

Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai

Pásztor Krisztina, mb. ápolási igazgatóhelyettes
Semmelweis Kórház – Miskolc

Összefoglaló

Az egészségügyi dolgozók hivatásuk gyakorlása közben modellként jelennek meg a betegek előtt, így viselkedésük, egészségükhöz való viszonyuk példaértékű, s ennél fogva befolyással lehetnek az egész lakosság egészségi állapotára. Az ellátást nyújtók egészségmagatartása számos ponton eltérhet az átlag lakosságtól, melynek oka éppen az ellátás közelsége, a kapcsolatok összefonódása lehet. A szerző a témában kérdőíves vizsgálatot végzett a miskolci Semmelweis Kórház egészségügyi dolgozóinak körében. Az eredmény magáért beszél, az egészségügyi dolgozók egészségmagatartása a hipotéziseknek megfelelően számos ponton eltér az átlag lakosságtól. Összességében megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók egészségmagatartása is változtatásra szorul, melynek érdekében fontos a szemlélet-formálás és az egymás iránt való elkötelezettség, a nagyobb figyelem.

Bevezetés

Az egészség-betegség ellentétpárak a történelem folyamán koronként és kultúránként számos változata ismert. Az egészség fogalma sohasem objektivizálható, ezért mint *szükséglet* sem határozható meg objektíven. Az egészségképet alapvetően az orvostudomány fejlettsége, a lakosság átlagos egészségi állapota, valamint a társadalmi minták határozzák meg. (Kincses, 1999) A munkaminőségtől függően az egyénnel szemben támasztott szerepelvárások eltérőek, s ez a tény döntően hozzájárul az egészségfogalom viszonylagosságához. (Spielmann, 1984) A betegségek kialakulásában különböző társadalmi mutatók is szerepet játszanak, mint a kor, nem, anyagi helyzet. A civilizált társadalmakban a 40 és 50 év közötti korcsoport jelenti azt a metszéspontot, ahol megfordul az egészségesek és betegek aránya. Egyértelműnek mutatkozik a jövedelem jelentősége, a magas jövedelműek egészségi állapota mondható a legjobbnak, ami egy országon belül csakúgy igaz, mint a föld országainak összehasonlításában. (Andorka, 1997) Az egyén azonban éppúgy felelős saját egészségéért, mint a társadalom, amelyben él és dolgozik. Magyarországon az egészségügy az egyik legnagyobb létszámmal dolgozó szolgáltatás, amelyben az összes munkavállalónak kb. 5%-a dolgozik. Általánosan elfogadott nézet, hogy az életésélyek alakulásában meghatározó szerepe van az egészségügyi ellátás minőségének. A magyar egészségügy jó hozzáférésű, magas színvonalú szolgáltatásokat nyújt, teljesítménye azonban a lakosság szemében mélyen és méltatlanul alulértékelt. (Buda, 1998) Az "egészségügyi dolgozók" egy társadalmi csoport, mely (csakúgy, mint számos csoport) magán viseli a csoportra jellemző sajátosságokat. Tagjaik egy vagy több közös ismervvel rendelkeznek, hiszen mindannyian az egészségügyben dolgoznak. Úgynevezett "mi" tudat él a csoportban, s mivel az egészségügyön belül az iskolai végzettség és a munkamegosztásban elfoglalt hely szerint igen széles lehetőségek adóttak az egyén számára, ezért ezen a nagy csoporton belül további tagozódás figyelhető meg. (Kalapács, 1987) Az egészségügyi dolgozók hivatásuk gyakorlása közben modellként jelennek meg a betegek előtt, így viselkedésük, egészségükhöz való viszonyuk példaértékű lehet, az egészségügyi ismereteik szintje azonban nem feltétlenül pozitívan befolyásolja az egészségmagatartásukat. (Armstrong, 1995) Ahhoz, hogy az egészségügyben dolgozók a társadalom számára jó egészségmagatartás-mintául szolgálhassanak, fontos a folyamatos tájékoztatás és képzés.

Egészség-magatartás alatt az egyén azon társadalmilag meghatározott, egyéni értelmi-érzelmi motivációit, tudatos v. öntudatlan cselekedeteit értjük, amelyeket testi és lelki egészsége megővására fogyanatosít, betegségtünetek észlelésekor pedig mihamarabb orvoshoz fordul. Noha az egészség-magatartás társadalmilag determinált, az egyén sajátos személyiség szerkezetének is hű tükre. Az orvos egyfajta "nyomozó", aki a betegségekre jelek, tünetek alapján következtet. Ez a logika a betegről azt kívánja meg, hogy szimptomáit orvoshoz vigye és azokról beszámoljon. Sajnos az emberek nem mindig viselkednek ennek megfelelően, azaz tüneteiket nem minden esetben értelmezik a segítségkérésre felhívó jelként. Némelyek súlyos betegség tüneteit érzékelve sem, vagy csak későn fordulnak orvoshoz, míg mások jelentéktelen panaszokkal is gyakran keresik fel a gyógyító intézmények valamelyikét. A tünetek feldolgozásának módja meghatározza a cselekvést, mely a beteg szemszögéből egy döntési folyamatnak felel meg. (Losonczy, 1998) Az orvoshoz fordulás arányát elsősorban a tartós betegségek növelik.

Vizsgálati minta és módszer

A vizsgálat a miskolci Semmelweis kórház egészségügyi dolgozóira terjedt ki, az intézményben közel 1500 főt alkalmaznak. 14 osztály 32 részlegén az osztályvezető főorvosok, osztályvezető főnővérek és vezető asszisztensek segítségével a fekvőbeteg-ellátással foglalkozó osztályokon szétosztottam összesen 126 db kérdőívet. Figyelembe vettem az osztályok dolgozóinak összlétszámát, s ennek arányában osztottam el a kérdőíveket. Az osztályon belüli mintaválasztás véletlenszerűen történt. A kapott minta tehát 126 fő egészségügyi dolgozó, vagyis az egészségügyben tevékenykedő, bármely egészségügyi szakképesítéssel (ápolási asszisztensitől az orvosi képesítésig) rendelkező személy.

