (n=947)

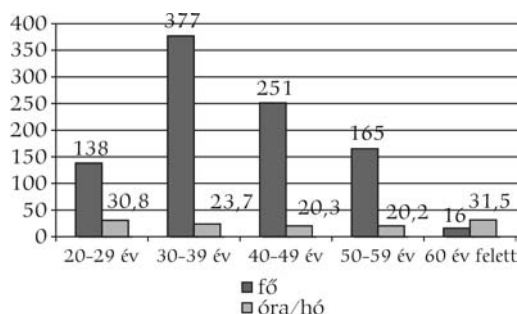


Az életkor szignifikánsan befolyásolja a havi szabadidős tevékenységre fordított idő mennyiségét ($p = 0,000$). Az életkor előrehaladtával (30-59 éves korban) csökken a szabadidős tevékenységre fordított órák száma. Kivételt képeznek a 29 év alattiak, és a 60 év felettiak, akik havonta több, mint 30 órát tudnak szabadidős tevékenységre fordítani. (2. ábra)

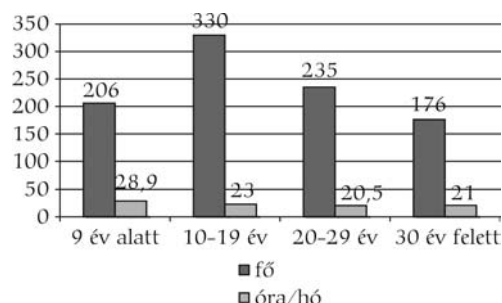
Az egészségügyben eltöltött évek száma jelentősen nem befolyásolja a havi szabadidős tevékenységre fordított idő mennyiségét ($p = 0,224$). (3. ábra)

A nemek tekintetében, a havonta ténylegesen rekreációs tevékenységre fordított idő mennyiségében nincs szignifikáns eltérés ($p = 0,225$), a nők havonta átlag 22,8 órát, míg a férfiak átlag 31,4 órát töltenek szabadidős tevékenységgel. Az ideálisnak tartott szabadidő mennyiségének megíté-

2. ábra. Szabadidős tevékenységre fordított idő megítélése az életkor függvényében (n=947)



3. ábra. Szabadidős tevékenységre fordított idő megítélése az egészségügyben eltöltött évek számával összefüggésben (n=947)



lésében azonban jelentős eltérés mutatkozott ($p=0,000$), a nők havonta átlag 55,9 órát, míg a férfiak 78,6 órát szeretnének szabadidős tevékenységre fordítani. A családi állapot nem befolyásolja jelentősen a tényleges ($p=0,558$) és ideálisnak tartott ($p=0,888$) szabadidő mennyiségének megítélését.

Az iskolai végzettséget elemezve elmondható, hogy minél magasabb az iskolai végzettség, annál több időt töltenek a válaszadók havonta szabadidős tevékenységgel ($p=0,028$) (4. ábra)

Az egészségi állapot és szabadidő összefüggései

Az egészségi állapot felmérését egy pszichoszomatikus tüneti skála (Piko, 1997) segítségével végeztük, mely az alábbi tünetek előfordulásának gyakoriságát mérte a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapra vonatkozóan: fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeségérzés

4. ábra. Szabadidő mennyiségének megítélése az iskolai végzettség tekintetében (n=947)



és fáradtság, idegességből eredő hasmenés. Az egyes tüneteket 0-3-ig terjedően lehetett pontozni, ahol a számok jelentése: 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran. A maximálisan elérhető pontszám 21 volt. A válaszadók (947 fő) átlag 10,62 pontot értek el.

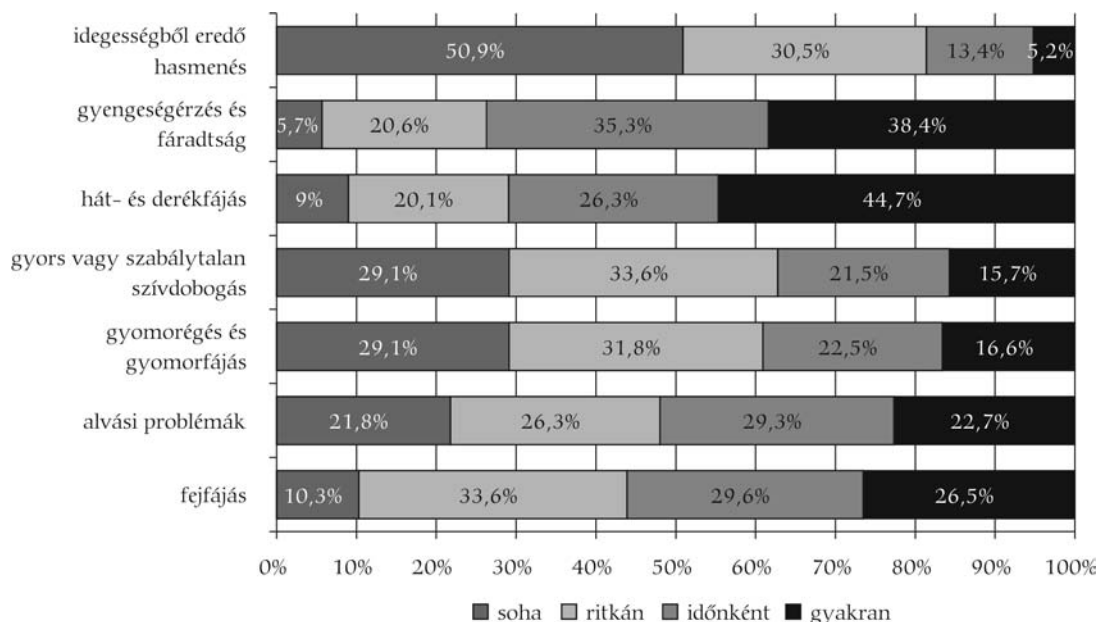
A tünetek előfordulásának gyakorisága az 5. ábrán látható. A válaszadók 44,7%-a válaszolta leggyakrabban előforduló tünetként a hát- és derékfájást, 38,4% válaszolta, hogy gyakran érzi magát gyengének és fáradtnak, 26,5% küzd fejfájással, 22,7% pedig alvási problémákkal. Ezen eredményeink arányaiiban megegyeznek a teljes, 980 fős mintánk arányaival (Németh, 2009a), valamint egybecsengnek egy korábbi felmérés eredményeivel is (Piko, 1997), ahol fejfájást, alvási problémákat, gyomorégést és gyomorfájást, gyors vagy szabálytalan szívdobogást, hát- és derékfájást, gyengeségérzést és fáradtságot, valamint idegességből eredő hasmenést jeleztek a válaszadók leggyakrabban előforduló tünetként.

A pszichoszomatikus tünetek közül egyedül a hát- és derékfájás ($p=0,001$) valamint a gyengeség- és fáradtságérzés ($p=0,046$) mutatott szignifikáns kapcsolatot a szabadidő mennyiségének megítélésével. Azoknál, akik kevésnek ítélték meg a havi rekreációra fordított idejüket, gyakrabban fordult elő a két tünet. Az alvási problémák nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a szabadidő mennyiségével. ($p=0,18$)

A kiegészítés és szabadidő összefüggései

A kiegészítés mértékét a Pines, A. M., Aronson, E., kérdőíve segítségével vizsgáltuk. (Pines,

5. ábra. Pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=947)



1981) A „Kiegészítő Önértékelési Skála” az alábbi 21 pontot tartalmazta:

Milyen gyakran érzi a következő tüneteket?:

Fáradtság; Depresszió; Jó napja volt; Úgy érzi, kiégett; Érzelmileg kimerült; Boldog; Szorong; Értéktelennek érzi magát; Elkopottnak érzi magát; Úgy érzi, bajban van; Visszautasítottság érzése; Gyengének és magára hagyatottnak érzi magát; Reménytelenség érzése; Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre; Testileg kimerült; Úgy érzi, „felmorzsolták”; Csapdában érzi magát; Úgy érzi, „lejárta a rugó”; Energikusnak érzi magát; Boldogtalanság érzése; Optimistának érzi magát

Az egyes kérdéseket 1-7-ig terjedően lehetett pontozni (1=soha, 2=egyszer vagy kétszer, 3=ritkán, 4=néha, 5=gyakran, 6=általában, 7=mindig). A kiégettségi szint meghatározása egy megadott képlet alapján történt. Végül a válaszadókat az elért végső pontszám alapján négy csoportba soroltuk: 0-1,9 pont: örökös eufória, 2-2,9 pont: jól csinálja, 3-3,9 pont: változtatás szükséges, 4 pont felett: súlyos pszichés állapot.

Ajáró- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák között szignifikánsan magasabb volt a súlyos kiegészítő előfordulásának valószínűsége,

mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák esetében (járóbeteg ellátás: $p=0,006$; fekvőbeteg ellátás: $p=0,032$). A szomatikus állapot megítélése és a kiegészítő súlyossága között szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p=0,000$). A megfelelő szomatikus állapotban lévő kollégáknak mindössze 5,1%-ánál volt tapasztalható súlyos kiegészítő, míg a szomatikusan erősen megromlott egészségi állapotú kollégák 72,9%-a mutatta a súlyos kiegészítő tüneteit. (Irinyi, 2010)

Khi-négyzet próbát végezve szignifikáns összefüggést találtunk a kiegészítő súlyossága és a havi rekreációra fordított idő mennyisége között ($p=0,015$), tehát azok a kollégák mutatták a kiegészítő súlyosabb tüneteit, akik havonta kevesebb időt tudnak szabadidős tevékenységre fordítani.

Orvoshoz fordulási szokások, krónikus betegség előfordulása, és táppénz igénybevételek összefüggései a szabadidővel

A válaszadók 31,5%-a egyáltalán nem volt orvosnál, 48,9%-a viszont 1-3 alkalommal kereste fel orvosát panasz esetén a kérdőív kitöltését megelőző egy évben.

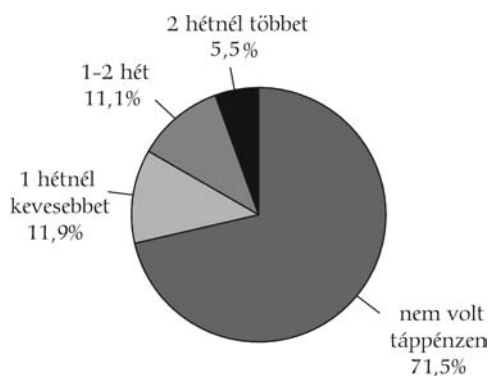
Megkértük a résztvevőket, hogy írják le: betegség vagy panasz esetén hány százalék-

ban keresik fel orvosukat? (0%=soha nem fordul orvoshoz panasz esetén, 100%=mindig elmegy orvoshoz, ha betegség tüneteit észleli magán) A válaszadók mindössze 32%-os orvoshoz fordulási hajlandóságot mutattak betegség vagy panasz esetén. 16,8% jelezte, hogy soha nem fordul orvoshoz. (Németh, 2009b) Az orvoshoz fordulás gyakorisága és a szabadidő mennyiségének megítélése között végzett Khi-négyzet próbával szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p=0,016$). Minél többnek ítélte meg a havi szabadidős tevékenységre fordított időt valaki, annál gyakrabban fordult orvoshoz betegség vagy panasz esetén. A válaszadók 68,5%-a volt legalább egyszer orvosnál a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapban.

A válaszadók 50,6%-a számolt be egy vagy több szervrendszert érintő krónikus betegségről. Leggyakrabban mozgás- (20,7%), keringési- (19,1%) és emésztő szervrendszer (13%) megbetegedéseit, valamint az endokrin rendszer (8,4%) krónikus megbetegedéseit említették a kollégák. Azonban a krónikus betegségek előfordulása és a szabadidős tevékenységre fordított idő mennyisége között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. ($p=0,469$) Ugyan ez elmondható a dohányzásra ($p=0,099$) és az alkoholfogyasztásra ($p=1,000$) is.

A válaszadók 71,5%-a nem volt táppénzen, és mindössze 5,5%-a volt távol a munkától több mint két hetet betegség miatt, a felmérést megelőző egy évben. (6. ábra)

6. ábra. Táppénz igénybevétele a kérdőív kitöltését megelőző egy évben (n=947)



A szabadidő megítélése és a táppénz igénybevétele között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. ($p=0,972$)

Következtetések, javaslatok

Vizsgálatunkból levonható az a következtetés, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók körében nem jellemző a túlóra, hiszen a válaszadók csupán 7%-kal dolgoznak többet havonta, mint a kötelező 174 óra. Azonban a válaszadók jelentős része, mintegy 25%-a (237 fő) dolgozik bevallása szerint havonta 200, vagy ennél több órát. Az is látható, hogy a fekvőbeteg ellátásban dolgozók jelentősen több időt szeretnének szabadidős tevékenységre fordítani havonta, mint a járóbeteg ellátásban dolgozók, illetve minél több időt fordít valaki szabadidős tevékenységre havonta, annál magasabb a még több szabadidő iránti igénye. Minden ellátási területre igaz, hogy az ideálisnak ítélt rekreációs időnek csupán 50%-át tudják szabadidős tevékenységre fordítani a dolgozók. Az életkor előrehaladtával csökken a szabadidős tevékenységre fordított órák száma, az egészségügyben eltöltött évek száma azonban nincs befolyással erre. Minél magasabb az iskolai végzettség, annál több időt tölt valaki szabadidős tevékenységgel.

A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának tekintetében azon kollégák körében, akik kevésnek ítélték meg a havi szabadidős tevékenységre fordított idejüket, szignifikánsan gyakrabban fordult elő hát- és derékfájás valamint gyengeség- és fáradtságérzés. Alvási problémák tekintetében nem találtunk kapcsolatot. Az Országos Lakossági Egészségfelmérésben a férfiak közel fele, a nők 60%-a panaszolt nyak-, hát-, vagy deréktáji fájdalmat. (OLEF, 2003)

Vizsgálatunk nem támasztotta alá egy előző kutatás eredményeit (Pikó, 2007), mely szerint az életkor emelkedésével nő a pszichoszomatikus tünetképzés. Mintánkban 40 éves korig emelkedik a pszichoszomatikus tüneti skálán elért pontok száma, 50 éves kortól pedig csökken. A legjobb eredményt a 60 év feletti korosztály érte el 8,1 ponttal, szemben a 30 év alattiak 9,9 pontjával.

A pszichoszomatikus tünetek magukba foglalják az alvási problémákat, feszítő fejfájást, krónikus fáradtságot, erős szívdobogás érzést, melyek jelzői lehetnek az ápolók munkahelyi stressz-szintjének. (Piko, 1999)

A szabadidős tevékenységre fordított idő mennyisége a kiegészítő súlyosságával is kor-

relált, azok a kollégák mutatták a kiéges súlyosabb tüneteit, akik havonta kevesebb időt tudnak rekreációs tevékenységre fordítani. Az orvoshoz fordulás gyakoriságát is jelentősen befolyásolta a szabadidő mennyisége, de a krónikus betegségek előfordulása, a táppénzen töltött napok száma, a dohányzás és alkoholfogyasztás nem korrelált a szabadidő mennyiségével. A válaszadók 68,5%-a volt legalább egyszer orvosnál a kérdőív kitöltését megelőző egy évben, ez valamelyest elmarad az OLEF 2003 által kimutatott 81%-tól (alapellátás igénybevétele). (OLEF, 2003)

Mivel az ápolás, betegellátás olykor egy élethosszig tartó hivatást jelent, nem elhanyagolható, hogy az ápolók milyen életminőséget élnek. Különösen igaz ez a szabadidő megfelelő mennyiségére és minőségére. Egyes kutatók eredményei alátámasztották, hogy legalább hetente egy alkalommal, 20 percig végzett aktív testmozgás (gyors séta, aerobic vagy torna) jelentősen csökkenti a hosszú távú betegszabadságok (14 nap-

nál több) előfordulásának esélyét (Eriksen, 2002), valamint segít az állandó fáradtság leküzdésében. (Eriksen, 2004)

Hetente legalább két alkalommal végzett aktív testmozgás jelentősen csökkenti a vázizomrendszeri megbetegedések miatt táppénzen töltött napok számát. (Amelvoort, 2006)

Mindezen eredményeket figyelembe véve, véleményünk szerint nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a munkahelyeken az egészségnevelésre, kihangsúlyozva a szabadidő megfelelő eltöltésének fontosságát, különös tekintettel az aktív pihenésre. Fel kellene hívni a munkáltatók figyelmét a helyes szabadságolási rend kialakítására, hogy alkalmuk nyíljon az egészségügyi dolgozóknak folyamatosan 2-4 hetet szabadságon tölteni, valamint a munkahelyeken előtérbe kellene helyezni a szabadidős tevékenységek szervezését, a közös kirándulásokat, melyek nemcsak kikapcsolódást nyújtanak a kollégáknak, hanem a munkahelyi közösségekre is építő hatással bírnak.

Irodalomjegyzék

1. Akerstedt, T. et al. (2002): Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 1, 585-588.
2. Amelvoort, L. et al. (2006): Leisure time physical activity and sickness absenteeism; a prospective study. *Occupational medicine* 56, 3, 210-212.
3. Doi, Y. (2005): An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. *Industrial Health* 43, 1, 3-10.
4. Eriksen, W., Bruusgaard, D. (2002): Physical leisure-time activities and long-term sick leave: a 15-month prospective study of nurses' aides. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44, 6, 530-538.
5. Eriksen, W., Bruusgaard, D. (2004): Do physical leisure time activities prevent fatigue? A 15 month prospective study of nurses' aides. *British Journal of Sports Medicine* 38, 3, 331-336.
6. Fernandes Portela, L. et al. (2005): Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Revista de Saúde Pública* 39, 5, 802-808.
7. Irinyi Tamás, Németh Anikó (2010): Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiégéshez! *Nővér*, 23, 5, 23-31.
8. Marquié, J. C. et al. (1999): Effects of age, working hours, and job content on sleep: a pilot study. *Experimental Aging Research* 25,4, 421-427.
9. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2009a): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében- egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22, 3, 33-38.
10. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2009b): Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22, 4, 32-38.
11. Noula, A. Pappas, et al. (2005): Self-related health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nursing* 4, 8
12. Országos Lakossági Egészségfelmérés (2003): Gyorsjelentés a döntéshozóknak www.egeszseg-monitor.hu (Letöltés ideje:2010.12.28.)
13. Piko, B., Barabás, 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, 3, 243-247.
14. Piko, B. (1999): Work related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal of Royal Society of Health* 199, 3, 156-162.
15. Pikó B, Piczil, M. (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet *Legre Artis Medicinae* 17, 1, 65-69.
16. Pines, A. M. Aronson, E. (1981): *Burnout: from Tedium to personal growth*, New York City, The Free Press 17-20.
17. Ribet, C. et al. (1999): Age, working conditions, and sleep disorders: a longitudinal analysis in the French cohort E. S. T. E. V. *Sleep* 22, 2, 491-504.

The relation of the estimation of free time to different physical and psychical problems

Anikó Németh, Tamás Irinyi, Dr. Kinga Lampek

Summary

The aim of the survey: The authors want to examine, how the estimation of time spent with free time activities monthly could be related to various physical and psychical problems among the ancillary workers in Csongrád County.

Methods and samples of examination: Our cross-sectional analysis is created on our own, has been carried out with the help of a self-responding questionnaire, which was sent to the registered members of the MESZK in Csongrád County.

Results: As the time of life goes by, the number of hours spent with free time activities is reduced, which cannot be influenced by the number of years spent in the health care. The higher the education level is, the more time someone spends with free time activities.

Backache ($p=0,001$), faintness and weakness ($p=0,046$) as well as feeling burn out ($p=0,015$) have appeared more frequently by those people who could spend less time monthly with free time activities.

Conclusion: The more time someone spends with free time activities, the better physical and psychical health he is in. The authors state that regular free time activities, the introduction of any forms of relaxation, a system of leave, which prefers annually regular, at least two weeks leave at a time, should play a very important role in the nurses' lives, because it could be only guaranteed in this way that they return to their everyday work refreshed and relaxed both physically and psychically.

Keywords: free time activities, feeling burn out, nurse

**A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA
KÖZÖSSÉGI ÉS HOSPICE SZAKÁPOLÁSI TAGOZATA**

2011. június 4-én (szombaton) 09.30-14.00 rendezi meg

a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Továbbképző Napja
című országos rendezvényét.

A továbbképzés helyszíne: **Aesculap Akadémia**
1115 Budapest, Halmi út 20-22.
(Megközelítés: 7-es busszal a Szent Imre Kórház megállóig)

A jelentkezések beküldési határideje: **2011. május 30.**

Regisztrációs díj: **MESZK tagoknak: térítésmentes**
Nem tagoknak: 5.000 Ft

Részletesebb információ és jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető:
a www.meszk.hu honlapon

Családalapítási tervek és stressz tényezők vizsgálata III-IV. éves ápoló és védőnő hallgatók körében készített országos felmérés eredményei alapján

Dr. Feith Helga Judit

főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Társadalomtudományi Tanszék

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna

főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A kedvezőtlen demográfiai mutatók és az egészségügyi dolgozókat terhelő munkahelyi stressz-tényezők önmagukban is indokoltá teszik a két téma vizsgálatát. A szerzők által készített felmérés egyik fő célkitűzése volt, hogy megismerjék az egészségügyi felsőoktatásban tanuló ápoló- és védőnőhallgatók gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseinek alakulását, összefüggésben az életüket terhelő stressz-tényezőkkel.

Vizsgálati módszerek és minta: Országos, kvantitatív szociológiai vizsgálatunkban felsőfokú egészségügyi képzésben résztvevő, nappali tagozaton tanuló ápoló- és védőnőhallgatók vettek részt, értékelhető választ adott 520 fő.

Eredmények: A hallgatók 94,5%-a szeretne gyermeket vállalni. Saját jövőképük tekintetében optimista volt a hallgatóknak 32,8%. Az optimista/pesszimista jövőkép összefüggést mutatott a tervezett gyermekszámokkal ($p<0,002$). A hallgatók jelen életében megélt feszültségei nem befolyásolták a reálisan tervezett gyermekszámot, ugyanakkor számos stressz-tényező hatott az ideális helyzetben tervezett gyermekszámra.

Következtetések: Ápoló- és védőnő hallgatók gyermekvállalási terveivel kapcsolatban a szerzők megállapítják, hogy a hallgatók határozott elképzeléssel rendelkeznek a gyermekvállalás kérdését illetően és kizárólag az ideális helyzetben vállalt gyermekszám terveket befolyásolják a stressz-tényezők.

Kulcsszavak: ápoló hallgató, védőnő hallgató, gyermekvállalás, stressz

Bevezetés

Nemzetközi összehasonlító vizsgálatok szerint a magyar nők kifejezetten konzervatív értékeket vallanak, döntő hányaduk számára a család és/vagy munka viszonyában a család élvez prioritást. (Pongrácz, T.-né, 2001) Ennek ellenére a hazai családstatistikai és demográfiai mutatók jól prognosztizálható társadalmi feszültsége-

ket hordoznak magukban, hiszen napjaink egyik legjelentősebb problémája az egyre csökkenő gyermekvállalási kedv. A Központi Statisztikai Hivatal jelentése szerint 2010 augusztusában a Magyarországon élő magyar népesség száma 10 millió alá csökkent (KSH, 2010-es évközi adatszolgáltatása alapján). 2009-ben a természetes szaporodás száma -33.972 fő volt, ezer lakosra vetítve ez -3,4. A kedvezőtlen születésszámokhoz kapcsoló-

dik a csökkenő házasságkötési kedv, illetve a válással végződő házasságkötések számának magas aránya is, 2009-ben 36.700 házasságkötéssel szemben 23.820 válás állt (KSH, 2009. évi adatszolgáltatása alapján).

A hazai egészségügyi ágazatban tanuló és dolgozó nők családi és munkahelyi szerepeivel, jövőbeni család- és karrierterveivel kapcsolatban tudomásunk szerint orvosnők, diplomás ápolónők, valamint orvostan- és ápoló hallgatóknak körében készültek felmérések, összehasonlító elemzések. (Molnár, Katona, 1991, Molnár, Feith, 2000, Gyórfy, Ádám, 2003, 2004, Feith, Kovácsné, Balázs, 2005, 2006, 2008, Hajagos, Feith, Kovácsné, 2006)

Hazai egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségmagatartásával, testi és lelki egészségével, pályaszocializációjával kapcsolatosan is készültek kutatások. Az eredmények szerint a hallgatók pszichés jóléte már a felsőoktatási tanulmányok alatt sem optimális. (Csatlós, I.-né, 2004, Sima, Pikó, Simon, 2004, Feith, Kovácsné, Balázs, 2008)

Kutatás célkitűzése

Bemutatásra kerülő kutatásunk jelen célkitűzése az volt, hogy összefüggést keressünk az egészségügyi felsőoktatásban tanuló ápoló-, és védőnőhallgatók családalapítási tervei és a hallgatók életét terhelő, stresszt kiváltó tényezők, jövővel kapcsolatos esetleges félelmei között.

Vizsgálati módszer és minta

Kvantitatív, kérdőíves szociológiai vizsgálatunkban felsőfokú egészségügyi képzésben résztvevő, nappali tagozaton tanuló ápoló- és védőnőhallgatók vettek részt, felmérésünk Budapesten és nyolc vidéki város – Győr, Miskolc, Nyíregyháza, Gyula, Szeged, Pécs, Szombathely, Zalaegerszeg – egészségügyi felsőoktatási intézményében készült. Az összehasonlító kutatás miatt ápoló hallgatók esetében is kizárólag a női hallgatókat vontuk be a vizsgálatba. A teljes körű lekérdezés harmad- és negyedéves ápoló- és védőnőhallgatók körében 2003-2008 között

készült, értékelhető választ adott 520 fő, a teljes célpopuláció 77,8%-a.

Kutatásunk során maximálisan figyelembe vettük a vonatkozó kutatásetikai követelményeket (engedélyek, anonimitás, önkéntesség, stb.). A kérdőív összeállításakor nagymértékben támaszkodtunk korábban tesztelt kérdőívünkre (Kovácsné, Feith, Balázs 2007). A szociodemográfiai kérdéseken túl a kérdőív pályaválasztásra, női szerepekre, gyermekvállalási tervek, családalapítási körülményekre, jövőképre, jelenlegi stressz-tényezőkre és jövőbeni félelmekre vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Jelen tanulmányunkban csak a célkitűzésben megjelölt szempontok szerinti változókat vettük figyelembe.

Az adatok elemzését az SPSS 15.0 statisztikai programcsomag segítségével végeztük, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával. A megoszlási vizsgálatok mellett, a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson χ^2 próbát ($p < 0,05$) alkalmaztunk.

Eredmények

Szociodemográfiai jellemzők

A hallgatók átlagos életkora 22,7 életév volt a kérdőív kitöltésekor, a válaszadók 76,7%-a 23 éves vagy annál fiatalabb volt. Életkor tekintetében statisztikailag alátámasztható különbséget találtunk, megállapítható, hogy az ápoló hallgatók magasabb életkorúak voltak a lekérdezőkor ($p < 0,001$). A kutatásban részt vevő hallgatóknak többsége kétgyermekes családból származott (átlagos testvérszám: 1,30), a két hallgatói csoport között nem volt számottevő különbség ($p = 0,323$). A hallgatók nagyobb hányada (94,9%-a) hajadon volt, közülük mindössze 20,2% élt élettársi kapcsolatban. Az ápoló hallgatóknak körében kevesebb volt az élettársi vagy házastársi kapcsolatban élők száma, de a különbség statisztikailag nem bizonyítható ($p = 0,160$).

Gyermekvállalási tervek összehasonlítása a két hallgatói csoportban

A legtöbb hallgató (83,5%) konzervatív álláspontot képviselt, véleményük szerint a

teljes és kiegyensúlyozott női létehez elengedhetetlen a gyermekvállalás.

94,5% tervez gyermeket, mindössze 9 fő (1,7%) nem szeretne, 19 fő (3,7%) pedig bizonytalan a gyermekvállalás tekintetében. Az említett változó tekintetében nem találtunk lényeges eltérést a hallgatói csoportok között ($p=0,902$). A hallgatók reálisan tervezett átlagos gyermekszám terve 2,1 gyermek, de még ideális körülmények esetén is csak 2,5 gyermek. Ideális körülmények esetén a védőnőhallgatók nagyobb hányada (megközelítőleg 60%), az ápoló hallgatók mindössze harmada vállalna 3 vagy több gyermeket ($p<0,001$). Ezzel szemben a reális körülmények alapján tervezett gyermekszámok jócskán lecsökkentek, hiszen a védőnőhallgatók kevesebb, mint harmada, az ápoló hallgatók kevesebb, mint 15%-a vállalkozna nagycsaládra, a két hallgatói csoport között statisztikailag alátámasztható különbség írható le ($p=0,003$).

A gyermekvállalás tervezett idejére adott válaszok értékelésekor megállapítható, hogy 26,2 éves korban tervezik az első gyermeket, nem találtunk statisztikailag bizonyítható különbséget a két hallgatói csoport válaszaiban ($p=0,601$). Az első gyermek születésének tervezett ideje nem befolyásolta a gyermekszám terveket.

A felsőoktatásban eltöltött idő nem módosítja a hallgatók gyermekvállalási hajlandóságát ($p=0,773$), a reálisan tervezett gyermekszámot ($p=0,343$), ugyanakkor az első gyermek vállalásának tervezett életkorára adott válaszokat egyértelműen ($p=0,005$). A negyedéves hallgatók bizonyíthatóan magasabb életkort jelöltek meg az első gyermek születésére.

Hallgatói jövőkép, félelmek, stressztényezők összefüggésben a családtervekkel

Saját jövőképük tekintetében egyértelműen optimista volt a hallgatónők 32,8%-a, borúlátó 4,1%, vegyes, vagyis részben optimista, részben borúlátó jövőképpel rendelkezett a megkérdezettek 63,1%-a. Eltérést találtunk az ápoló-, illetve a védőnőhallgatók válaszaiban ($p=0,047$), megállapítható, hogy a védőnőhallgatók optimistábbak (37,1%) az ápoló hallgatókhoz képest (27,45). A jövőképre adott válaszokat nem befolyásolta, hogy a hallgató melyik évfolyamban tanult ($p=0,577$).

Hat változó (tanulással, vizsgával kapcsolatos problémák; párválasztás; anyagi gondok; családi konfliktusok; időhiány; jövőtől való félelem) bevonásával kerestük a választ arra, hogy a hallgatók az élet mely területén észlelnek stressz-hatásokat. Ezek közül érthető módon mindkét csoportban leggyakrabban a tanulást jelezték, szám szerint 86,5%-ban. Az időhiányt a hallgatók 57,7%-a, az anyagi gondot 49,7%-a jelezte. Megközelítőleg minden negyedik válaszoló (26,6%) jelzett családi konfliktusokkal kapcsolatos stresszt, legkevésbé párválasztással és párkapcsolattal kapcsolatos problémákról (22,8%) számoltak be. 42,3%-uk számára a jövőtől való félelem is megjelent stressz-tényezőként. A legtöbb stressz-tényező esetében statisztikailag bizonyítható különbséget találtunk a két hallgatói csoport között (I. táblázat). Az ápoló hallgatók a párválasztást, az anyagi gondokat, valamint a családi konfliktusokat; a védőnő hallgatók pedig a tanulást, valamint a jövőtől való félelmet jelelték meg inkább stressz-tényezőként.

I. táblázat. A hallgatók életében jelentkező stressz-tényezők és az évfolyamra, jövőképre, tervezett gyermekszámra adott válaszok közötti összefüggések (N=469-518)

| Jelenlegi stressz-tényezők | Szak | Évfolyam | Jövőkép | Tervezett gyermekszám | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|
| | | | | Ideális helyzetben | Reálisan |
| Tanulás, vizsgázás | $p=0,002$ | $p=0,254$ | $p=0,253$ | $p=0,087$ | $p=0,488$ |
| Párválasztás | $p<0,001$ | $p=0,089$ | $p=0,282$ | $p=0,458$ | $p=0,234$ |
| Anyagi gondok | $p=0,024$ | $p=0,030$ | $p=0,013$ | $p=0,007$ | $p=0,298$ |
| Családi konfliktusok | $p=0,002$ | $p=0,511$ | $p=0,004$ | $p=0,011$ | $p=0,565$ |
| Időhiány | $p=0,239$ | $p=0,098$ | $p=0,089$ | $p=0,574$ | $p=0,265$ |
| Jövőtől való félelem | $p=0,036$ | $p=0,282$ | $p<0,001$ | $p<0,001$ | $p=0,477$ |

Az évfolyam szerinti elhelyezkedés a változók felénél nem befolyásolta a jelenlegi feszültségekre, problémákra adott válaszokat. A végzés közvetlen közelében álló hallgatónőket az időhiány, a III. éveseket pedig inkább az anyagi gondok, valamint a párválasztási problémák miatt éri több stressz.