Adatgyűjtés módja: kérdőíves megkérdezés, egyéni, önkitöltéses kérdőívvel. A kérdőív összesen 19, többségében zárt kérdést

tartalmaz. A kérdőív összeállításánál különböző dimenziók köré csoportosítottam a kérdéseket, ezek a következők voltak:

- I. Demográfiai tényezők
 - Nem
 - Életkor
- II. Lakóhely
- III. Végzettség
 - Iskolai
 - Szakmai
- IV. Munkavégzéssel kapcsolatos tényezők
 - Munkarend
 - Egészségügyben eltöltött évek száma
 - Munkahelyi ártalom
- V. Egészségi állapottal összefüggő tényezők
 - Szubjektív egészségi állapot
 - Objektív egészségi állapot
 - Krónikus betegség
 - Állandó gyógyszerszedés
- VI. Egészségmegőrzés, prevenciós szemlélet
 - Egészség, mint érték
 - Önkéntes szűrővizsgálat
 - Munkakörhöz szükséges szűrővizsgálat
- VII. Orvoshoz fordulás
 - Orvosi kezelést igénylő betegségek, tünetek
 - Kihez fordul panaszával
- VIII. Következmények
 - Mikor volt utoljára táppénzen?
 - Igénybe veszi-e a táppénzes állományt?
 - Ha nem, miért?

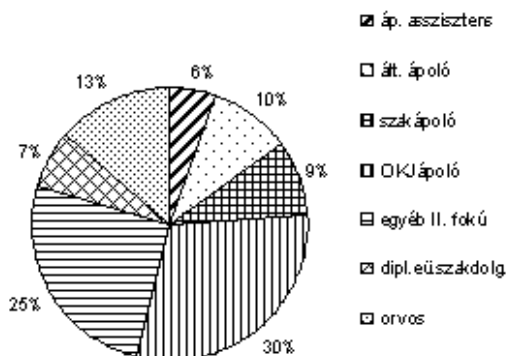
Hipotézisek

- Az egészségügyi dolgozók legtöbbször nem a hivatalos utat választják az orvosi ellátás igénybevételére, azaz nem a saját háziorvosuknál jelentkeznek tüneteikkel, hanem munkatársuk segítségét kérik.
- Az egészségügyi dolgozók szakmai ismereteikre támaszkodva felismerik azokat az állapotokat, amelyek valóban orvosi segítséget igényelnek.
- Minél régebben dolgozik az egészségügyben az egyén, annál valószínűbb, hogy az orvosi ellátást "saját berkekben", azaz a hivatalos úton kívül veszi igénybe.
- Szakmai ismereteik ellenére az egészségügyi dolgozók jelentős hányada nem veszi igénybe a megelőző szűrővizsgálatok által nyújtott lehetőségeket.

Megbeszélés

Figyelembe véve, hogy a vizsgálat célcsoportjául az egészségügyi dolgozókat választottam, ez szakmai végzettséget tekintve igen széles spektrumot ölel fel. A válaszadók összetétele az 1. ábrán látható.

1.ábra: A vizsgálati minta szakképzettség szerinti összetétele
(n=126)



Az egészségügyi dolgozók 100%-a ki van téve valamilyen munkahelyi ártalomnak. Legtöbbször érintkeznek valamilyen testnedvvel, váladékkal, amelyeket potenciálisan fertőzőnek kell tekinteni. Az egészségügyben uralkodó helyzet következményeként kevesebb a dolgozó az ideális létszámnál, ebből következik, hogy valamennyien többlet fizikai, illetve pszichikai terhelésnek vannak kitéve. A kérdőív egyik kérdése arra vonatkozott, hogy mennyire vannak tisztában, illetve mennyire tartják számon az egészségüket befolyásoló káros munkahelyi tényezőket. A kérdésre, hogy munkavégzése során ki van-e téve valamilyen munkahelyi ártalomnak, a

megkérdezettek 94%-a (118 fő) igennel, 3%-a (4 fő) nemmel, további 3% (4 fő) egyáltalán nem válaszolt.

Ebből arra lehet következtetni, hogy az egészségügyi dolgozók e tekintetben megfelelő ismerettel rendelkeznek, a munkavégzésük során felmerülő káros tényezőket felismerik. Legtöbb esetben biológiai kockázatot, fertőzés létrejöttének lehetőségét nevezték meg, majd második helyen a kémiai kockázat (gázok, gőzök, gyógyszerek) szerepelt. A harmadik helyen áll a fizikai ártalmak összessége, melyek között elsősorban a röntgen-sugárzást, a szoros munkatempót, a neonvilágítást említették. Végül negyedik helyen a pszichés terhelés került említésre, ezen belül is az “állandó stressz-állapot” az, amit a legtöbben megneveztek.

Az egészségügyi dolgozók szakmai ismereteik birtokában esetleg másképpen szemlélik az egészséget, az ő számukra még inkább értéket kell, hogy képviseljen. A kérdőív 4. kérdésében különböző értéket kellett a megkérdezetteknek rangsorolni. Tulajdonképpen nem voltam kíváncsi arra, hogy pontosan milyen fontossági sorrendbe állítják az értékeket, hiszen közöttük vannak egyformán fontos dolgok is. A kérdés lényege az volt, hogy ebből a sokaságból az “egészség” hányadik helyet foglalja majd el. Erre a kérdésre 107 válasz érkezett, az 1. táblázat szemlélteti az értékek ennek alapján kialakult sorrendjét.

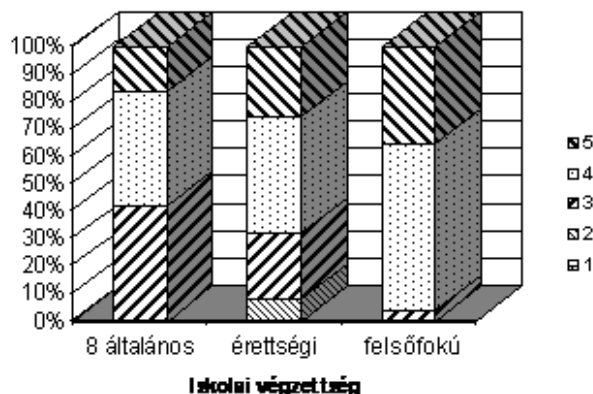
1. táblázat: Az értékek rangsora

sorrend	érték
1	Egészség
2	Szeretet
3	Gyerekek
4	Családi béke
5	Becsület
6	Bizalom, megértés
7	Lakás
8	Pénz
9	Barátok
10	Jó munkakörnyezet
11	Autó

Az eredmény arra enged következtetni, hogy az egészségügyi dolgozók, akik annyi meg annyi betegséggel, emberi sorssal szembesülnek munkájuk során, pontosan tudják, hogy mit ér az egészség. Ez azonban pusztá elmélet, s a gyakorlat nem mindig ezt mutatja, ami a későbbiekben láthatóvá is válik.