A hallgatók jelen életében megélt feszültségei nem befolyásolták a reálisan tervezett gyermekszámot. Ugyanakkor számos stressz-tényező negatívan hat az ideális helyzetben tervezett gyermekszámra.

A jövőképre adott válaszok szintén összefüggést mutattak a tervezett gyermekszámokkal ($p < 0,001$), minél optimistább volt a válaszadó, annál több gyermeket vállalna.

Következtetések, javaslatok

Megállapíthatjuk, hogy az ápoló-, és védőnőhallgatók gyermekvállalási hajlandósága, gyermekszám terve, valamint az első gyermek vállalásának tervezett ideje markánsan nem tér el sem az össztársadalmi szintű (S. Molnár, 1999), sem az egészségügyi felsőoktatásban tanuló más hallgatónői csoport ilyen irányú válaszaitól (Feith, Kovácsné, Balázs, 2005). Elenyésző számban nem terveznek gyermeket, a többség két-gyermekes családmódelben gondolkodik, az első gyermeket inkább a 30. életévhez közeli időre tervezi.

Nincs markáns eltérés a gyermekvállalási tervre adott válaszok többségénél a két hallgatói csoport között, hiszen megközelítőleg ugyanabban az életszakaszban, ugyanannyi gyermeket terveznek. Ugyanakkor nagyon fontos kiemelnünk, hogy a reális vállalástól eltávolodó, ún. vágyott gyermekszám terv - vagyis amikor ideális életkörülmények közepette kellene vállalkozni gyermekszülésre - mindkét hallgatói csoportnál magasabb átlagos gyermekszámot eredményezett. Ehhez kapcsolódóan meglepő eredménynek tartjuk, hogy az ápoló hallgatók többsége még ideális helyzetben sem szívesen vállalkozna 3 vagy több gyermekre. Ennek oka lehet, hogy a felméréskor a körükben eleve kevesebb volt a stabil párkapcsolatban élők száma, illetve magasabb a párválasztási és családi konfliktusokkal küzdők aránya.

Feltétlenül fontosnak tartanánk további ilyen irányú vizsgálatok végzését.

Az évfolyambeli elhelyezkedés egyértelműen befolyásolta az első gyermek vállalásának idejére adott válaszokat, hiszen a negyedéves hallgatók magasabb életkort jelöltek meg válaszaikban. Feltételezésünk szerint (bár ilyen irányú vizsgálatot nem folytattunk) ennek oka a közelgő munkába állásban, valamint sok esetben a még mindig bizonytalan párválasztási, párkapcsolati problémában keresendő.

Nem okozott meglepetést számunkra az, hogy a hallgatónők a tanulást említették leggyakrabban megjelenő stressz-tényezőnek, azonban arra nem számítottunk, hogy jóval magasabb arányban jelzik ezt a védőnőhallgatók. Ehhez kapcsolódóan fontos megjegyeznünk, hogy egy korábbi kutatásunk eredménye szerint az orvostanhallgatónők is kisebb arányban jelezték ezt stressz-tényezőnek (Feith, Kovácsné, Balázs, 2005). A markáns különbség magyarázata további kutatásokra ösztönző.

Nem várt eredmény, hogy a hallgatók kevesebb, mint egyharmada tekint pozitívan a jövőbe, s ezen belül az ápoló hallgatók még nagyobb arányban jelezték pesszimizmust. Ezzel mutathat összefüggést az ápoló hallgatók körében - még kedvező körülmények ellenére is - a rosszabb gyermekvállalási hajlandóság.

Meglepő eredményként tartjuk számon, hogy mindkét hallgatói csoportban az anyagi problémákkal szemben az időhiány, mint stressz-tényező magasabb prevalenciája jelent meg, ez megegyezik a medikák körében végzett felmérés eredményeivel (Feith, Kovácsné, Balázs, 2005).

Egyértelműen megállapítható, hogy az ápoló hallgatónőkhöz képest, a védőnőhallgatók kevésbé vannak kitéve párválasztással és családi konfliktusokkal kapcsolatos stressz-hatásoknak. Felmérésünk eredményei érdekes összefüggésre világítottak rá: a jövőkép negatív megítélésében egyértelműen nagyobb hatásúak a családhoz, párkapcsolathoz és anyagi problémákhoz kötött stressz-tényezők.

Szintén nem várt eredményünk, hogy a hallgatók átlagos élethelyzet esetére terve-

zett gyermekszám preferenciáikat különösen nem befolyásolták a jelen életüket terhelő feszültségek. Ugyanakkor erősen befolyásolták az ideális helyzetben vállalni szándékozó gyermekszámokat az anyagi gondok, a családi konfliktusok, valamint a jövőtől való félelmek.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a hallgatók már a felsőfokú tanulmányok alatt határozott családtervekkel rendelkez-

nek, úgy tűnik, hogy ezt nem befolyásolják a szakma specifikus ismeretek sem (védőnők hallgatók esetében), valamint a hallgatók életében jelentkező feszültségek, problémák. Ideális helyzetben sem vállalkozna az ápoló hallgatók nagyobb hányada több gyermekre.

Kutatásunk eredményei egyértelműen egy konzervatív, de sajnálatos módon pesszimista jövőképről árulkodnak.

Irodalomjegyzék

1. Csatlós, I.-né (2004): Az ápolók egészségmagatartása. *Nővér*, 17, 27-32.
2. Feith, HJ., Kovácsné, TÁ., Balázs, P. (2005): Női szerepek diplomás ápoló hallgatóknál jövőképében. *Nővér*, 18, 3-9.
3. Feith, HJ., Kovácsné, TÁ., Balázs, P. (2006): Jövőkép – Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier-és családtervei. *Lege Artis Med*, 16, 585-590
4. Feith, HJ., Kovácsné, TÁ., Balázs, P. (2008): Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében. *Mentálhig. és Pszichoszom.*, 9, 289-304.
5. Feith, HJ., Balázs, P., Kovácsné TÁ. (2008): Egészségügyi diplomás nők családi és munkahelyi szerepeinek konfliktusa. *Lege Artis Med*, 18, 413-418.
6. Gyórfy, Zs., Ádám, Sz. (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Med*, 13, 159-164.
7. Gyórfy, Zs., Ádám, Sz. (2004): Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. Szerepkonfliktus és az egészségi állapot alakulása orvosnők körében. *Mentálhig. Pszichoszomat.*, 5, 27-53.
8. Hajagos, O., Feith, HJ., Kovácsné TÁ. (2006): Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügyi szolgálatában. *Nővér*, 19, 31-38.
9. Kovácsné, TÁ., Feith, HJ., Balázs, P. (2007): „Főiskolai hallgatók érték és pályaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. *Nővér*, 20, 3-9.
10. Molnár, L., Katona, G. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról 3. rész. *Lege Artis Med*, 1, 966-970.
11. Molnár, R., Feith, H. (2000): Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Med*, 10, 810-818.
12. Pongrácz, T.-né.: A család és a munka szerepe a nők életében. In: Nagy, I., Pongrácz, T.-né., Tóth, I. (szerk.) (2001): Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001. TÁRKI-SzCsM, Budapest, 30-45.
13. S. Molnár, E. A gyermekvállalás konfliktusai In.: Pongrácz, T.-né, Tóth, I. Gy. (szerk) (1999): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001. TÁRKI, Budapest, 155-172.
14. Sima, Á., Pikó, B., Simon, T. (2004): Orvosegyetemi hallgatók pszichés egészségének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. *Orv Hetil*, 145, 123-129.
15. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_wdsd001a.html Letöltés ideje: 2010-12-01
16. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnt001b.html Letöltés ideje: 2010-12-01

The examination of plans for founding a family and of stress factors on the basis of the results of a national survey carried out among third- and fourth-year nursing and district nursing students

Helga Judit Feith Ph.D., Zsuzsanna Kiss Soósné Ph.D.

Summary

The aim of the research: The unfavourable demographic indexes and the stress factors resting with ancillary workers at their workplaces make it justified to analyze these two issues. One of the main intentions of the survey, which has been carried out by the authors, was to get acquainted with the tendency of nursing and district nursing students' expectations related to the topic of having children, in connection to the stress factors lying upon their lives.

Methods and samples of examination: Nursing and district nursing students, who continue their studies in the higher healthcare education in full-time courses, took part in our national, quantitative survey; 520 people gave appreciable answers.

Results: 94.5 per cent of the students would like to have a child. In view of their future expectations 32.8 per cent of the students were optimists. The optimistic / pessimistic prospects for the future showed relation to the planned number of children ($p < 0,002$). The tension experienced in the present lives of the students did not influence the actual planned number of children; at the same time various stress factors affected the planned number of children in an ideal situation.

Conclusions: In view of the plans for having children related to nursing and district nursing students, the authors state that the students have had definite expectations concerning the question of having a child and stress factors influenced alone the planned number of children in an ideal situation.

Keywords: nursing student, district nursing student, having children, stress



A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA LEVELE
A LEENDŐ KAMARAI TAGOKHOZ

Tisztelt Egészségügyi Szakdolgozó! Kedves Kolléga!

A törvény ugyan az Ön számára is a munkavégzés kötelező feltételévé teszi a kamarai tagságot, belépése mégsem automatikus, azt Önnek kell kezdeményeznie. Mi negyvenháromezeren, a Kamara jelenlegi tagjai és tisztségviselői azt szeretnénk, ha meggyőződéssel, jó szívvel, a tagsággal együtt járó és Önnek személy szerint is hasznos lehetőségek ismeretében válna kamarai taggá.

Mit nyújt Önnek a Kamara?

- Pontszerző, ingyenes továbbképzéseket szervez, melyeken Ön is részt vehet.
- Internet alapú képzést és pontszerző vizsgalehetőségeket biztosít, melyekhez Ön is csatlakozhat.
- Képviselet a tagok, az egészségügyi dolgozók, így az Ön érdekeit is a törvényalkotásban.
- Ingyenes munkajogi tanácsadást biztosít Önnek.
- Ingyenes gazdasági tanácsadást biztosít Önnek.
- Kivizsgálja és elbírálja az Önt érintő, vagy Ön által kezdeményezett etikai ügyeket, panaszokat.
- Szakmai információkat gyűjt és ad közzé újságjaiban, Internet oldalán, melyeket Ön is elérhet.
- Részt vesz a szakképesítések vizsgáin, a megfelelés elbírálásában, melynek Ön vizsgázóként, de akár vizsgabizottsági tagként is részese lehet.
- Szakmai rendezvényeket, versenyeket szervez, melyeken Ön is részt vehet.
- Díjazza az egészségügyi szakmák legkiválóbbjait, Ön is szavazhat, de lehet, hogy éppen Öné lesz az egyik elismerés.
- Jelentős kedvezményeket biztosít tagjainak áruk és szolgáltatások megvásárlásához partnerei egyre bővülő körénél, így Ön is pénzt takaríthat meg.

Kedves Kolléga!

Szeretettel várjuk és köszöntjük az egészségügyi dolgozók számára a család biztonságát szakmai értelemben nyújtó Szakdolgozói Kamarában! Biztosak vagyunk benne, hogy hamarosan Ön is megtapasztalja ujjászerveződő köztisztületünk jelmondatának igazságát: **Együtt többet tehetünk!**

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Humánerőforrás motiváció

Horváth Emese

osztályvezető ápoló, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
Stroke Vascularis, Általános Neurológiai és Toxicológiai Osztály

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerző arra keresi a választ, hogy milyen belső-külső motivációs tényezők lehetnek az egészségügyi szakdolgozóknak, amikor a társadalom sem erkölcsileg, sem anyagilag nem ismeri el az ápolói hivatás gyakorlóit. Feltételezi, hogy a munkával való elégedettség alacsony szintű, mert alacsony fizetésért dolgoznak a munkavállalók, de az motiválja őket, hogy ha jól érzik magukat a munkahelyükön.

Vizsgálati módszerek és minta: A vizsgálat kérdőíves módszerrel történt szakdolgozók között, melynek során 109 kérdőív került feldolgozásra.

Eredmények: A munkahelyi légkör a kisebb részegységekben a legjobb. Meglepően jó az orvosokkal való munkatársi viszony. A szerző a jó munkahelyi légkört motiválónak találta. Az önmegvalósítási szükségletek, a döntéshozatal lehetősége és a továbbképzési lehetőségek egyaránt pozitív tényezőként szerepelnek a motiváltságban.

Következtetés: A munkabér iránti megelégedettség és a munkahelyi megelégedettség között nincs szignifikáns kapcsolat. A megfelelő fizetés és anyagi biztonság alapfeltétele, hogy a magasabb fokú szükségletek teret nyerhessenek. A pozitív motivációt a szervezeti kultúra és a jó társas kapcsolatok eredményezik.

Kulcsszavak: humán erőforrás, motiváció, munkabér, magasabb rendű szükségletek, ápoló

A probléma ismertetése

„Magyarországon az utóbbi közel 10 évben folyamatosan csökkent az egészségügyi ellátás minősége. Az ágazatban sokkal kevesebb pénz jut az ápolásra, egyre alacsonyabb összegekből látjuk el a betegeket.” „az utóbbi öt évben nem emelkedett a kollégák létminimum közeli bére, sőt jelentősen csökkent, amelynek hatására mindennapossá váltak megélhetési gondjaik. A kialakult létszámhiány miatt túlóra végzésére kényszerülnek, egyre több beteget kell ellátniuk, a megélhetési problémák enyhítésére másod-, sőt harmad állást is kell vállalniuk.” A fenti idézet Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Küldöttközgyűlésének (2009. 11.24.) nyílt leveléből való. Napjaink helyzetét írja le. Ilyen körülmények között nagyon nehéz dolgozni, ápolni, vezetni a szakdolgozókat. De a betegeket el kell látni, őket csak a saját egészségük mielőbbi helyreállása érdekli. Hogy lehet ilyen viszonyok között a dolgozókat összefogni, motiválni?

Mennyire elégedettek a munkájukkal és a munkabérükkel?

Elméleti háttér

„A motiváció kérdése akkor merül fel, ha kíváncsiak vagyunk arra, miért viselkednek az emberek úgy, ahogy viselkednek. Vezetői szempontból a motiváció megismerése azt a célt szolgálja, hogy: Megértsük a szervezeti egyén magatartásának okait, mozgatórugóit. Előre tudjuk jelezni a vezetői lépések várható következményeit. Irányítani tudjuk az egyén viselkedését, hogy mind az egyéni és a szervezeti célok teljesüljenek. A szervezeti magatartás szempontjából motivációról akkor beszélhetünk, ha hajlandóak vagyunk a szervezeti célok megvalósítása irányába mutató erőfeszítésekre, amellyel egyben egyéni szükségleteket is kielégíthetünk. Különböző motivációk vannak: a munkamotiváció, a pályamotiváció és a teljesítménymotiváció.” (www.turul.banki.hu)

A teljesítmény motiváció a munka eredményére, annak mennyiségi és minőségi jellemzőire irányul.

Az ember fejlődése során megtanulja, hogy a környezete a teljesítménye alapján ítéli meg, értékeli. Így értékeli saját magát is. Motivációelméletek azon elméletek, melyek segítenek megérteni a munkahelyen a motiváció szerepét. Ilyenek a szükségleteken alapuló elméletek, eszközelméletek és méltányosság elméletek.

A korai elméleti alapok a XVII. sz. után pl: Descartes, McDougall, Woodwort, Hull, Lewin, Skinner, és Tolman nevéhez fűződnek.

A munkahelyi motivációk hátterében lévő szükségletekből McClelland hármát emel ki: teljesítmény, hatalom, kapcsolat.

Herzberg két-tényezős elmélete az emberi szükségleteket 2 tényezőre osztja. Maslowtól eltérően nem a motivációkat, hanem a munkahelyi elégedettséget vizsgálta. Kéttényezős modelljében elkülönít olyan tényezőket, amelyek az elégedettségért felelősek - motivátorok: a munkakör többféle, sajátos vetületeiből tevődik össze, amelyek meglepéssel töltik el az alkalmazottakat, ám hiányuk nem (közvetlenül) vezet elégedetlenségre. Fontossági sorrendben: teljesítmény; elismerés a teljesítményért; maga a munka; felelősség és fejlődés; növekedés. Az elégedettségért felelős tényező - higiénés tényező: az, mely ha az érintett által elvárt szint alatt van, elégedetlenséghez vezet, ám nem emeli az elégedettség szintjét, ha kellő mértékben adva van. Ide tartozik fontossági sorrendben: a vállalatpolitika és vezetés; ellenőrzés; kapcsolatok a felettesekkel, kollégákkal, alárendeltekkel; munkafeltételek; fizetés; beosztás; biztonság; magánélet.