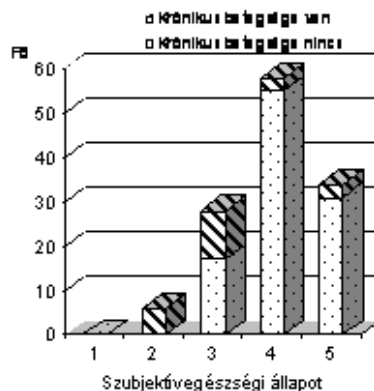
A jó munkakörnyezetet például, ami fizikai és szociális környezetet egyaránt jelent, az utolsó előtti helyre rangsorolták, miközben tudjuk, hogy milyen komoly hatással bír az egyén egészségi állapotára. Az egészségi állapot, mint ismeretes nehezen megfogható, objektív módon nem mérhető tényező. A kérdőívben három kérdés található, amely ezzel összefüggésben áll. A kérdőív 3. kérdése: Milyennek ítéli meg saját egészségi állapotát? Jelölje be egy 5 fokozatú skálán, ahol az 1-es a legrosszabb, az 5-ös a legjobb állapotot jelöli, majd ez néhány ismervvel külön összehasonlításra került. Az egészségi állapot szubjektív megítélésének arányait az iskolai végzettség szerint összefüggésben szemlélteti a 2. ábra.

2. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélésének arányai az iskolai végzettség szerint (5 fokú skála, 1= legrosszabb, ... 5=legjobb)



Az eredményből egyértelműen leolvasható, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők egészségesebbnek érzik magukat. Az egészségügyben a különböző végzettségű emberek orvos-szakmai ismereteit tekintve is igen nagy különbségek vannak. A megkérdezett felsőfokú végzettségűek többsége orvos, így ismerve a betegségek természetét, azok ellen hatékonyabban tudnak fellépni, s talán ez az egyik oka, hogy valóban egészségesebbnek tekintik magukat. Külön megkérdeztem, hogy a válaszadónak van-e valamilyen krónikus betegsége, vagyis összevettem a szubjektív és objektív egészségi állapotot. (3. ábra)

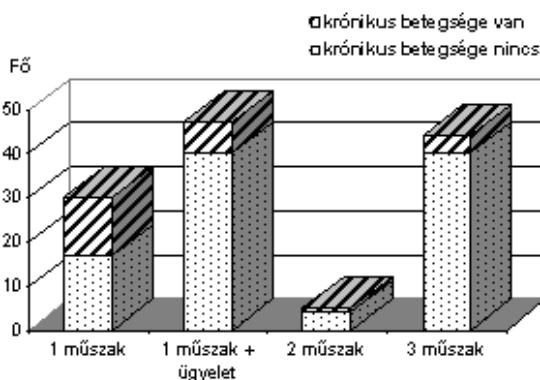
3. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélése szerinti csoportokban a krónikus betegség előfordulása



Az összes megkérdezett 27%-a (34 fő) tartja közepesnek vagy rossznak az egészségi állapotát. Ezen belül, akik 2-esre értékelték azt, mindegyikük szenved valamilyen krónikus betegségben. Úgy tűnik, az egészségügyi dolgozók körében jobban korrelál egymással a krónikus betegség megléte vagy hiánya, ill. a szubjektív egészségi állapot megítélése, mint az egészségügyi ismeretekkel nem, vagy csak kevésbé rendelkező átlag lakosságnál. Ez magyarázható talán az orvostudomány még ma is meglehetősen szomatikus szemléletű voltával. Meglepetést inkább az a csoport okozott, akik közepesre értékelték saját egészségi állapotukat, közöttük ugyanis a krónikus betegek aránya csupán 39%. Ebben a csoportban tehát a többség (61%) anélkül, hogy bármilyen krónikus betegség elszenvedője lenne, nem tartja jónak a saját egészségi állapotát. Ennek oka lehet például a közelmúltban elszenvedett komolyabb akut betegség is. A teljességhez hozzátartozik, hogy az átlag lakossághoz hasonlóan, a megkérdezettek körében is előfordul, hogy meglévő krónikus betegség mellett is jónak tartja az egészségi állapotát valaki. Az ötfokozatú skálán 4-est, 5-öst bejelölők között összesen 6 fő.

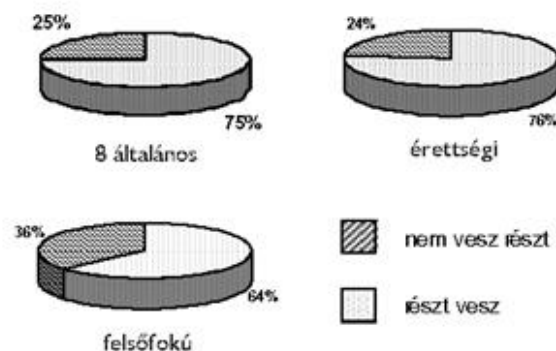
A szubjektív egészségi állapot megítéléséből az összehasonlítások során részben már megközelítettük az objektív egészségi állapotot. Erre vonatkozóan a kérdőívben két kérdés szerepelt: Van-e krónikus betegsége? Szed-e valamilyen betegségre folyamatosan gyógyszert? Mivel a kettő a válaszokban gyakorlatilag majdnem teljesen fedte egymást, csak a krónikus betegség figyelembevételével történnek további összehasonlítások. Ismeretes az életkor és a krónikus betegségek kialakulásának összefüggése. A vizsgált mintában ez az átlag lakosság adataihoz hasonlóképpen alakult. Az 51 éves, vagy azon felüli korcsoportban a fiatalabb csoporthoz képest duplájára emelkedett azon dolgozók száma, akik valamilyen krónikus betegségben szenvednek. Ami meglepő volt, hogy a 18-30 év közötti korosztályban ez az arány 18,5%, aminek az oka nem ismeretes, hiszen a betegség jellegére vonatkozó kérdés nem szerepelt a kérdőívben. A krónikus betegség témakör más aspektusokból is vizsgálatra került, így az iskolai végzettséggel összehasonlítva is. A vizsgálatból kiderült, hogy míg a 8 általánost végzettek illetve az érettségizettek között szinte azonos számban fordul elő krónikus megbetegedés, addig a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében ez szignifikánsan alacsonyabb, csupán 9%. Ez a különbség az egészségügyi dolgozóknál talán még markánsabb, hiszen az egészségügyi szakirányú felsőfokú végzettség törvényszerű velejárója a betegségek természetének, kialakulásának s ezzel együtt a megelőzési stratégiáknak alapos ismerete. Végül a krónikus betegséget a munkarenddel összehasonlítva is érdekes eredmény született. (4.ábra)