„Motivátorok: kielégítésük munkahelyi elégedettséget eredményez: teljesítmény, elismertség, pozíció, karrier, ambíció, érdeklődés stb. Vagyis: lényegében magasabb rendű (másodlagos) szükségletekhez kapcsolódó belső motivációs tényezők. Higiénés tényezők: kielégítésük akadályozza a munkahelyi elégedetlenség kialakulását (de még nem eredményeznek elégedettséget!): pénz, biztonság, személyes kapcsolatok, munkafeltételek stb. vagyis: lényegében alacsonyabb rendű (elsődleges) szükségletekhez

kapcsolódó külső (munkakörnyezetre vonatkozó) motivációs tényezők.” (Szakács, F., Nagy, E. összeállítása)

A szükségletelméletek közül a Maslow szükséglet-hierarchiára alapozott elméletét nézzük meg bővebben. A Maslow féle szükségletpiramis ismert az ápolás területén is. A szükségletek és igények hierarchikus rendben határozzák meg cselekedeteinket.

Ez a motivációs elmélet alkalmazható a munka világában is. Fordítsuk át a munkahelyi ösztönzőkhöz a szükségleteket. (I. táblázat)

I. táblázat. Munkahelyi ösztönzők és a szükségletek

| Szükséglet | Néhány hozzá kapcsolható ösztönző eszköz |
|--------------------------|---|
| Fiziológiai | <ul style="list-style-type: none"> •Pénz (alapfizetés) •Munkahelyi étkező •Munkafeltételek (fűtés, világítás) |
| Biztonsági | <ul style="list-style-type: none"> •Pénz •A munkavégzés biztonsága, orvosi ellátás •Hosszú távú foglalkoztatás, biztos munkahely •Nyugdíjpénztár |
| Szeretet / kapcsolat | <ul style="list-style-type: none"> •Jó csoportlétkör •Összetartó munkacsoportok, szakmai közösségek •Közvetlen, jó vezető-beosztott kapcsolat |
| Megbecsülés/ elismertség | <ul style="list-style-type: none"> •Előléptetés, előmenetel •Kitüntetés, más elismerések •Teljesítmény-prémium •Szolgálati autó, státusz-növelő kiegészítő juttatások, státusz-szimbólumok •Munkakör-szélesítés, rotáció |
| Önmegevalósítás | <ul style="list-style-type: none"> •Munkakör-gazdagítás, nagyobb döntési felelősség •Kihívó, kreatív feladatok •Személyes továbbképzés és -fejlődés lehetősége •Önálló munkavégzés •Önellenőrzés |

(Forrás: Dobák, M. és társai (1996): Szervezeti formák és vezetés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest)

Ha bármelyik szinten kimarad a szükséglet kielégítése, elakad a motiváció, a személy megreked azon a szinten, ahol még kielégületlenek szükségletei. Így a fejlődés elmarad, nem jut fel az önmegevalósítás csúcsára. A fizikai-élettani szükségletek alapvető jellegéből adódóan, ha kielégítésük nincs biztosítva, kényszerítő motívumként hatnak és

átmenetileg a magasabb rendű szükségletek iránti igény felfüggesztődik. Pl.: ha valakinek oxigénhiánya van, nem fogja érdekelni az elismerés vagy alkotási vágy. Az elmélet népszerű, mint leíró modell. Nagyon kevés bizonyíték van arra, hogy a Maslow által leírt módon létezik a hierarchia. A munkavállalók csak a szélesebb alacsonyrendű és magasabb rendű szükségletkategóriák között tudnak választani. Ettől függetlenül igen népszerű magyarázó ereje és egyszerű áttekinthető logikája miatt. Ezt az elméletet többen is tovább fejlesztették: Alderfer, Herzberg.

Hipotézis

Feltételeztem, hogy a munkahellyel való elégedettség alacsony szintű, mert alacsony fizetésért dolgoznak a szakdolgozók az intézetünkben. Az motiválhatja őket, hogy ha jól érzik magukat a munkahelyükön, a közösségben.

Vizsgálati módszer és minta

Vizsgálatomat az általam szerkesztett kérdőív alapján, csak zárt kérdésekkel, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházban 7 osztályon, Szülészeti- Nőgyógyászati, Kardiológiai, Baleseti Sebészeti, Pszichiátriai Rehabilitációs, Neurológiai, Belgyógyászati, és Gyermekek osztályokon végeztem. A kérdőíveket akcidentálisan osztottam ki, az éppen dolgozó szakdolgozók között 2010. január 18-22 között. A 120 darabból, 109 kérdőív került feldolgozásra. 10 nem érkezett vissza, 1 hiányos kitöltés miatt kizárásra került a feldolgozásból. Az adatfeldolgozás leíró és matematikai statisztikai módszerrel történt. (SPSS szoftverrel, Khi-négyzet) A személyes kérdések után az élettani, biztonsági, szociális, megbecsülési, önmegvalósítási szükségletekhez kapcsolt munkahelyi ösztönzők alapján állítottam össze a kérdéseket.

Eredmények

A válaszolók átlagosan 19,15 éve dolgoztak az egészségügyben. A legfiatalabb 23,

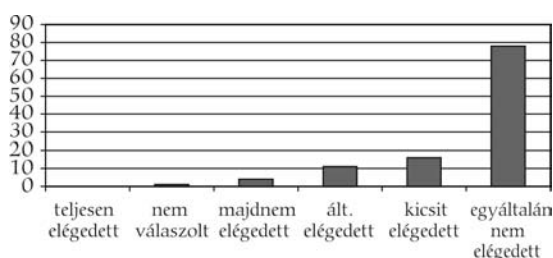
a legidősebb 58 éves volt, az életkori átlag: 38,75 év.

A kérdőívet kitöltő 104 fő nő és 5 fő férfi szakdolgozó megoszlása a legmagasabb iskolai végzettségek tekintetében: főiskola: 27 fő, érettségi: 75 fő, szakiskola/szakmunkásképző: 5 fő, nem válaszolt 2 fő.

Szakirányú végzettségek szerint: általános ápoló, ápoló, műtősnő, szülésznő, gyógytornász, klinikai ápoló-intenzív szakápoló, ideg-elmeápoló, diplomás ápoló, gyermekápoló, EKG szakasszisztens, EEG szakasszisztens, egészségügyi ügyvitelszervező, mentálhigiénés asszisztens, fizioterápiás asszisztens töltötték ki a kérdőívet.

A fizetéssel való elégedettség látható az 1. ábrán. Egyáltalán nem elégedett: 78 fő

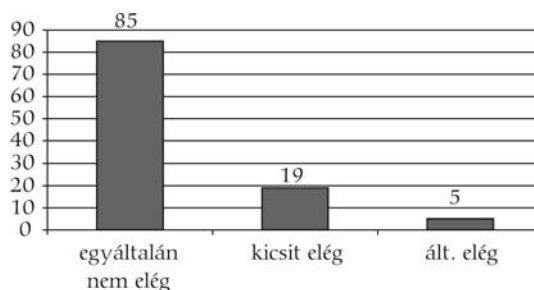
1. ábra. A főállás után kapott fizetéssel való elégedettség megoszlása, % (N=109)



(71,55%), kicsit elégedett: 16 fő (14,67%), általában elégedett: 11 fő (9,17%), majdnem elégedett: 4 fő (3,66%).

A 2. ábrán látható, hogy mennyire tart-

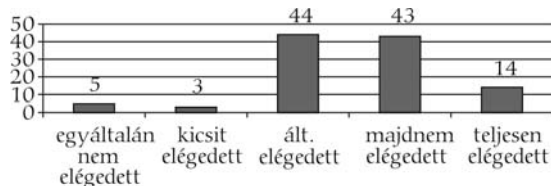
2. ábra. A fizetés elfogadhatóságának megoszlása, fő (N=109)



ják az általuk elfogadhatónak tartott életszínvonalhoz elegendőnek a fizetésüket. A kérdőívet kitöltők véleménye szerint: egyáltalán nem elég: 85 fő (77,98%), kicsit elég: 19 fő (17,43%), általában elég: 5 fő (4,58%).

A munkájukkal viszont többnyire, álta-

3. ábra. A jelenlegi munkával való elégedettség megoszlása, fő (N=109)



lában vagy majdnem elégedettek. (3. ábra) Teljesen elégedett: 14 fő (12,84%), majdnem elégedett: 43 fő (39,44%), általában elégedett: 44 fő (40,36%), kicsit elégedett: 3 fő (2,75%), egyáltalán nem elégedett: 5 fő (4,58%).

Khí négyzet próbával megvizsgáltam, hogy van-e szignifikáns kapcsolat a munkabér iránti elégedettség és a munkahelyi elégedettség között.

Szignifikancia szint 0,05, (5%) a megbízhatósági tartomány 0-21. Mivel a khi-négyzet ezen belül helyezkedik el (11,02) ezért a null hipotézist elfogadjuk, azaz nincs szignifikáns kapcsolat a kettő között.

Mellékállásban, vagy vállalkozásban dolgozik: 19 fő (20,71%).

A fő- és mellékállásból származó jövedelem életszínvonalhoz való elegendősége: 10,52% nem elégedett; 47,36% kicsit elégedett; 31,57% általában elégedett; 10,52% majdnem elégedett; teljesen senki nem volt elégedett.

Bérezés és anyagi szükségleteknek igen nagy a jelentősége, hiszen a megszerezhető anyagi javakkal a fiziológiai szükségletek kielégíthetőek. Részben az elismerésnek is a szimbóluma. Fontos, hogy a végzett munka értékével arányban legyenek, hogy elégedettek legyenek a dolgozók a fizetésükkel. Egy munka értékítéletének ki kell terjednie a fiziológiai, fizikai munkafeltételekre és a felelősség mértékére vagy a pszichés terhelésre is. Az egészségügyben végzett munka a szakdolgozók tekintetében mindenképpen magasabb értékű munka, mint amennyire a társadalom napjainkban elismeri. Lásd közalkalmazotti bértáblát!

A béren felüli juttatásokat 3,66% általában fontosnak; 24,77% fontosnak; 71,55% nagyon fontosnak tarja. A válaszokból egyértelmű, hogy nagyon fontos lenne, ha lenne! A munkavállalók a jövedelmet és a

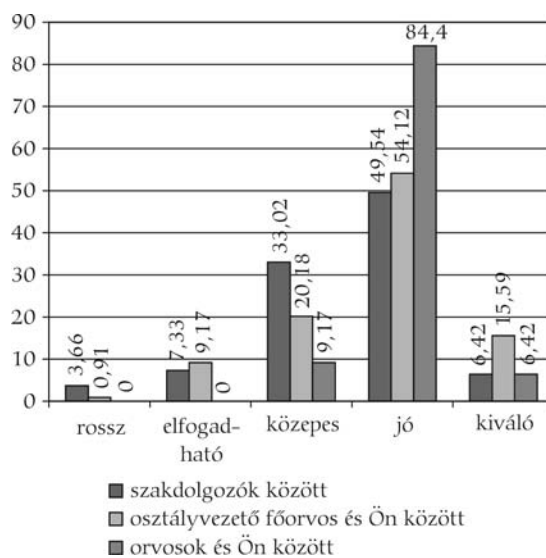
béren felüli juttatásokat, mint motiváló tényezőt magasra helyezték.

A következő 5 évben egyáltalán nem tarja biztosnak munkahelyét 33,02%; kicsit biztosnak 21,1 %; általában biztosnak 33,02%; biztosnak 10,09%; teljesen biztosnak 1,83% a válaszolók közül.

A munkanélküliségtől való félelem igen erős motivációs tényező napjainkban, az egészségügyben is. De a bizonytalanság akadályozza a kreatív munkát és a szervezetfejlesztési törekvéseinket is.

A kollégák egymás közötti viszonya jó, az orvosokkal a legjobb, ami azt mutatja, hogy jól érzik magukat munkahelyükön és a munkacsoportjaikban. (4. ábra) A munka-

4. ábra. A munkatársi viszonyról alkotott vélemény megoszlása, % (N=109)



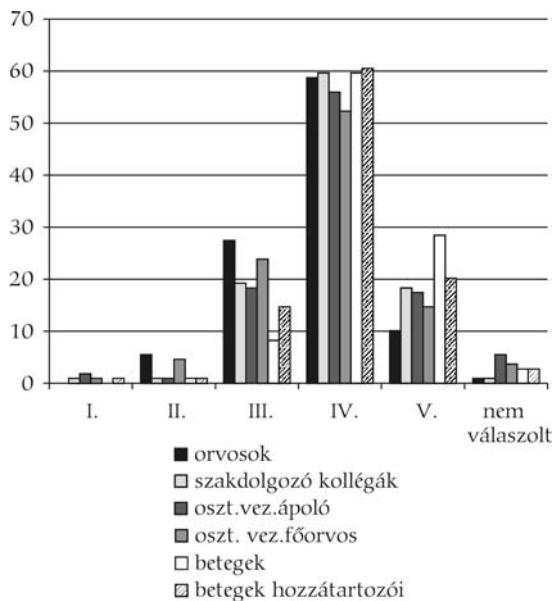
kollektívába való tartozás, a csoportba való tartozás életünk szerves része. Az ember a saját teljesítményét a csoport teljesítményéhez egyenlíti, a csoportátlaghoz alkalmazkodik. Ha a csoportnívó az egyén teljesítménye felett van, akkor ez növeli az egyén igénynívóját és fokozza a teljesítményt is. Ha alatta van, akkor csökkenti, vagy nem befolyásolja. John Katzenbach, aki szerint a jelenlegi nemzetközi gazdasági krízishelyzetben „a dolgozókat igazából az motiválja, hogy hogyan érzik magukat a munkahelyen”.

Elismerés tekintetében a betegek és a hozzátartozók ismerik el legnagyobb százalék-

ban a munkánkat. Második helyen a szakdolgozó kollégák elismerése áll. Amiből az következik, hogy kölcsönösen értékelik egymás munkáját. (5. ábra) Fontosnak tartják

5. ábra. A munka, teljesítmény elismerésének megoszlása, N=109

(I.- nem ismerik el, V.- teljesen elismerik)



a visszajelzést, amit a prémium is jelent. Nagyon fontosnak tartja: 57,79%; fontosnak tartja: 33,94%; általában fontos: 5,5%; kicsit fontos: 0,91%; nem fontos: 1,83%. Minden emberben megtalálható az önbecsülés igénye. A vezetők elismerése nagyon fontos a dolgozók számára. Ennek formái az anyagi juttatás, az előmeneteli lehetőség. „Az előmeneteli lehetőség összetett motivációs tényező. Egyeseket csupán a hierarchiában való előrehaladással együtt járó anyagi előnyök csábítanak, másokat a társadalmi státus (presztízs, megbecsülés) emelkedése, ismét másokat a monoton, rutinszerű rész-munkáktól való menekülés, az elképzeléseik megvalósítására nyíló nagyobb lehetőségek vagy éppen az irányítgatásból, utasítgatásból fakadó öröm. A legtöbb embernél a magasabb fizetés a legfontosabb, de egyéb tényezők – így elsősorban a nagyobb döntési lehetőségek és a változatosabb munka – is szerepet játszanak. (www.turul.banki.hu)

Vezetőként 85,32% nem szeretne dolgozni; 13,76% szeretne.

Munkájuk során 93,57%-nak van lehető-

sége önálló döntéseket hozni; 6,42%-nak nincs lehetősége.

Az érvényesülés-önmegvalósítás, azon vágyunkat testesíti meg, hogy értelmet adjunk életünknek: azzá váljunk, amire képesek érezzük magunkat, kiteljesítsük magunkat és valósítsuk meg lehetőségeinket. Kedvező esetben maga a munkakör válik motivációs tényezővé, a belső motiváció forrásává. Tartós eredményt csupán a belső motiváció felhasználásával, tartalmas munkával lehet elérni.

A következő motiváló tényezők, mint – felelősség, fejlődés, képzési lehetőség, előrelépési lehetőség, elismerés – megléte elégedettséget eredményez.

Következtetések, javaslatok

Amikor a munkavállalók a megélhetésért választanak a kínálkozó állásajánlatok között, addig a preferenciájuk csúcsán a megszereshető jövedelem nagysága áll. A munkabér egy alaptényező, ami szükséges ahhoz, hogy a munkavállaló magasabb szükségletei teret nyerhessenek. A gyermekápolók helyzetéről készült felmérésben (Bognár Lászlóné, MESZK, 2008) az élettani (fizetés) szükséglet okozott elégedetlenséget 83%, a megbecsülés pedig elégedettséget. Felettesek részéről 76%, szülők részéről 80% érezte így. Vizsgálatomban a fizetéssel való teljes elégedetlenség 71,55%, a munkával való teljes elégedettség 12,84%, de majdnem elégedett 40,36%, általában elégedett pedig 40,36%. A betegek részéről a legnagyobb elismerés jó értékelést 60,55%, kiválót 20,18% jelzett. Az idézett 2008-as vizsgálattal összehasonlítást nehezíti, hogy ott nem voltak szintekre osztva a válaszok. Ezt figyelembe véve is hasonlóak az eredmények. A munkával való elégedettség nem alacsony szintű. A fizetéssel elégedetlenek a megkérdezettek. A két tényező között viszont nincs szignifikáns kapcsolat! Az alacsony jövedelem nem motiváló a munkavállalók számára. Elégedetlenséget okoz, ha az elvárt szint alatt van a fizetés, vagy a kollégákkal való kapcsolat. A vizsgálatom szerint a munkájukkal, kollégák egymás közötti kapcsolatával általában elégedettek a szakdolgozók.

Tehát a munkahelyre és az itteni társas kapcsolatokra mint jelenlévő motivátorokra tekinthetünk. Az anyagi juttatások bővítésére nincs lehetőségünk, ezért kerestem a válasz arra milyen motivációs eszközöket használhatunk napjainkban az egészségügyben.

A motivátorok tekintetében a következőket emelném ki:

1. Értelmes munkavégzés, amelyben meg tudja valósítani önmagát, a dolgozó érzi, hogy fontos személy. Ehhez jó vezető szükséges, aki jó szociális képességekkel tudja motiválni a beosztottjait, ismeri minden egyes beosztott igényeit.
2. Kellően jó, támogató munkacsoportban ahol a tagok között kooperáció van versengés helyett, - kiváló motiváció.
3. Nyílt kommunikáció, az informális csoportnak pontos megléte, hogy bármely kolléga a problémájával megtalálhassa a megfelelő célszemélyt.
4. Folyamatos az elismerés a vezető részéről, és megfelelően kommunikált teljesítményértékelés. Az elismert teljesítmény, elégedettséggel tölti el a beosztottakat, és azzal az élménnyel is megajándékozza őket, hogy egy olyan szervezethez tartoznak, amelyik törődik velük.
5. Mindig legyen mód képzésre, önképzésre, hogy a dolgozó a fejlődési igényét kielégíthesse. Ezzel támogatjuk az önmegvalósítást.
7. Munkakörbővítés: a munkakör mélységének növelését célozza, pl. önelle-

nőzés beépítése. (Nem mindenki igényli a mélységi bővítést, némelyeknek stresszt okoz a felelősségvállalás, és egyes komplex munkakörök már nem gazdagíthatók tovább.)

8. Munkakör gazdagítás: A munkarend megváltoztatása, rugalmasabbá tétel; lényegesen eltérő folyamatok öszszevonásáról beszélhetünk a munkakör gazdagítás során. A munka változatos, jelentőségteljes; ezzel arányosan persze a felelősség is nagyobb; minőségi változást is eredményez.
9. Rotáció: azonos szintű munkakörök közötti mozgás, amikor a dolgozót ugyanolyan szakképzettséggel, különböző munkakörökben dolgoztatják. Ez történhet szabályos időközönként (pl. a hónap első felében ambulancián, második felében szakrendelésen dolgozik stb.) vagy szabálytalan időközönként.
10. Munkakör szélesítés: a munkafeladat változékonyságát segíti elő, több hasonló tevékenység egy munkakörbe történő összevonása. Ezzel a felelősség is megnő, de a munkakör szélesítés és a rotáció csökkenti az egyhangúságot. A kérdés persze az, hogy a dolgozó akarja-e. Mindig fontos a megfelelő érdekeltség kialakítása.

A filozófust, László Ervint idézve szeretném zárni gondolataimat:

„You can change the world! – Meg tudod változtatni a világot!”

Irodalomjegyzék

1. Bognár, Lászlóné (2008): Gyermekápolók helyzete az egészségügyben MESZK Hivatásunk 2009/10-11o.
2. Dobák, M. és társai (1996): Szervezeti formák és vezetés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest
3. Garai, K. (2008.12.11.): Motiváció a gazdasági recesszió idején? Lehetséges! <http://www.ugyvezeto.hu/?fejezet=4&alfejezet=3&tartalom=0&cid=56921&area=16>
4. Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Küldöttközgyűlésének (2009.11.24.) nyílt leveléből
5. Szakács, F. – Nagy, E. összeállításának felhasználásával készült www.inspiracio.hu/inspdocs/200704/30motivcitartalomelmeletek.pdf
6. www.turul.banki.hu/~ricsi/.../Motivacio_elmeletek3.doc

The motivation of human resources

Emese Horváth

Summary

The aim of the research: *The author looks for an answer to the following question: "What kind of inner and outer motivation factors could ancillary workers have?" when society acknowledges neither morally nor financially the merit of those people who practice the nursing profession. She assumes that the satisfaction with work is lower ranked because employees are inadequately paid; on the other hand it can motivate them if they have a pleasant atmosphere at their workplaces.*

Methods and sample of examination: *The research has been carried out with the help of a questionnaire among ancillary workers, in the course of which 109 questionnaires have been analyzed intensively.*

Results: *The atmosphere at the workplace is the best in case of smaller items. The collegial relationship to physicians has been surprisingly good. The author has thought that a good atmosphere at the workplace could be a motivating factor. The needs for self-realization, the possibility of making decisions and prospects to further training all function as very important factors in case of motivation.*

Conclusions: *There isn't any significant relation between the satisfaction with the salary and with the workplace. Being adequately paid and financial security are essential to offer a large scope to other, higher-ranked needs. The organizational culture and good social relations result in positive motivating factors.*

Keywords: *human resources, motivation, salary, higher-ranked needs, nurse*

FELHÍVÁS

**Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa
2011 május 26–27.
Várgesztes, Villapark**

A konferencia szervezői (Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Ápolási Igazgatósága, Tatabánya) lehetőséget kívánnak adni fontos és érdekes szakmai kérdések megvitatásához. A Kongresszus fő célkitűzése annak biztosítása, hogy a résztvevő szakdolgozók bemutathassák saját eredményeiket és megismerhessék másokét, továbbá megoszthassák, megvitathassák egymással tapasztalataikat, véleményüket, valamint megoldási javaslatukat.

A Kongresszus témakörei:

- Az egészségügy jelene
- Az egészségügyi ellátás színvonala szakdolgozói szemmel
- Egészségmegőrzés, az egészség visszaállítása

Részletes tájékoztatás a Kongresszus Szervező Bizottságától kérhető:
e-mail: kongresszus2011@tatabanyakorhaz.hu

Munkaerőhiány és migráció az ápolásban

Dr. Balogh Zoltán

elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
tanszékvezető főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

Dr. Papp Katalin

külső titkár, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Hirdi Henriett Éva

osztályvezető, Nemzeti Adó- és Vámhivatal Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézet
Ph.D.-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola

Összefoglaló

Magyarország érintett az egészségügyi szakember-mobilitásban, mint munkaerő-exportáló és mint -importáló ország is. Az elmúlt években a magyar egészségügyi szakdolgozók leginkább Nagy-Britanniában, Németországban, Ausztriában, Olaszországban, Svédországban és Franciaországban vállaltak munkát. Ugyanakkor jelentős mértékű volt a környező országok (Románia, Szlovákia, Szerbia, Ukrajna és Ausztria) állampolgárainak, elsősorban a határon túli magyaroknak az immigrációja.

Az egészségügyi szakember-mobilitás jellemvonásait gyorsan változtathatja meg a nagy gazdasági világválságnak az egészségügyi költségvetésre gyakorolt hosszú távú hatása. Az Európai Bizottság becslése alapján 2020-ra az Európai Unió tagországaiban az egészségügyben egymillió munkahely maradhat betöltetlenül, az egészségügyi szolgáltatók 15%-a nem lesz képes biztosítani a szükséges egészségügyi ellátást, emiatt az egészségpolitikai elemzők és a politikusok különösen aggódnak, hogy ez a jelenség még jobban felerősíti a mobilizációt Európa-szerte azokban az országokban, ahol eleve nehezebb a munkaerő megtartása.

A növekvő nemzetközi migrációs folyamatok közepette a politikai döntéshozóknak meg kell találniuk a leghatékonyabb módját az egészségügyi szakemberek megtartására, az egészségügyi szakma vonzóvá tételére, az egészségügyi szakdolgozók szaktudásának és kompetenciájának fejlesztésére, valamint a szakdolgozók ösztönzésére annak érdekében, hogy magas színvonalú ellátást nyújtsanak.

Kulcsszavak: migráció, elvándorlás, munkaerőpiac, Európai Unió

Bevezetés

A múlt év második felében az Unió belga elnöksége alatt szeptemberben egy miniszteri konferenciát tartottak a munkaerő helyzetéről az egészségügyben. Az EU Fehér Könyvéből az egészségügyi hivatásokról megállapított jövőbeni kihívásokról 250 politikai és szakértő keresett utakat - ahogy

John Dalli egészségügyi biztos fogalmazott - „hogy biztosítsák azt, hogy Európa megfelelő munkaerővel rendelkezzen az egészségügyben, akik abban a helyzetben vannak, hogy öregedő népességünk növekvő ápolási követelményeit teljesítsék. Ez lényeges annak biztosítására, hogy az európai polgárok biztonságos és értékes egészségügyi szolgáltatásokat kapjanak.” Ehhez az szükséges, hogy a

szakszemélyzet iránti jövőbeni szükségletet lehetőleg pontosan állapítsák meg. Egzakt értékelési modelleket kell kidolgozni a szükséglettervezésre: Az emelkedő minőségi követelmények miatt a különböző személyzeti csoportok kompetenciaprofilját vizsgálatra kell állítani. A kompetenciák megtámogatására és a legújabb ismeretek elsajátítására elengedhetetlen az élethosszig való tanulás és az ismeretek állandó javítása. Foglalkoztak a munkafeltételek javításának a kérdésével is, mivel ez egy központi téma ahhoz, hogy a hivatásokat az egészségügyi szektorban vonzóbbá tegyék, és pedig mind a toborzáshoz, mind a hivatáshoz való kötődés számára. „Európának abban a helyzetben kell lennie, hogy képzett, elkötelezett, egészséges munkaerőre hagyatkozhatson, akik képesek arra, hogy a technológiai változáshoz, a munkaszervezés új mintáihoz és a betegek keletkező szükségletéhez alkalmazkodjanak”.

A belga törekvések folytatásaként Magyarország Európai Unió elnöksége alatt Budapesten zajlott az Egészségügyi szakember-mobilitás Közép- és Kelet-Európában című szeminárium. Az esemény a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, az Egészségügyi rendszerekkel és politikákkal foglalkozó Európai Megfigyelőközpont (European Observatory on Health Systems and Policies), az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája, valamint a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ közös szervezésében valósult meg. A szeminárium célja volt, hogy semleges terepet biztosítson az egyes tagországokból érkező vezető beosztású egészségügyi minisztériumi tisztviselőinek, szakmai szervezetek, kamarák magas rangú képviselőinek, valamint nemzetközi szakértők és más partnerszervezetek munkatársainak a szakember-mobilitással kapcsolatos kérdések megvitatására.

Tendenciák az európai munkaerőpiacon

Németországban 2005-ben az ápolás területén foglalkoztatottak száma 1,3 millió, s ezek többsége (45,3%) részmunkaidős volt.

A teljes munkaidős ápolók száma mindössze 968.000 fő volt. Az ápolás területén tehát 2005-ben egy teljes munkaidős állást átlagosan 1,3 foglalkoztatott töltött be. 2020-ban Németországban teljes munkaidős állások szerint számolva 56.000 orvos és 140.000 ápoló és egyéb nem orvosi munkaerő fog hiányozni. 2025-ben a rendszerből hiányzó ápolók száma el fogja érni a 152.000-et. A tarifa-megállapodások szerinti munkaidőre átszámítva ez a kórházakban, az ambuláns ellátásban és a részben bentlakásos intézményekben mintegy 112.000 teljes munkaidős ápolónak felel meg. Modellszámítások szerint 2025-ben a teljes munkaidős szakképzett munkaerő iránti szükséglet 940.000 lesz, a kínálati oldalon azonban ehhez képest mindössze 828.000 ápoló fog rendelkezésre állni. A nem orvosi szakképzett munkaerő tekintetében is súlyos hiányoknak nézhetünk elébe. A munkaerőhiány 2030-ban elérheti a 950.000 főt is, ami 165.000 orvost, és 800.000 ápolót és nem egészségügyi munkaerőt jelent. 2030-ban több mint 200.000 rendelői asszisztencia és 45.000 laboratóriumi dolgozó fog hiányozni. Az ápolás területén már csaknem 480.000 szakápoló és segédápoló hiányával számolhatunk. Ezen elemzés nem veszi figyelembe az idősápolás területén jelentkező munkaerőigény fokozódását. A kórházakban az ápolóknak hetente átlagosan 60 órát kell majd dolgozniuk ahhoz, hogy az ellátás minősége ne csökkenjen. A prognosztizált munkaerőhiány nemcsak katasztrofális ellátási körülményekhez és a maradék személyzet drámai túlterheléséhez vezet, hanem súlyos gazdasági költségeket is eredményez. A számítások szerint a szakképzett egészségügyi munkaerőhiány miatt a teljes gazdaság számára 2030-ig 35 milliárd euró értékteremtés megy veszendőbe (Dennis, 2010).

Mivel a jövőben a munkaerőpiacon az ambuláns és a kórházi intézmények versenyeznek az egyre kevesebb szakképzett egészségügyi dolgozóért, a jelenlegi párhuzamos ellátási struktúra nem tartható fenn tovább. A rendszer átalakítása nélkül 2030-ban a kórházakban minden harmadik, a praxisokban minden második orvosi állás betöltetlenül marad. A kórházak és az egyedi praxisok helyettesítése céljából elsősorban vidéken

válí szükségessé a legkülönbözőbb fenntartású egészségügyi ellátási központok rendszerének kiépítése. A vidéki területeken való ellátást „vidéki” orvosok vehetik át, akiknek a finanszírozása célzott támogatás formájában történik. A német egészségügyben körvonalazódó munkaerőhiány elkerülhetetlené teszi a rendszer mélyreható átalakítását. Az ápolóhiány megoldásához a német egészségügyi rendszer külföldi ápolók megszerzésére van utalva. A beutazási és munkavállalási feltételek megkönnyítése önmagában még nem vezet a külföldi ápolók tömeges beáramlásához. Ahhoz, hogy Németország állni tudja a külföldi ápolókért folytatott versenyt, inkább a bérezést és a munkakörülményeket kell javítania (Wismar et al, 2011).

A Bundesinstitut für Berufsbildung által végzett számítások szerint 2025-ben a szakképzett ápolóknak mindössze a háromnegyede fog tanult szakmájában dolgozni. Ebbe a körbe tartoznak a szakképzett betegápolók, a szülésznők, a betegápoló segédek, az idősápolók és az idősápoló segédek. Ez azonban az ápolás területén foglalkoztatottnak mindössze az 56,4%-a. Amennyiben csak a szakképzett ápolókat vették volna figyelembe, már 2005-ben 39.000 szakképzett teljes munkaidős ápoló hiányzott volna rendszerből. A tanulmány szerint az ápolói személyzet iránti növekvő szükségletnek abban az esetben lehetne elébe menni, ha a nyugati tartományokban a keletiekéhez hasonló foglalkoztatási struktúrát alkalmaznák – azaz a részmunkaidő helyett inkább a teljes munkaidős foglalkoztatást preferálnák. A teljes munkaidős alkalmazottak száma így 9,5%-kal emelkedhetne, a 2025-ben várható munkaerőhiány pedig 34.000 teljes munkaidős alkalmazottra csökkenthetne (BBIB, 2010). Ennek érdekében szükség lenne a több munkaóra, illetve a teljes munkaidős foglalkoztatásra való törekvésre. A századelő óta azonban ennek kevés nyomát látni. Ezzel szemben a német nők körében a részmunkaidős foglalkoztatás tudatos döntésnek tűnik. Így 2005-ben a nyugati tartományokban a női ápolói munkaerő 69%-a személyes vagy családi kötelezettségekkel indokolta részmunkaidős foglalkoztatását (Mladovsky, 2010, Wismar et al, 2011).