4. ábra: Krónikus betegség előfordulása a vizsgálati minta munkarend szerint kialakított csoportjaiban



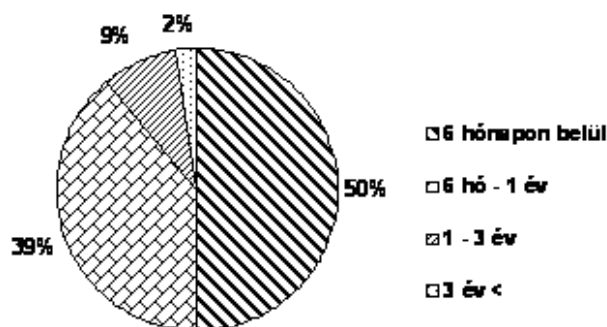
Látható, hogy a legtöbb krónikus betegséggel bíró egyén éppen az 1 műszakos munkarendben dolgozók között található. Ennek praktikus magyarázata lehet, hogy részben egy műszakban az idősebb korosztály dolgozik, ill. pontosan azok, akik betegségüknél fogva már nem tudják vállalni a többműszakos munkarenddel járó igénybevételt. Másik magyarázatként szolgálhat, hogy a középvezetők is ebbe a csoportba tartoznak, akik a legtöbb pszichés kockázatnak vannak kitéve és azt tudjuk, hogy ezen kockázati tényező milyen nagy jelentőségű a szomatikus betegségek kialakulásában. A betegségmegelőzés, prevenciók szemlélet témaköréből három kérdés került a kérdőívbe, amelyek közül az egészség, mint érték a korábbiakban már tárgyalásra került. Talán a hozzáállás mérésére legkézzelfoghatóbb az önkéntes szűrővizsgálatok igénybevétele. A megkérdezett egészségügyi dolgozók 67%-a jár önkéntesen valamilyen szűrővizsgálatra, úgy is mondhatjuk, sajnos az 1/3-uk nem jár. További bontásban a végzettséggel összehasonlítva ez a következő. (5.ábra)

5 ábra: Szűrővizsgálatokon való részvétel aránya az iskolai végzettség szerint



Ugyan nem jelentősek a különbségek, mégis tapasztalható, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek a dolgozók, annál kevésbé veszik igénybe a betegségmegelőzésben a szűrővizsgálatok adta lehetőségeket. Erre nincsen ésszerű magyarázat, hiszen az ismereteket figyelembe véve éppen az ellenkezője volna elvárható. Az egészségügyi dolgozóknak kötelezően 1 évente részt kell venniük a munkakörükhez szükséges szűrővizsgálaton. Erre vonatkozóan egy kérdés került feltevésre: Mikor volt utoljára munkaköréhez szükséges szűrővizsgálaton? A kérdés feltevésekor a különböző válaszlehetőségek meghatározása úgy történt, hogy azok eltereljék a figyelmet az 1 éven belül vagy túl választóvonalról. (6. ábra)

6. ábra: Munkaköri egészségügyi alkalmassági vizsgálaton történő részvétel

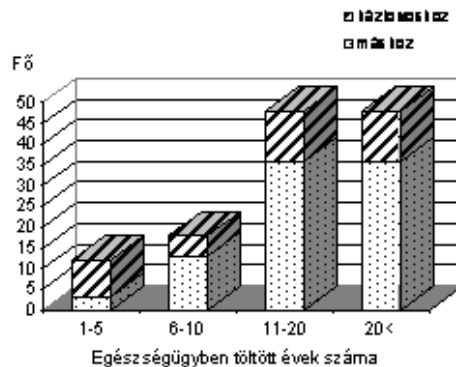


Ennek eredményeképpen kiderült, hogy a válaszadók 11%-a elmulasztotta a kötelező szűrővizsgálaton való részvételt. Sajnálatos, hogy ez a magatartás éppen az egészségügyben tapasztalható. Következő dimenzió az orvoshoz-fordulás. Nyílt kérdés formájában megkérdezésre került, hogy melyek azok a tünetek vagy betegségek, amelyeket úgy ítélnék meg, hogy azzal mindenképpen orvoshoz fordulnának. A válaszokat csoportosítva, majd gyakoriság szerint rangsorolva a következők kerültek említésre.

1. Nőgyógyászati ill. szülészeti problémák
2. Vérzés
 - köpet
 - hányadék
 - széklet
 - fekély
3. Fájdalom
4. Szívpanaszok
5. Nagymértékű fogyás
6. Láz
7. Daganatos tünetek
8. Izületi problémák
9. Magas vérnyomás
10. Fogorvosi ellátás
11. Érendszeri problémák
12. Krónikus köhögés