Migrációs tendenciák a világon

A Nemzetközi Migrációs Szervezet (International Organization for Migration) adatai szerint 1960 és 2000 között a bevándorlók száma megduplázódott, s ez további fejlődést fog mutatni a következő évtizedben. A migráció főként a nőkre jellemző, a nők vándorolnak, lehetőséget keresve maguk és családjuk számára. Ezeknek a nőknek nagy része ápoló. Mára 35 személyből egy bevándorló, ez a világon 175 millió embert jelent, vagyis a lakosság 2,9%-át. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses) számos adatot tett közzé az elmúlt években. A Fülöp Szigetektől közel 250 000 ápoló hagyta el az országot az utóbbi évtizedben, 2001-ben az Egyesült Királyságban több zimbabwe ápoló volt regisztrálva, mint ahányan abban az évben befejezték tanulmányaikat Zimbabweben. Svédországban az összes dolgozó ápoló 30%-a külföldön szerzte szakképesítését. 2003-ban az Írországi regisztrációs rendszerbe felvett ápolók kétharmad része érkezett Európai Unión belülről és kívülről. A leginkább toborzó ország Európában az Egyesült Királyság, Írország és Norvégia. 2002-ben több ápoló csatlakozott a regisztrációs rendszerhez külföldről az Egyesült Királyságban, mint ahányan Britanniában befejezték tanulmányaikat – 16 155 fő. 1999 és 2002 között 42 ezer külföldi szakképzett ápoló talált munkát az Egyesült Királyságban. Ott különösen az otthonápolási szektor függ a külföldi szakképzett ápolóktól. Londonban 4-ből egy ápoló külföldi és néhány magán egészségügyi szervezet több mint 60% külföldi ápolót alkalmaz. Az ápolókat elsősorban az angol nyelvet beszélő Európán kívüli országokban keresik: India, Fülöp Szigetek, Dél-Afrika és Zimbabwe (Haberman, 2010).

Hazai migrációs potenciál

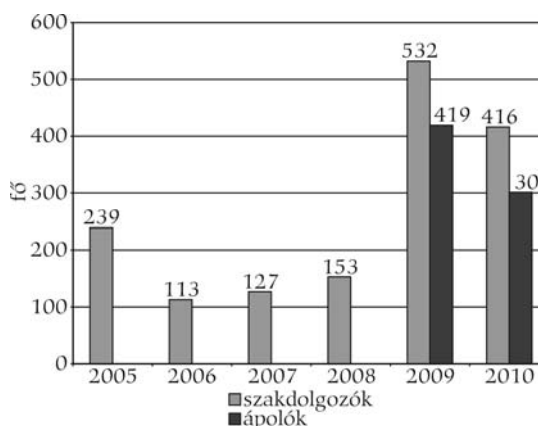
Unió csatlakozásunkat megelőző évtizedben nemcsak spontán, hanem a magyar kórházak sokszor szervezett toborzásának köszönhetően érkeztek a határon túli magyarok „szerencsét próbálni”. Noha a végzettségükben, szakmai munkájukban voltak

érezhető különbségek, a kórházi ápolás-menedzsment áldozatos munkájának eredményeképpen, szervezett módon tudták őket beilleszteni a hazai munkavállalók táborába. Így évente akár négy-ötszáz szakember is érkezett hazánkba. Uniós csatlakozásukat követően az ily módon munkába állók száma folyamatos csökkenést mutatott. A szomszédos országokból bevándorló ápolók a korábbi években enyhítették a létszámhiányt, főleg Erdélyből jött sok végzett ápoló Magyarországra dolgozni. Románia 2007-ben bekövetkezett csatlakozását követően Magyarország már nem „célország”, hanem „átmeneti” országgá vált. (Balogh, 2009A) Tekintettel arra, hogy a Kamara 2008. december végéig közreműködött a Működési Nyilvántartás vezetésében, valamint azóta is közreműködik a „jó hírnév igazolás” kiadásában, mind gyakrabban érezhettük, hogy a néhány évvel ezelőtt hozzánk, határon túlról érkezett kollégák tovább állnak. Az utóbbi időben a trend visszaesett, az unióhoz való csatlakozásuk lehetővé teszi számukra, hogy nyugati országokba mehetnek munkát vállalni. Ott még jobban is fizetik őket mint Magyarországon (Balogh, 2009B). Míg 2005-ben 257 egészségügyi képesítéssel rendelkező kért munkavállalási engedélyt Magyarországon, nekik 70%-uk, azaz 181 személy volt ápoló. Ez a számadat két év múltán jelentős csökkenést mutatott: összesen 179 egészségügyi szakképzettséggel rendelkező kért munkavállalási engedélyt Magyarországon 2007-ben, közülük 30%, azaz 53 személy ápolói végzettségű. Az elmúlt évben már szinte teljesen elapadt a külföldről érkező, ápolói végzettséggel munkát vállalók száma, mely összesen néhány tucat fő volt csupán. Tehát, az utánpótlás ezen lehetséges csatornája is elapadni látszik, sőt a jól képzett magyar szakdolgozók mind gyakrabban kapnak előnyös ajánlatokat a magyarok által lakott, vagy a határ menti települések egészségügyi intézményeiből (MESZK, 2009).

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH, 2011) legfrissebb adatai szerint 2010-ben 1111 orvos, 202 fogorvos, 48 gyógyszerész és 301 ápoló, 7 szülésznő és 106 egyéb egészségügyi szakdolgozó kért tavaly hatósági bizonyítványt

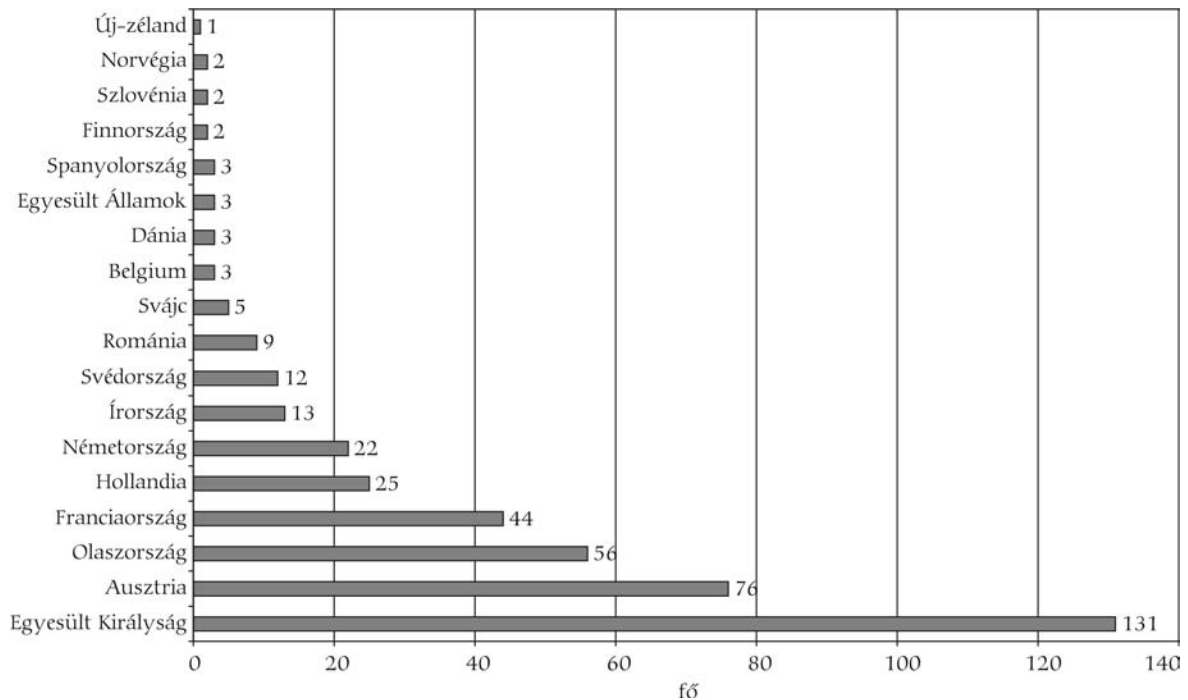
okleveleiről azért, hogy külföldön dolgozhasson. Az utóbbi évek összehasonlításából kiderül, hogy az ápolók a tavalyi évben is igen sokan kívántak külföldön munkát vállalni. Míg 2005-ben 239 fő, 2006-ban 113 fő, az egészségügyi reform évében, 2007-ben 127 fő, 2008-ban 153 fő, (MESZK, 2009) 2009-ben 532 fő (416 fő ápoló) (EEKH, 2010), addig 2010-ben kisebb csökkenés után összesen 416 egészségügyi szakdolgozó (301 fő ápoló) jelentkezett a hivatalnál. (1. sz. ábra)

1. ábra. Az egészségügyi szakdolgozók külföldi munkavállalási szándékának alakulása



A kérelmező 1777 egészségügyi dolgozó közül legtöbben Nagy-Britanniában kívántak dolgozni, összesen 578-an. Népszerű célország volt még Németország (354), Ausztria (151), Írország (112) és Svédország (94) is, de új elemként jelent meg Románia (31), Szlovénia (4) és Szlovákia (2) is. A szakdolgozók migrációs szándéka az összes egészségügyi dolgozóhoz viszonyítva eltérő módon alakult az elmúlt évben. Azonosságot csak az első helyen álló Egyesült Királyság jelentette, ahova 131-en pályáztak. Szakdolgozói körökben népszerű célország volt Ausztria (76), Olaszország (56). Ugyancsak kiemelkedő volt Franciaország (44), ahova elsősorban azon kollégák pályáztak, akik néhány évvel ezelőtt települtek Magyarországra elsősorban Erdélyből. Jelentős volt még Hollandiát (25) és Németországot (22) választók száma. Szakdolgozói körökben is érezhető volt elsősorban a Romániába és Szlovéniába (11) történő visszaáramlási tendencia. Magyar szakdolgozók céljai között további 14 ország

2. ábra. Célország szerinti megoszlás szakdolgozók körében



szerepelt 2010-ben, ahova összesen mintegy 51 kollégánk pályázott. (2. sz. ábra)

A fiatal kezdő szakképzett ápolók száma közel hasonló, de ők nem képesek pótolni a kivándorlókat és a nyugdíjba vonuló ápolók helyét. Az ápolók fizetése alig emelkedett az utóbbi nyolc évben, így ez alig képes megállítani a kivándorlást. Aggódva követjük a 2011. évi adatot, vajon megáll a folyamat, vagy tovább veszítjük a szakdolgozókat, ápolókat. Ismerve azt az adatot is, hogy a kezdő ápolók száma az utóbbi években alig éri el országosan a pár százat. A tapasztalatok szerint az igazolást kérő orvosok és ápolók egy része végül itthon marad. Tehát várhatóan kevesebb magyar egészségügyi dolgozó vállal külföldön munkát saját szakmájában, mint amennyi a statisztikákban szerepel, de a növekvő tendencia elgondolkodó, s ismerve a hazai végzettek számát, kifejezetten aggasztónak hat.

Megoldáskeresés Uniós szinten

Az Európai Unió tagországai szakember-szükségletük fedezésére különböző megoldásokat alkalmaznak. Az Egészségügyi

Világszervezet az etikus toborzás mellett tette le a voksát, melynek főbb elveit a toborzás etikai kódexe tartalmazza, melyet a szervezet 63. Közgyűlésén, 2010. májusban fogadott el:

- ⇒ elkötelezettség a tagországok részéről a kritikus egészségügyi munkaerőhiány leküzdésére,
- ⇒ közös beruházások, kutatási projektek és információs rendszerek létrehozása a nemzetközi migrációval kapcsolatosan,
- ⇒ a tagállamoknak törekedni kell a saját egészségügyi személyzetük biztosítására,
- ⇒ a migráns munkavállalók jogait a hazai szakemberekéhez hasonlóan kell biztosítani (WHO, 2010).

Mind a kibocsátó, mind a befogadó országoknak erőfeszítéseket kell tenniük a munkaerőjük biztosítása, illetve megtartása érdekében. A befogadó országoknak bővíteni kell képzési kapacitásukat nem csupán a helyi igények kielégítésére, hanem a külföldi erőforrásoktól való függetlenné válás érdekében is (Haberman, 2010). Ehhez szükséges:

- ⇒ a munkaerő-megtartásra alkalmazott irányelvek optimalizálása,

- ⇒ az egészségügyi munkaerő integrációjának fokozása, a pályaelhagyó szakemberek visszahívásával,
- ⇒ az egészségügyi szakemberek kompetenciáját jobban figyelembe vevő, hatékony munkaszervezés,
- ⇒ a hatékonyság fokozása, a teljesítmény szerinti díjazással.

A kibocsátó országok esetében legfontosabb eszköz az egészségügyi szakmák és a munkakörülmények vonzóbbá tétele. Ezen kívül elengedhetetlen a munka és a magánélet közötti egyensúly megteremtése is (Haberman, 2010). Az Európai Unió kidolgozta stratégiai ajánlásait, melynek főbb elemei:

- ⇒ A tagállamok között bilaterális és multilaterális megállapodásokat kell létrehozni az egyes régiókban jelentkező orvos és ápolói túlkínálat kiaknázása érdekében.
- ⇒ Az EU-szintű önellátás elérése érdekében be kell fektetni a szükséges számú egészségügyi dolgozó képzésébe és toborzásába.
- ⇒ Határokon átívelő képzésről és cserékről szóló megállapodásokat kell kötni, melyek segítenek az egészségügyi dolgozók kiáramlásának kezelésében, miközben a közösségi jogokat is tiszteletben tartják.
- ⇒ A dolgozók „körkörös” mobilitásának érdekében intézkedéseket kell hozni, hogy a képzés, vagy tapasztalatszerzés céljából egy másik országba távozók később visszatérjenek hazájukba megszerzett tudásukkal, képességeikkel.
- ⇒ Egy az egész EU-ra kiterjedő fórum, vagy platform létrehozása szükséges, ahol az egészségügyi vezetők rendszeresen megoszthatják tapasztalataikat a migráció témakörében.

- ⇒ Kulcsfontosságú az indikátorok alkalmazása az egészségügyi munkaerő mobilitásának monitorizálására (Peiro et al, 2010).

Az Egészségügyi Világszervezet kódexe és az Unió stratégiai ajánlásai olyan iránymutatásokat tartalmaznak, melyek révén standardok állíthatók fel, s az egészségügyi szakemberek érdekeinek figyelembe vételével az egyensúlyi helyzet felé történhet elmozdulás az európai munkaerőpiacon. Magyarország is abban érdekelt, hogy a kódex elvei, az ajánlások törekvései megvalósuljanak. Az ápolói kivándorlás most még nem jelent sürgető problémát, de a közeljövőben amennyiben tovább fog növekedni a kivándorlók száma és csökkenni a bevándorlók, valamint a nappali képzésekben felkészített ápolók száma, már komoly, érezhető problémát fog jelenteni a magyar egészségügyi rendszer számára is. Bizonyítottan számos előnnyel jár a külföldi munkavállalás – magasabb fizetés, jobb életszínvonal – de elengedhetetlenül fontos a célország nyelvének használata. Magyarország az ún. „körkörös migráció” elvének kialakításában és végrehajtásában érdekelt (Gaál, 2011). A jelenlegi hazai fizetések igen alacsony volta miatt szinte már lehetetlen megállítani a külhomba történő áramlást, de intenzív szervezett kampányt kell folytatni a hazaérkező munkavállalók visszailleszkedésének támogatására, a tudásuk elismerésére, felhasználására. Támogató forrásokat kell találnunk a hazai igényeknél is nagyobb arányú képzési kapacitások biztosítására, a képző ország munkaerőpiacáról kiesett ápoló és más szakdolgozó képzési költségeinek fedezésére (Balogh, 2009, Vízvári, 2010).

Irodalomjegyzék

- Balogh Z.: Mi lett veled nővérke? Egészségügyi Gazdasági Szemle 2009:47(1):15-22.
- Balogh Z.: Tények a szakdolgozók migrációjáról. Hivatásunk 2009;4(1):15-16.
- Dennis A.O.: Szakképzett munkaerőhiány a német egészségügyben 2030-ig Wifor-Institut Darmstadt, (konferencia anyag) 2010. október
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH): 2009. évi jelentés a külföldi munkavállalási szándék alakulásáról. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2010. január 15.
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH): 2010. évi jelentés a külföldi munkavállalási szándék alakulásáról. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, 2011. január 30.
- Gaál P.: Health Systems in Transition. (HiT in Brief) European Observatory Systems and Policies, 2011.
- Haberman M., Stagge M.: Nurse-migration: a challenge for the profession and health-care systems. Journal of Public Health (2010)18:43-51.
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara: Éves jelentés az ápolók kivándorlásáról 2005-2008., Budapest, 2009
- Mladovsky P., Leone T.: Specialist human resources for health in Europe: are we ready? Euro Observer 2010 Vol. 12 No 2: 1-5.
- Peiro M-J., Benedict R.: Migrant health policy – The Portuguese and Spanish EU Presidencies. Eurohealth 2010 Vol.16 No 1:1-4.
- Statistisches Bundesamt – Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Az ápolószemélyzet helyzete Németországban 2005-2025 között, 2010. november
- Vízvári L.: Mozaikok az egészségügyi dolgozók migrációjához. ETInfo 2010. november 2-4.
- Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J.: Health Professional Mobility and Health Systems – Evidence from 17 European countries. WHO, European Observatory Systems and Policies, 2011.
- World Health Organization (WHO): The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHA63.16, Geneva, May 2010 www.who.int/hrh/migration

Migration and labour shortages in nursing

Zoltán Balogh PhD, Katalin Papp, Henriett Éva Hirdi

Hungary has been affected by health professional mobility as a labour force sending and receiving country. Over recent years, Hungary has lost health professionals to the United Kingdom, Germany, Austria, Italy, Sweden and France. At the same time Hungarian borders proved to be very permeable due to substantial ethnic Hungarian minorities in the neighbouring countries, mainly in Romania, Slovakia, Serbia, Ukraine and Austria. The character of health professional mobility may change rapidly at a time when the international financial and economic crisis is likely to have longer term effects on countries' health budgets. Moreover, given the recent European Commission estimate that by 2020 EU Member States will be facing a shortage of about 1 million healthcare professionals not being able to meet 15% of the required healthcare services, workforce planners and politicians are particularly worried that this may generate even more intensified movements across Europe at the expenses of those countries which have more difficulties retaining their workforce. In a context of increased mobility and international exchange policy makers have to find effective ways to retain health professionals, attract new and former healthcare workers, retrain them to update their knowledge and competencies and also motivate them to provide good quality of care.

Keywords: migration, human resource, workforce, European Union

Bemutatkozik a Foglalkozás- egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége

Hirdi Henriett Éva

*alelnök, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola*

Dr. Balogh Zoltán

*elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest
tanszékvezető főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar*

Prof. Dr. Mészáros Judit

főiskolai tanár, intézetvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének megalakulása

A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségét (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) hat ápolói szervezet alapította 1993. március 21-én Windsorban (Egyesült Királyság). A Szövetséget 1996. június 27-én jegyezték be Brüsszelben non-profit szervezetként.

A Szövetség létrejöttének előzményei között érdekességként megemlítenéd, hogy már 1986-ban, az Edinburgh-ban megrendezett első Nemzetközi Foglalkozás-egészségügyi Szakápolói Konferencián megfogalmazódott azon felismerés, hogy valamiféle nemzetközi összefogásra lenne szükség a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén az egyes tagállami gyakorlatok összehangolása érdekében. A hat alapító szervezet ezt egy olyan nemzetközi szövetség létrehozásával és működtetésével próbálta megoldani, mely az Európai Unión belül működő foglalkozás-egészségügyi ápolókat képviselő nemzeti ápolási egyesületeket, szakdolgozói kamarákat és foglalkozás-egészségügyi ápolási egyesületeket, csoportokat tömöríti. (F. Baker, 1995; Hirdi H. et al., 2010)

A Szövetség öt fő célkitűzése az alapszabályában megfogalmazottak szerint:

1. az Európai Unió munkavállalóinak egészségvédelme, munkahelyi biztonságuk megteremtése és jóllétük segítése a szakápolás révén;
2. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók feladatkörének növelése;
3. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók elméleti és gyakorlati képzésének fejlesztése;
4. a foglalkozás-egészségügyi szakápolás, ápolóképzés és menedzsment területén folyó kutatások támogatása, az eredmények közzétételének biztosításával;
5. nyílt párbeszéd folytatása az Európai Unió egészségért, biztonságért, nép-egészségügyért felelős szervezeteivel, testületeivel, valamint európai ápolói szervezetekkel. (Hirdi H., 2009; Hirdi et al., 2010, www.fohneu.org)

A FOHNEU felépítése, munkamódszere

A FOHNEU megalakulása óta tagjainak száma évről-évre jelentős mértékben növekszik. Tagszervezetei között a néhány főből álló egyesületektől, a több ezres létszámú

szervezetekig valamennyi típus képviselteti magát. Az Szövetség 2004-ben indította el a jelenleg is folyó Ikerkapcsolati (Twinning) Programját, melynek feladata az újonnan csatlakozott tagállamok és a csatlakozásra váró országok foglalkozás-egészségügyi ápolói szervezeteinek felkutatása. Legutóbb a Szövetségbe tagként felvételre került szervezetek: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (2009), Román Ápolási Egyesület (2009), Máltai Ápolók és Szülésznők Egyesülete (2010), megfigyelőként felvételre került szervezetek: Istanbul University Florence Nightingale Nursing School (2010), Horvát Ápolási Egyesület (2011).

A FOHNEU 2011. áprilisában 20 tag-szervezetből és további 4 megfigyelői státuszban lévő szervezetből áll. Európai Unió tagországoként maximum két szervezet kérheti a tagfelvételét, a nem EU-s tagállamok szervezetei megfigyelőként csatlakozhatnak a Szövetséghez. A szervezetben minden tagországnak egy szavazata van, függetlenül a tagországból csatlakozott szervezetek számától, illetve fizetett tagdíja nagyságától.

A szervezet költségvetését egyrészt a tag-szervezetek tagdíjai teszik ki, melynek mértéke a képviselt foglalkozás-egészségügyi ápolók számával arányos. Másrészt reklámhoz, rendezvényekhez kötött szponzori támogatások adják bevételeit. A tagdíjából és támogatásokból befolyt összeg a találkozón való részvételre, a honlap fejlesztésére, valamint konferenciaszervezésre fordítódik.

A Szövetség legfőbb szerve a küldöttgyűlés, operatív szerve az elnökség, amelynek tisztségviselőit a küldöttgyűlés hároméves időtartamra választja meg a tagszervezetek jelölése alapján. A jelenlegi elnök Julie Staun (a Dán Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Egyesületének (Fagligt Selskab for arbejds miljøs ygeplejersker) leköszönt elnöke), aki 1999 óta tölti be ezt a tisztséget. Az alelnök Hirdi Henriett, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Közösségi és Hospice Szakápolás Tagozatának országos tagozatvezető-helyettese. Az elnökség további tagjai: Susan Pierrot titkár, a Francia Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Egyesületének tagja (Groupement des Infirmier(e)s du Travail (GIT)) és Eileen Sykes

gazdasági felelős, az Ír Ápolók és Szülésznők Szervezetének Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Szekciójának vezetője (Irish Nurses and Midwives Organisation - Occupational Health Nurses Section).

A FOHNEU évente kétszer ülésezik a tag-szervezetek és megfigyelő szervezetek delegációinak részvételével. A küldöttgyűlések helyszínéül többnyire a szervezetek székhelye szolgál. A küldöttek beszámolóval készülnek az ülésre, mely jelenleg már 8 témakört ölel fel: a foglalkozás-egészségügy politikai támogatottsága, nemzeti foglalkozás-egészségügyi egyesületek aktivitása nemzeti és uniós szinteken, szakápolók képzése, továbbképzése, az ikerkapcsolati program alakulása, a nemzeti „jó gyakorlat” ismertetése, a FOHNEU kongresszus-, valamint az EU-OSHA kampányprogramjának promóciója. A küldöttgyűlések közötti időszakban havonta elnökségi és negyedévente munkacsoportos online találkozók keretében van mód a tagok véleményének megvitatására.

A hatékonyabb működés érdekében a FOHNEU munkacsoportokat hozott létre, melyeket egy-egy koordinátor irányít. Jelenleg öt munkacsoport működik, amelyek: politikai, oktatási és kutatási, kongresszus-szervező, gazdasági, illetve az ad hoc. Valamennyi küldöttnek kötelezően feladatot kell vállalnia a FOHNEU valamelyik munkacsoportjában. A csoportoknak negyedévente beszámolót kell írniuk az elvégzett feladatokról a FOHNEU alelnöke részére.

A FOHNEU legfőbb eredményei

A FOHNEU oktatási és kutatási munkacsoportja 12 tagállam „foglalkozás-egészségügyi ápoló” definícióját összegyűjtve, azok közös pontjainak figyelembe vételével meghatározta a foglalkozás-egészségügyi ápolás új fogalmát. E szerint: A foglalkozás-egészségügyi ápolás célja, hogy a munkavállalók egészségét, biztonságát és jól-létét biztosítsa. Ezek megvalósulását a munkavállalók egészségi állapotának felmérésével, folyamatos ellenőrzésével és fejlesztésével, illetve a munkakörülményeket és a teljes környezetet javító stratégiák kidolgozásával éri el. („Occupational Health Nursing aims at

securing the health, safety and well-being of the workforce. This is achieved through assessing, monitoring and promoting the health status of the workers, and developing strategies to improve the working conditions and the total environment.”)

Az első célkitűzésével összhangban a FOHNEU 2008 óta hivatalos kampánypartner az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökségnek (EU-OSHA), és aktívan támogatja az Egészséges munkahelyek kampányt. Jelenleg a 2010-2011. évi Egészséges munkahelyek európai kampány keretében a balesetmentes és biztonságos karbantartást népszerűsíti. A második célkitűzés keretében a Szövetség részt vett az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kiadott EUR/01/5025463 számú „Foglalkozás-egészségügyi szakápolók tevékenységi köre a munkahelyi egészség menedzsmentben” című dokumentum elkészítésében.

A FOHNEU harmadik célkitűzésével összhangban, figyelembe véve a WHO 1996. évi Globális Stratégia a foglalkozás-egészséget mindenkinek (Global Strategy for occupational health for all) című kiadványában foglaltakat, mely a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó humánerőforrás képzésének fejlesztését is célul tűzte ki, még abban az évben kidolgozta a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés posztgraduális tantervét. A 2002-ben átdolgozott, korszerűsített tanterv felhasználásával indult el a Harmonising Occupational Health Nursing in the European Union (HOHNEU) program 2004-ben az Egyesült Királyság Sheffield-i Egyetemén, mely egy nemzetközi, on-line posztgraduális távképzési forma. A képzés végén a hallgatók mester fokozatot (Master of Medical Science MMedSci – Occupational Health Nursing) szerezhetnek. A 2002-ben átdolgozott tanterv jelenleg ismét aktualizálásra szorul, mivel a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások jelentőse megnövekedtek az utóbbi években.

A Szövetség az Európai Unióban foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szakápolók helyzetének (létszámának, képzettségének, feladatainak) megismerése céljából 2005-ben és 2009-ben egy-egy 22 kérdésből álló belső felmérést végzett. A fel-

mérések eredményei alapján megállapítást nyert, hogy az Európai Unión belül a foglalkozás-egészségügyi ápolók fő tevékenysége szinte egységesen az egészségnevelés, egészségfejlesztés és a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata. Emellett kiderült, hogy továbbra is jelentős eltérés található az egyes tagállamokban a foglalkozás-egészségügyi szakápolók létszámában, képzési rendszerében. (J. M.C. Staun, 2010., www.shef.ac.uk, Hirdi H. et al., 2010)

A FOHNEU negyedik célkitűzésének megvalósításához, vagyis a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén folyó kutatások eredményeinek közzétételének biztosításához rendkívül fontos esemény volt az első nemzetközi FOHNEU kongresszus megszervezése. Erre 1997-ben Brüsszelben (Belgium) „Health at Work – Everyone’s Business” címmel került sor. A második kongresszus 2000-ben zajlott Strasbourgban (Franciaország) „Europeans: making health and well-being at work, a real partnership”. A harmadik kongresszust 2003-ban Helsinkiben (Finnország) tartották meg „Connecting minds – Sharing the vision” címmel. 2007-ben „The Challenge!” címmel került megrendezésre a negyedik kongresszus Londonban (Egyesült Királyság). Jelenleg a FOHNEU V. Nemzetközi Kongresszusának szervezési munkálatai folynak, mely 2012. szeptember 19-21. között Tarragonában (Spanyolország) kerül megrendezésre, „Formáljuk a jövőt – Befolyásoljuk a változást!” (Embracing the future – Influencing change) címmel.

A FOHNEU ötödik célkitűzése keretében legutóbb levelet írt az Európai Bizottság Foglalkoztatási, Szociális és Esélyegyenlőségi Főigazgatósága felé a 2010. nyarán közzétett „A megfelelő, fenntartható és biztonságos európai nyugdíjrendszerek felé” című zöld könyvben foglaltakkal összefüggésben.

Magyarország és a FOHNEU

A FOHNEU írországi küldöttje Una Feeney 2004-ben Magyarországot választotta az iker-együttműködési program keretében. Hosszas előkészület után 2008-ban a Ma-

gyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a FOHNEU írországi képviselőjétől meghívást kapott a 28. találkozón való részvételre, melyre a spanyolországi Bilbaóban kerül sor. Magyarország – a 2004 óta az Európai Unióhoz csatlakozott országok közül első-

ként – kapcsolódott be a Szövetség munkájába és 2009. évtől vált teljes jogú taggá. Alig egy évnyi tagság után a FOHNEU a tagszervezetei jelölése alapján magyar alelnököt választott, mégpedig a Budapesten tartott 31. találkozóján. (Hirdi H. 2009)

Irodalomjegyzék

1. F. Baker. (1995): Occupational Health in the European Union. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 2.
2. Hirdi H. (2009): Beszámoló a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének 29. találkozójáról. Hivatásunk, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest, 2, 21.
3. Hirdi H., J.M.C. Staun, Mészáros J. (2010): A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, Budapest, 23(5):3-11.
4. J. M.C. Staun (2010. május 4.): Occupational Health Traditions, Development & The European Dimension. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napja. Budapest, előadás
5. <http://www.fohneu.org> (letöltés: 2011.04.10.)
6. MMedSci Occupational Health Nursing. <http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html> (letöltés: 2011.04.10.)

TÁJÉKOZTATÓ

EMBRACING THE FUTURE – INFLUENCING CHANGE
FORMÁLJUK A JÖVŐT – BEFOLYÁSOLJUK A VÁLTOZÁST

A FOHNEU V. Nemzetközi Kongresszusa
2012. szeptember 19-21. között
Tarragonában (Spanyolország) kerül megrendezésre



Bővebb információ: www.fohneu.org és www.fohneutarragona2012.com

Tisztelt Olvasó!

A Nővér folyóirat előző számában már olvashattok a hosszú idejű ellátással kapcsolatban egy európai szintű nemzetközi összefoglalást. Ezzel a Kitekintés rovatban új hagyományt kívánunk teremteni. A nemzetközi irodalmat az olvasóink közelébe kívánjuk hozni, azáltal, hogy egy-egy kiemelt témában megjelenő cikkek magyarra fordított értelmezéseit tesszük közé. A fordítások nem a teljesség igényével készülnek, a főbb gondolatokat kívánják kiemelni. Célunk az, hogy az eredeti irodalom elérhetőségének megadásával felkeltsük az érdeklődést, valamint gondolatokat ébresszünk olvasóinkban. Ezzel kívánjuk közelebb hozni a külföldi szaklapokban megjelent érdekes, új megközelítéseket adó alkotásokat.

Vállalkozó kedvű Olvasóinktól várjuk a hasonló céllal készült nemzetközi kitekintéseket.

Szerkesztőség

Szemelvények az eutanáziával kapcsolatos nemzetközi cikkekből

Raskovicsné Csernus Mariann

tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék

Varga Hajnalka

főiskolai hallgató, Szent István Egyetem Egészségtudományi és
Környezetegészségügyi Intézet, Egészségügyi Fakultás

Janet Holt:

Az eutanáziához kapcsolódó ápolói beállítódás: az empirikus tanulmányok és módszertani aggályok hatása az ápolás gyakorlatára

(Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice, Nursing Philosophy (2008), 9. pp. 257-272)

A cikk bemutatja az Egyesült Királyságban az aktív, önkéntes eutanáziát kísérő vitákat és ismerteti az eutanázia, támogatott öngyilkosság jogi helyzetét. Megállapításai az ápolók hozzáállását vizsgálják a nemzeti és nemzetközi szakirodalomban szereplő tanulmányok áttekintésével. Az alkalmazott módszertan felülvizsgálja a kutatás tervezési és adatgyűjtési módszereit, a probléma megértését célzó meghatározásokat és az attitűd mérési eredményeket. A cikk következtetése,

hogy az e területtel kapcsolatos viták befolyásolják az ápolás gyakorlatát.