Az első helyet elfoglaló "szülészeti-nőgyógyászati problémák" törvényszerűen adódott, hiszen a válaszadók többsége nő. Az azt követő 2., 3., és 4. helyen álló problémák nagyrészt a rosszindulatú daganatos, ill. a szívbetegségek köré csoportosulnak. A felsorolásban fellelhetők az egészségügyi dolgozókra jellemző munkaterheléssel összefüggő tünetek, mint az izületi és érrendszeri problémák. Szembetűnő, hogy semmilyen konkrét gyulladásos megbetegedés nem került említésre (a láz nem utal erre egyértelműen). Ennek magyarázata lehet, hogy ezek az állapotok kezelhetők legeredményesebben öngyógyítással, s az ehhez szükséges gyógyszerek (antibiotikumok) is elérhető közelségben vannak, ezért ez fel sem merült a válaszadóknál, mint ok az orvoshoz-fordulásra. Lényeges pontja a vizsgálatnak, hogy amennyiben orvoshoz fordul az egészségügyi dolgozó, azt milyen úton teszi, s ennek változása összefüggésben áll-e az egészségügyben eltöltött évek számával. (7. ábra)

7. ábra: Háziorvoshoz vagy más orvoshoz fordulás megoszlása az egészségügyben eltöltött időtartam szerint



Az ábrából jól látszik, hogy akik maximum 5 éve dolgoznak az egészségügyben, azoknak 75%-a betegség esetén saját háziorvosát keresi fel. A 6 évet vagy annál több időt az egészségügyben töltött dolgozóknál ez az arány teljesen megfordul, csupán 28%, majd 25% a háziorvoshoz fordulók aránya. Az egészségügyi dolgozók jelentős hányada tehát megbetegedés, illetve panaszok esetén az évek során kialakult intézményen belüli ismeretségeit veszi igénybe. Az utolsó kérdéscsoportban három kérdés volt található, melyek a betegségek következményével, a táppénzes állomány igénybevételével foglalkoznak. A megkérdezettek 80%-a 1 évnél régebben volt betegállományban, ami valószínűleg összefüggésben van azzal a ténnyel, hogy az egészségügyben folyamatos ellátást kell biztosítani. Ezt a szakmát mindenki hivatásszeretettel vállalja, s képes még a saját egészségi állapotát is alárendelni az egyéb elvárásoknak. Megkérdezésre került, hogy amennyiben kezelőorvosa táppénz igénybevételét javasolja, azt mindig elfogadja-e. A megkérdezettek 75%-a nemmel válaszolt, ami szintén az előzőeket látszik igazolni.

Egyik kérdésben ennek okait próbáltam részletesen feltárni. A válaszadók legnagyobb hányada azért nem megy el táppénzre, mert nem engedheti meg magának az anyagi kiesést, vagy mert kevesebben dolgoznak a szükségesnél. Nem elhanyagolható, hogy 21,5% az orvosi véleménytől eltérően nem érzi magát olyan betegnek, ami betegállomány igénybevételét indokolná. 5 fő választotta az "egyéb" kategóriát, ahol az öngyógyítás és a munkamorál kerültek megnevezésre, ami szintén utal a korábbi válaszokból kitűnő hozzáállásra. Az öngyógyítás ill. az öngyógyszerelés konkrét megkérdezése szándékosan nem volt a kérdőívbe építve, mert az ilyen vagy ehhez hasonló indiszkrét kérdések a kitöltési hajlandóságot csökkenthetnék volna, vagy elferdítették volna a valóságot.

Következtetések

A vizsgálat során a válaszok alapján feltételezéseim bizonyítást nyertek. Az egészségügyi dolgozók legtöbbször nem a saját háziorvosuknál jelentkeznek betegségük esetén, hanem kollégájuk, ismerősük segítségét kérik. Minél régebben dolgozik az egészségügyben az egyén, annál valószínűbb, hogy az orvosi ellátást "saját berkekben", azaz a hivatalos úton kívül veszi igénybe. Az egészségügyi dolgozók szakmai ismereteik birtokában felismerik azokat az állapotokat, amelyek valóban orvosi segítséget igényelnek. Egészségügyi ismereteik ellenére az egészségügyi dolgozók jelentős hányada nem veszi igénybe a megelőző szűrővizsgálatok által nyújtott lehetőségeket.

Javaslatok

A lakosság egészségi állapotának javítását célzó népegészségügyi program magvalósításához elengedhetetlen a jól képzett, egészségtudatos magatartást tanúsító egészségügyi dolgozók közreműködése. Ehhez alapvető szemléletváltásra van szükség, legelőször az egészségügyön belül. Fontos az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának rendszeres monitorozása, az eredmények figyelembevétele a munkakörülmények kialakításában. A nozokomiális fertőzések és ártalmak megelőzése érdekében nagyobb odafigyelés, biztonságosabb eszközellátás és surveillance működtetése szükséges. A dolgozók egészségvédelmére nagyobb hangsúlyt kell fektetni. A pszichés terhelés csökkentése, ill a burn-out megelőzése érdekében intézményi szinten közösségformáló lehetőségeket kell biztosítani. Az egymás után ledolgozott éjszakai műszakok száma ne haladja meg azt a határt, amelytől kezdve a nappalok és éjszakák pszichofiziológiai egyensúlya már megbomlik. (Egymás utáni éjszakai műszakok száma maximum 2.) Az éjszakai műszakokat annyi pihenőnap kövesse, amennyi az alváshiány kiegyenlítéséhez szükséges. Törekedni kell arra, hogy a megfelelő létszámú munkaerő álljon rendelkezésre. (Ebben feladata van a képzésnek csakúgy, mint a menedzsmentnek vagy a kormányzatnak.) A krónikus betegséggel bíró dolgozóknak lehetőség szerint munkabírásuknak megfelelő munkakört kell biztosítani. Folyamatosan tájékoztatni kell a dolgozókat a prevenció lehetőségeiről és annak jelentőségéről. Meg kell győzni az egészségügyi dolgozókat annak jelentőségéről, hogy egészségmagatartásuk komolyan befolyásolhatja a lakosság egészségi állapotát.