A Bevezetésben a szerzők rövid fogalmi meghatározásokat adnak, így:

⇒ aktív eutanázia: szándékos cselekményként segíteni a másik beteg embert a halálba

⇒ passzív eutanázia: úgy halálba segíteni a beteget, hogy a kezelés visszautasítása történik

- ⇒ önkéntes: a beteg kérésére történő
- ⇒ önkéntelen: a beteg képtelen a beleegyezését adni
- ⇒ aktív önkéntes eutanázia: végstádiumban lévő betegnek halált okozó gyógyszert adni
- ⇒ asszisztált öngyilkosság: gyógyszert felírni a betegnek, hogy ő saját maga öngyilkosságot kövessen el.

A klinikai ellátás gyakorlatában az újraélesztéstől való eltekintés során, a mesterséges eszközökkel történő életben tartás kérdéseiben merül fel az eutanázia.

A terminális állapotban lévő betegek akár intézményi, akár közösségi ápolásában az alapvető gondozási tevékenységeken kívül (higiéné, kényelem, táplálkozás stb.) az ápolók feladatkörébe tartozik a diagnosztikus vizsgálatok és gyógyszerek felírása és kezelése is (NHS, 2000). Ez a kiszélesített ápolási felelősség azt vonja maga után, hogy a haladékos beteg ápolásában az eutanáziával kapcsolatosan is lényeges az ápolói hozzáállás.

Az angol jogban szándékosan elvenni egy másik ember életét gyilkosságnak minősül. Ha valaki a saját életét oltja ki nem számít bűncselekménynek, ha az ebben való közreműködésben bűnösnek találják valakit, az 14 évvel járó szabadságvesztéssel büntetendő. (Pattinson, 2006)

Az eutanázia továbbra is ellentmondásos és széles körben vitatott téma, mind jogi, mind erkölcsi, mind filozófiai értelemben is, melyekről számos szakirodalom szól.

Az ápolók eutanáziához való hozzáállásáról kevesebb tanulmány készült. Alapvetően említették meg, hogy az eutanázia összeegyeztethetetlen az ápolói gyakorlattal.

A történelmi visszatekintésben szükséges megemlíteni a náci eutanáziát, amikor az ápolók aktívan részt vettek több, mint 10 000 ember meggyilkolásában.

A „kortárs” eutanáziával kapcsolatban érdekesebb az ápolók hozzáállásai:

- ⇒ Benedict és mtsai (2007) irodalomkutatása szerint az ápolók között már vannak olyanok, akik a beteg szenvedéseinek a csökkentése miatt vállalkoztak eutanáziára.
- ⇒ Kitchener (1998): Ausztrália fővárosi intézményében készült felmérés során (n=1218) a megkérdezett ápolók 70%-a

venne részt aktív eutanáziában a gyógyíthatatlan betegek ellátásába.

- ⇒ Asch (1996): amerikai sürgősségi ápolók körében végzett felmérése során a megkérdezettek 16%-a jelezte, hogy vett részt az eutanázia gyakorlatában, sőt további 4% számolt be arról, hogy úgy segített az orvosnak az eutanáziában, hogy úgy tett, mintha életfenntartó kezelést rendelt volna el.

Ezekben az utóbbi 2 vizsgálatokban a szerzők bíralták az ápolókat és aggodalomnak adtak hangot a média potenciálisan káros hatásairól az ápolókról kialakított képromlása miatt.

Hollandiában 2001. április 10-én, Belgiumban 2002-ben legalizálták az eutanáziáról szóló törvényt. A szabályozás hasonló, csak az orvos által elvégzett eutanáziát engedélyezi. (Gastmans et al., 2006)

A brit ápolók eutanáziához való hozzáállását mutatja Pyne és Booth 1995-ben készült leíró felmérése, melyen a megkérdezettek többsége egyetértett az eutanázia biztosításával. 2003-ban 2709 ápolóból 31% gondolta ugyanazt. (Hemmings, 2003)

Problémák figyelhetők meg az eutanázia fogalmi meghatározásában is. Rietjens és mtsai (2006) vizsgálatában az aktív eutanáziáról szándékosan adott halálos anyag esetén beszélnek. Passzív eutanázia a kezelés visszatartását jelenti, mely utóbbi magában foglalja a terminális szedációt, valamint a táplálék- és folyadék visszatartását.

Erkölcsi megfontolásban a következményetika elveként az ún. „kettősség elve” jelenik meg. Pattinson (2006) szerint az orvos jogsúlya megtenni mindazt, ami helyes és szükséges, enyhíti a fájdalmat és a szenvedést, akkor is ha az intézkedésekkel csökkenti az emberi életet.

Az eutanáziával kapcsolatos beállítódás vonatkozásában az alábbi változók szignifikánsak:

- ⇒ életkor
- ⇒ nem
- ⇒ vallás
- ⇒ állampolgárság
- ⇒ ápolói szakmai területek

Az attitűd meghatározásra 1995-ben Takeo és mtsai fejlesztettek ki kérdőívet, 1992-ben Shuman és mtsai ún. eutanázia

ideológia skálát használtak, Adams és mtsai 1978-ban először 5 pontos Likert skálát alkalmaztak.

Lényeges vizsgálati fejezet az ápolói gyakorlatra való kihatás. Az ápolói gyakorlat minden területén, de különösen a halálos betegekkel foglalkozó ápolók körében jelentkezik, és nagy problémát okoz az eutanáziával kapcsolatos etikai dilemma.

Ahhoz, hogy az ápoló kezelni tudja a gyakorlatban jelentkező problémákat (döntésho-

zatal, kezelés visszautasítása) erkölcsi, jogi és szakmai ismeretekkel kell rendelkeznie.

Az eutanáziával kapcsolatos attitűdvizsgálaton kvantitatív módon értelmezik az ápolók beállítódását, azonban fontos a viselkedés, az ápolók magatartásának a megértése is.

Összességében elmondható, hogy az ápolói beállítódástól függetlenül az eutanázia hatással lesz a klinikai gyakorlatra és a betegellátásra.

Toon Quaghebeur, Bernadette Dierckx de Casterlé, Chris Gastmans:

Ápolás és az eutanázia: a bizonyítékon alapuló etikai szakirodalmak áttekintése

*(Nursing and euthanasia: a review of argument-based ethics literature,
Nursing Ethics (2009), 16 (4), pp. 466–486)*

Bevezetés

Az eutanázia továbbra is vita tárgyát képezi.

Eutanázia miatti halálesetek: Olaszország (0,04 %), Dánia (0,06 %), Svájc (0,27 %), Flandria- Belgium (0,3–1,2 %), Ausztrália (1,7 %), Hollandia (1,7 %).

2002 óta az eutanázia csak Hollandiában és Belgiumban engedélyezett megfelelő törvényi feltételek mellett.

A holland és belga jogszabályok és az eutanázia irodalmak szerint a fő szerepe, felelőssége az orvosoknak van, de érinti az ápolókat is.

Empirikus kutatás: Belgiumban és Hollandiában, valamint olyan országokban ahol nincs jogszabály az eutanáziáról, ilyen USA, Ausztrália, Japán, Kanada, Új-Zéland.

Szükség van egy ápolás etikai állásfoglalásra, hogy az ápolók kifejezhessék véleményüket az eutanáziával kapcsolatban.

Nincs bizonyítékon alapuló irodalom az ápolás és eutanázia kapcsolatában.

A mélyreható tanulmányok lehetőséget adnának arra, hogy az ápolók kifejtsek ál-

lásponjtjukat az eutanáziával kapcsolatban arra vonatkozóan, hogy részt vegyenek benne vagy sem.

Eredmények

Etikai érvek az eutanáziáról kapcsolatos elvekről

Az orvosi etika négy alapelvéről vita van ápolói körökben:

1. Tisztelet az autonómia iránt

A beteg eutanázia iránti óhaját, döntését tiszteletben kell tartani, akkor is ha nem értenek vele egyet, vagy nem akarják elvégezni a beavatkozást. Az ápolásetikailag is van az eutanáziának 4 kritériuma, melyek a következők: az eutanázia magában hordoz egy másodlagos jelentést; nem igazán igazságszolgáltatás; eutanázia, mint szociálisan indokolt választás lehetősége; az autonómiával való visszaélés.

2. Nem ártani elve

Az ártás elvét az ápolási szakirodalmak is elutasítják. Az élet szentsége, sérthetlensége, az élet, mint ajándék fogalmazódik meg.

3. Jótékonyság

Az eutanázia jótékonyság elve kétélű kard: támogató vagy ellenálló. Több kérdés felmerül az ápolásetikában, pl.: Meglehet racionálisan ítélni valaki életének értéktelenségét?

4. Igazságosság

A szakma etikai érvei az eutanáziával kapcsolatban

1. Bizalmon alapuló ápolási gyakorlat
2. Az ápoló, mint független erkölcsi „résztevő”
3. Szakmai integritás az eutanázia funkciójában

Etikai elvek az eutanázia fogalmához kapcsolódóan

1. Az eutanázia, mint ápolási csúcspont
2. Az eutanázia, mint kihívás

Megbeszélés

Hollandiából, ahol leghamarabb vezették be az eutanázia törvényi szabályozását, csak két tanulmány származik, míg Belgiumban, ahol szintén legális az eutanázia, nem történt áttekintés.

Alapelvű és ápolás-orientált megközelítések az ápolásetikában

41-ből 31 alapelv látszólagosnak tűnik, melynek oka, hogy a fő irodalom angolszász eredetű. Az ápolás orientált megközelítés kihívást jelent.

Az ápolásetikai és ápolás-orientált érvek fogalmi kapcsolatot mutatnak. A tanulmányok fele ápolás-orientált, melyek szakirodalmi összeegyeztethetlenség tartotta az eutanáziát az ápolással.

Több definíció: klinikai ellátás, palliatív ellátás, terminális vagy ápolási gondozás.

További kutatásokra van szükség, hogy tisztázzák az etikai érveket az eutanáziával kapcsolatban.

Bizonyítékon alapuló és empirikus irodalom

Itt az empirikus és filozófiai etika kölcsönhatására fókuszáltak. A bizonyítékon alapuló szakirodalmak és empirikus vizsgálatok hasonlóságot mutattak, de számos kiegészítő és ellenérveket is tartalmaztak.

Etikai érvek és a klinikai gyakorlat összefüggése

Ezek főként elméleti és elvi alapú érvek, melyekben a speciális intézményi és társadalmi kontextusok beágyazottan vannak jelen.

Megjelenik az orvos tettének célja, az osztály struktúrája, a betegellátásra fordított idő, a jogi háttér, de mindezek mellett fontos meghatározni, hogy milyen mértékben vegyenek részt az ápolók az eutanáziát kért beteg ápolásában.

Az ápolók etikai szinten éreznek hiányszavakat. Az állásfoglalások nem kerültek bele az etikai kódexbe. Forszírozzák az ápoló részvételének mértékét az eutanáziát kérő beteg ápolásával kapcsolatban.

4 területre hívja fel a figyelmet:

1. az eutanázia és ápolás kapcsolatának pontosítása,
2. párbeszéd a bizonyítékon alapuló etikai tanulmányok és tapasztalati tanulmányok eutanáziáról szóló eredményei között,
3. szakmai szervezetek állásfoglalása az eutanáziával kapcsolatban, az etikai kódex tanulmányozása, annak érdekében, hogy meghatározható legyen az, hogy az ápoló milyen mértékben legyen bevonható az eutanáziát kérő beteg ápolásába.
4. ápolók ösztönzése, valamint az ezzel kapcsolatos kutatás, publikáció

Gratulálunk!

A Magyar Ápolási Egyesület a magyar ápolók munkájának elismeréseként és nemzeti identitásának erősítése érdekében Kossuth Zsuzsanna, a magyar ápolók példaképének születésnapját, február 19-ét a magyar ápolók ünnepévé kívánja tenni ezért hagyományteremtő céllal, első alkalommal rendezte meg a Magyar Ápolók Napját. Az ünnepségen Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár, a köztársasági elnök felesége, Schmittné Makray Katalin jelenlétében szakmai elismeréseket adott át.

Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:

Boros Károlyné a Kanizsai Dorottya Kórház osztályvezető főnővére,

Hornnyák Jánosné a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház ápolási osztályvezetője,

Dr. Juhász Árpádné a Fejér Megyei Szent György Kórház Szociális Csoportjának vezetője,

Kiss Imre Miklósné a Zala Megyei Kórház Általános Sebészeti Osztályának főnővére,

Dr. Kruppainé Kácsor Erika a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház ápolási igazgató helyettese,

Sipócz Katalin a soproni Egyesített Szociális Intézmény igazgatója,

Szabó Katalin a Mátészalkai Területi Kórház Nonprofit Kft. ápolási igazgatója.

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként:

Dr. Borosné Nagyváradai Zsuzsanna a Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány hospice szakápolója és koordinátora,

Keserűné Juhász Erzsébet a Szegedi SZEFO (Szegedi Fonalfeldolgozó) Zrt. Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat foglalkozás-egészségügyi ápolója,

Kiss Teréz a Vas megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Kft. Ideg- és Gerincsebészeti Osztályának ápolója.

Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Barta Erika a Szent Rókus Kórház és Intézményei steril vezetője,

Bendó Zoltán Józsefné a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Mozgásszervi Sérültek Osztályának ápolója,

Benkő Lászlóné a Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt. **Ápolási Osztályának** osztályvezető ápolója,

Bogláriné Szilágyi Erzsébet a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ ápolási igazgató helyettese,

Dr. Asztalosné Haskó Szilvia a Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórház intézetvezető szakoktatója,

Erdélyi Józsefné a Mátészalkai Területi Kórház Nonprofit Kft. osztályvezető főnővére,

Farkas Andrea a Sopron Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Egészségügyi Alapellátási Csoportjának egészségügyi szakreferense, csoportvezetője,

Gajdacsiné Daróczi Margit a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ intézetvezető főnővére,

Göncziné Takács Magdolna a Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft. szociális munkása,

Kasziba Zsuzsanna a Komlói Kistérségi Többcélú Önkormányzati Társulás Szociális Szolgáltató Központ intézményvezetője,

Lukács Józsefné a pásztoi Margit Kórház ápolási igazgatója,

Nagyné Fucskó Enikő a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ intézeti szakoktatója,

Taba Amália a Fejér Megyei Szent György Kórház osztályvezető főnővére,

Vincze Margit a berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház osztályvezető főnővér-helyettese.

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Ba-

Ieseti Központ I. Krónikus Belgyógyászati Osztály Kollektívája.

A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke az Egyesület keretében az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, kiemelkedő tevékenysége elismeréseként **Kossuth Zsuzsanna-díj** kitüntetésben részesítette

Ináncsi Juliannát a Fejér Megyei Szent György Kórház osztályvezető főnővérét,
Rigó Máriát a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház ápolási igazgatóját.

A Magyar Ápolási Egyesület **Józsa Judit** kerámiaszobrászt, aki Magyar Nagyasszonyok sorozatán belül megformálta Kossuth Zsuzsannát, a szabadságharc főápolónőjét **tiszteletbeli ápolóvá** fogadta.

Gratulálunk!

Nemzeti ünnepünk, március 15. alkalmából a nemzeti erőforrás miniszter és a közigazgatási államtitkár egészségügyi szakmai kitüntetéseket adományozott.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate díjban** részesült:*

Fontányi Zsoltné a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorhaza Központi Műtő Szolgálatának műtős szakasszisztense,

Juhász Ilona a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikájának nyugalmazott klinikai főnővére.

*A **Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele elismerésben** részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként:*

Gellér Attiláné Ópályi Község Önkormányzatának védőnője,

Németh Irén Érd Megyei Jogú Város Szakorvosi Rendelőintézetének vezető védőnője,

Stibrányi Mártonné Érd Megyei Jogú Város Szakorvosi Rendelőintézetének vezető védőnője.

***Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben** részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:*

Képes Zoltánné a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinikájának intézetvezető asszisztense,

Czepány György a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Neurológiai Klinikájának betegkísérője,

Hradeczky Katalin a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Neurológiai Klinikájának klinikai főnővére,

Pataki Ferencné a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorhaza Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztálya osztályvezető főnővére,

Schranez Erika a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának osztályvezető ápolója.

*A **Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben** részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Klinikai Menedzserek Csoportjának munkatársai,

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás Munkacsoportja,

Szombathely Megyei Jogú Város Védőnői Szolgálatának védőnői.

eTovábbképzés

internetes vizsgarendszerek

Akár továbbképzésenként
20-40 Kreditpont minden
Kamaratagnak
díjmentesen!

Továbbképzés otthon

Nincs utazási vagy szállásköltség, Ön nyugodtan vizsgázhat egész évben otthonról. Hamarosan indul a Magyar Egészségügyi Szakdolgozók Kamarájának online továbbképzési programja.

www.etovabbkepzes.hu

www.meszk.etovabbkepzes.hu



secnet
internet service