Irodalomjegyzék

1. Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába
Osiris Kiadó, Budapest, 1997.
2. Buda József Dr.: Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana
POTE Egészségügyi Főiskolai Kar jegyzet 1998.
3. David Armstrong: Az orvosi szociológia alapjai
Simmelweis Kiadó, Budapest, 1995.
4. Egészségügy Magyarországon I-II. rész
Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001.
5. Egészségügyi statisztikai évkönyv 2000

KSH, Budapest, 2001

6. Kalapács János: A szociológiáról – alapfokon Gondolat kiadó, Budapest, 1987.
7. Kincses Gyula Dr.: Egészség (?) – gazdaság (?) Praxis Server Kft. Budapest, 1999.
8. Losonczy Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998.
9. Munkaegészségtan, szerk.: Ungváry György Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000.
10. Népegészség, orvos, társadalom Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998.
11. Orvosi szociológia, szerk.: Dr. Molnár László Medicina könyvkiadó, Budapest, 1989.
12. Spielmann József: Betegség, Orvos, Társadalom
13. Kritérium Könyvkiadó, Bukarest, 1984.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az ápolók és a kiégés

Bencés Ilona

*Diplomás ápoló, Egészségügyi szakmenedzser
Budapesti MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet*

Összefoglaló

A szerző fel kívánja hívni a figyelmet a választott téma aktualitására és annak intézményi hatásaira, külön hangsúlyt helyezve a pályaválasztási szándék, az egészségügyben eltöltött idő, a másodállás vállalása és a kiégés esetleges összefüggéseire.

A megkérdezettek fekvőbeteg osztályokon aktívan dolgozó ápolók, önálló, névtelen és önkéntes kérdőív kitöltéssel vettek részt a vizsgálatban. A célcsoportot 294 ápoló képezte, értékelhető választ a teljes populáció 56,2%-ától (167 fő) érkezett.

Nem volt olyan alkalmazott, aki csak kis mértékben volna kiégve, viszont 16%-uk a mérsékelt, 84%-uk a magas besorolási kategóriába tartozik.

A kiégés mértéke nem esik egybe a dolgozók jövőbeni szándékaival. A magas kategóriában a vizsgált populáció 46%-a továbbra is az egészségügyben szeretne dolgozni, 32%-uk bizonytalan a pályán maradási illetően.

A vizsgált minta 17%-a alig pár éve (0-5 éve) van a pályán, mégis a magasban kiégett csoportba tartozik, ami csaknem megegyezik a 6-10 éve és a 11-15 éve dolgozók 14% ill. 16%-os eredményével. A több mint 15 éve dolgozók alkotják a legnagyobb csoportot ebben a kategóriában (38%).

Másodállás vállalása esetén a kiégés tüneteinek előfordulási gyakorisága növekszik. A deperszonalizáció két és félszeresére, az emocionális kimerülés és a személyes teljesítmény csökkenése pedig számottevően emelkedik magas kategóriában. Megállapítható ezen kívül az is, hogy a másodállás vállalása negatívan befolyásolja a teljesítményt és a segítő kapcsolat csaknem minden aspektusát. A dolgozók lelki egészsége veszélyben van. Jelentős humánpolitikai problémát vet fel a pályán maradás szempontjából bizonytalan ápolók nagy száma.

Az egészségügyben eltöltött idővel a kiégés mértéke nem növekszik egyenes arányban, valószínűleg az egyéb védőmechanizmusok hatása miatt.

Bevezetés

A segítő foglalkozásúak, ha komolyan veszik segítő identitásukat, fokozottan ki vannak téve a kiégés (burnout) veszélyének. A sok stressz, a felelős döntési helyzetek, a nagy emocionális megterhelés nyomán súlyos érzelmi kimerülés jöhet létre. (Gallus, 1996)

A kezelőszemélyzet fel nem ismert és emiatt kezeletlen burnout-ja magyarázza a pszichoszomatikus betegségek (magas vérnyomás, szívinfarktus, vastagbélgyulladás, étkezési zavarok), az öngyilkosság, a depresszió, az alkohol- és drogfüggőség nagyobb arányú előfordulását.

Ugyanígy gyakoribb a válás, az emberi kapcsolatok minőségének romlása, a személytelenné váló munkavégzés és a munkahely iránti elkötelezettség csökkenése is. (Risko, 1997)

Ha megelőzése, kezelése sikertelen, akkor a képzett szakemberek „leállása”, pályaelhagyása érinti a munkatársakat, az intézményeket és az egész társadalmat is. (Pálfi, 2003)

A kiégés szindróma napjainkra globális méretű problémává vált, annak ellenére, hogy időben való felismerése esetén a szükséges kezelési stratégiák alkalmazásával viszonylag könnyen és különösebb anyagi ráfordítás nélkül legyőzhető.

A magánvállalatok már rájöttek, hogy az intézmény hatékonyságának növelésekor figyelemmel kell lenni olyan pszichoszociális

tényezőkre is, melyek a gazdasági intézkedésekkel együtt befolyásolják a munkateljesítményt, a munkaelégedettséget, a kreativitást, az új dolgok bevezetését.

A hazai egészségügyön belül hiányzik az érdekeltség, emiatt a humán erőforrással való foglalkozás is csak a legszükségesebbre szorítkozik, és negligálja a pszichoszociális munkakörnyezet körülményeinek javítását.

Ma Magyarországon a kiégés kezelése még gyerekcipőben jár, a válságos helyzetben lévő egészségügy megoldandó problémáinak sorába talán még felvételt sem nyert, holott jelenléte egyértelmű, és tünetei, következményei jelentősen megnehezítik a kitűzött intézményi célok, teljesítési mutatók elérését.

Elméleti háttér, fogalmak

Kiégés (burnout): krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, érzelmi, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, a munkára, ill. másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek. (Pálfi, 2002)

Emocionális kimerülés: magába foglalja a depresszió kialakulását, az érzelmek kifejezésének zavarát.

Mentális kimerültség: magába foglalja az indokolatlan szakmai elégtelenség érzését. (Risko, 1997)

Attitűd: megjósolható módja annak, ahogy egy személy a szociális információról gondolkodik, ahogy értékeli azt, és ahogy viselkedik a szociális információval kapcsolatban. A szociális információ az emberekre, csoportokra helyzetekre stb. vonatkozik. (Groenman et al., 1996)

Frustráció: a ki nem elégített vagy kielégíthetetlen szükségletek következtében kialakuló csalódottság, kudarcélmény, lemondás. (Markó L.-szerk., 1998)

A kiégés több lépcsőn keresztül, lassan, fokozatosan fejlődik ki, nem statikus jelenség, hanem folyamat, amely ciklikusan ismétlődik:

- a) kezdeti, nagy lelkesedés, energia, remények fázisa, amely nem reális elvárásokat, túlazonosulás lehetőségét hordja magában;
- b) a stagnálás fázisa;
- c) frusztráció: a hivatás hatékonysága, értéke megkérdőjeleződhet, majd egyre negatívabb indulatokkal teli viszonyulás a betegekkel szemben, menekülés a szituációból;
- d) a közöny fázisa, mely a frusztráció elleni védekezőként jelenik meg, kihívások kerülése, kevés idő a betegekkel;
- e) beavatkozás, ami bármely fázisban megtöri a ciklust. (Marketti, 1995)

A kiégés tünetei három aspektusban jelentkeznek:

- érzelmi kimerültség,
- deperszonalizáció-dehumanizáció
- a személyes teljesítmény csökkenése.

A kiégés tüneteit az 1. táblázat, kialakulásának az ápolók körében leggyakoribb okait a 2. táblázat foglalja össze. (Pálfi, 2002)

A vizsgálat célja

Szeretném felhívni a figyelmet a választott téma aktualitására, és annak igen jelentős intézményi hatásaira. A helyzetkép feltárásával bizonyítani szeretném, hogy a kiégés szindróma intézményünkben is jelen van és az ellene való fellépés napjainkra időszzerűvé vált.

A vizsgálat elvégzése során a kialakult tünet- együttes mértékéről szeretnék pontos képet kapni annak érdekében, hogy a lehető legmegfelelőbb kezelési- ill. megelőzési technikákat lehessen alkalmazni ellene.

Vizsgálati módszer és minta

A felmérés anonim, önkitöltős kérdőívek segítségével történt, melyet a Budapesti MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet fekvőbeteg osztályain aktívan dolgozó ápolók körében végeztem 2004. februárjában.

A célcsoportot 294 ápoló képezte, értékelhető választ a teljes populáció 56,2%-ától (167 fő) kaptam.

A kérdőív két részből tevődött össze: szociodemográfiai adatok és Maslach Burnout Inventory kérdőív.

A szociodemográfiai adatok több kérdést öleltek fel, melyek többek között a pályán eltöltött időre, az esetleges pályaelhagyási szándékra és a másodállás vállalására vonatkoztak.

A kiégés felméréséhez a Christina Maslach által szerkesztett Burnout kérdőívet használtam (Maslach Burnout Inventory=MBI). A kérdőív a kiégés szindróma három dimenzióban jelentkező tüneteit (ld. 1. táblázat) ill. azok jelenlétének mértékét vizsgálja az előfordulásuk gyakorisága és intenzitása szerint.

1. táblázat: A kiégés tünetei

1. Emocionális kimerültség
fáradtság
krónikus kimerültség
álmatlanság
megbetegedési hajlam
diffúz testi panaszok
2. Deperszonalizáció
negatív, cinikus viszony a kollégákkal
negatív érzések a betegek iránt
bűntudat
visszahúzódás
hárító magatartás
munka redukálása
3. Csökkent teljesítőképesség
sikertelenség és tehetetlenség megélése
hiányzó elismerés
elégtelenségérzés
túlterheltség

A kiégés mértékének meghatározásához az MBI-hoz kapcsolódó Freugenberger szerinti csoportosítást használtam, melyhez a tünetek összpontszámai szolgálnak alapul.

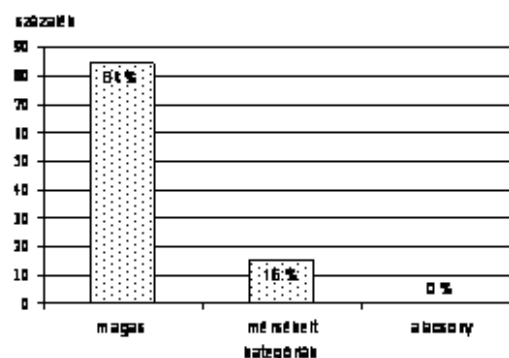
Eredmények

A mintában szereplők átlagéletkora 37 év, a legfiatalabb 22 éves, a legidősebb 61 éves.

Az egészségügyben eltöltött idő alapján három csoport adatai kis eltéréssel megegyeznek, 0-5 éve dolgozik 20%, 6-10 éve 17%, 11-15 éve 19%, míg a több mint 15 éve dolgozók kategóriájába 43% esik.

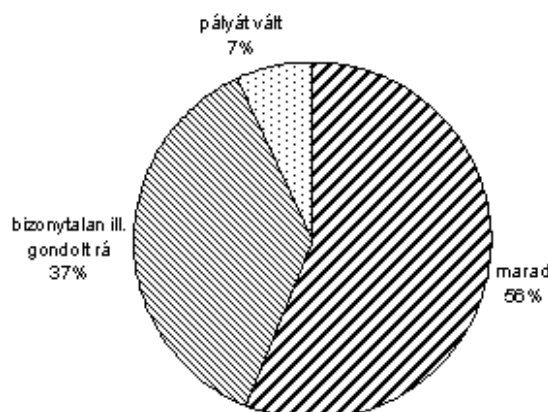
A kiégés szindrómára vonatkozó eredmények szerint a dolgozók lelki egészsége komoly veszélyben van, nincs olyan alkalmazott, aki csak kis mértékben volna kiégve. Ezzel szemben 16%-uk a mérsékelt, 84%-uk pedig a magas kategóriába tartozik (1. ábra).

1. ábra: A kiégés mértéke n=167 fő



A megkérdezettek a pályaváltoztatási szándékot illetően a következőképp vélekednek. Továbbra is az egészségügyben akar maradni a dolgozók 56%-a, bizonytalan ill. gondolt már a pályamódosításra 37% és biztosan váltani akar 7%. (2. ábra)

2. ábra: A pályaváltoztatási szándék n=167



A pályaelhagyási szándék és a kiégés közötti kapcsolatra a vizsgált populációban az a jellemző, hogy a burnout mértéke nem feltétlenül esik egybe a dolgozók jövőbeni szándékaival.

Alacsony és mérsékelt kategóriába összesen a pályaváltoztatási szándéktól függetlenül a vizsgált minta csupán 15%-a esik. Magas kategóriába a legnagyobb csoportot (46%) éppen a szakmánál maradó ápolók alkotják. Nem elhanyagolható az a 32% sem, akik bizonytalanok a pályán maradást illetően. Nagyon kicsi az a 10%-os mag, akik „csak” mérsékeltén vannak kiégve és a jövőben is a

szakmánál szeretnének maradni. (1. táblázat)

A magas kiégettségi állapotot tekintve a vizsgált populáció 17%-a 0-5 éve van a pályán, ez csaknem megegyezik a 6-10 éve hivatást űzők 14%-os és a 11-15 éve dolgozók 16%-os értékeivel.

Ugyan a több mint 15 éve dolgozók kiégettségi értékei a legkedvezőtlenebbek 38%, mégis elgondolkodtató, hogy az eredmények szerint a frissen pályára lépők kezdeti, talán sokszor irreális lelkesedése mennyire hamar összeütközésbe kerül a realitásokkal és, hogy a mutatók szerint mennyire nehezen küzdenek meg a nem várt élmények, váratlan helyzetek feldolgozásával. (2.táblázat)

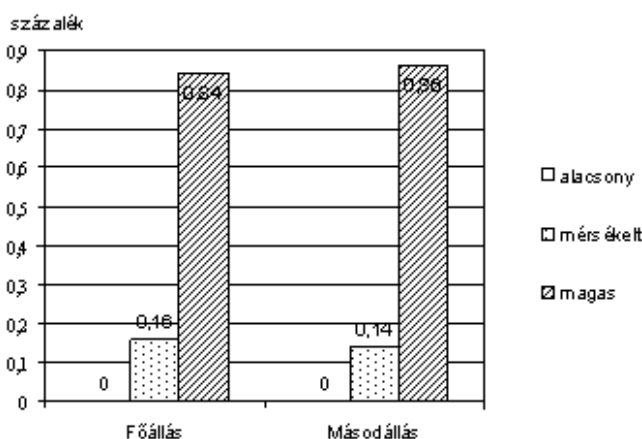
2. táblázat: A kiégettségi mértékének és az egészségügyben eltöltött idő összefüggései

n=167

Eü-ben eltöltött idő	0-5 év között	6-10 év között	11-15 év között	15 év felett	Összes
A kiégettségi mérték					
Alacsony	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Mérsékelt	3,5 %	3 %	3,5 %	5 %	15 %
Magas	17 %	14 %	16 %	38 %	85 %
Összes	20,5 %	17 %	19,5 %	43 %	100 %

Másodállás vállalása esetén a kiégettségi mérték nem változik számottevően. A csak főállásban dolgozók 16%-a mérsékelt, 84%-a a magas kategóriába tartozik, míg fő- és másodállás vállalásakor 14% ill. 86%-os eredményt kaptam. (3.ábra)

3.ábra: A kiégettségi mérték és a másodállás vállalása (n=167)



Részletesebben elemezve a kérdést és a kiégettségi tüneteit is figyelembe véve a deperszonalizáció gyakorisága két és félszeresére növekszik, az emocionális kimerülés és a személyes teljesítmény csökkenése pedig számottevően emelkedik magas kategóriában (3.táblázat).

3. táblázat: Az ápolók kiégettségi okai

pozitív munkakörnyezet hiánya
rutin- és egyhangú munka
túlmunka a munkaerőhiány miatt
a nagyszámú betegellátásból fakadó megterhelés
költségvetési megszorítások, anyag- és eszközhiány
a halállal való mindennapos szembesülés
kritikus állapotban lévő betegek
a munkahelyi előmenetel hiánya
a munkakör ellátásához elégtelen vagy túl magas képzettség
a megbecsülés hiánya a kliensek és a munkahelyi vezetők részéről
alacsony bér
önálló kompetenciák meghatározásának hiánya
kortársaktól való elszigeteltség
társas kapcsolatok hiánya

Megbeszélés

A kiégettségi személyiség alkalmatlanná válik a segítő kapcsolatra. Hatására nemcsak a munkahelyi teljesítmény romlik, hanem az ápolók kommunikációja is mind a betegek, mind pedig a kollégák felé, döntési helyzetekben az egyén bizonytalanná válik, csökken a

konfliktuskezelési- és problémamegoldó képessége s mindez kiütözik a betegellátás színvonalán és a csoportmunka hatékonyságán is.

Nem szólva a kiégett személyiség csoport-bomlasztó hatásairól és arról sem, hogy a burnout szindróma minden fázisában fertőző modellt közvetít, attitűdöket befolyásol. Továbbterjed a személyzet tagjai között és a betegek felé az összes negatív effektusával együtt. A terjedés iránya és erőssége előre nem meghatározható, de hatása előbb vagy utóbb szervezeti szinten is megjelenik. A probléma súlyosságát intézményünkben a felmérés egyértelműen alátámasztja.

A kórház egy mentálisan kimerült ápolói gárdával működik, melynek több mint egyharmada bizonytalan a pályán maradáshoz, továbbá a legnagyobb mértékben kiégett személyek (a vizsgált populáció 46%-a) éppen abból a rétegből kerülnek ki, akik az egészségügyben szeretnék folytatni munkájukat. Úgy vélem az eredmény egyértelműen azt mutatja, hogy az ápolók nincsenek tisztában tüneteik jelentésével, vagy ha igen nem tudják, hogyan kezeljék problémáikat.

Ez a tény további problémákat vet fel az intézményvezetés számára, hiszen kérdéses, hogy ez a csoport mennyiben tud eleget tenni a kórház céljai és feladatai által támasztott követelményeknek, mennyire képes biztosítani a hatékony és magas színvonalú betegellátást? S vajon a munkahely biztosít-e megoldási lehetőségeket, nyújt-e segítséget dolgozóinak és van-e olyan vezető, aki képes felismerni akár már a kiégés kezdeti szakaszában jelentkező tüneteket?

Az egészségügyben eltöltött idővel párhuzamosan nem növekszik a kiégés mértéke, az első 15 év viszonylag állandó értékei után egy igen jelentős ugrás következik. Vajon mi lehet ennek az oka?

A munkába lépés kezdeti időszakában (0-5 év) az egyén folyamatosan új és nagy mennyiségű gyakorlati ismeretet szerez és halmoz fel, mindennapjait a különböző döntési helyzetekben elvárt és megkövetelt viselkedésminták begyakorlásával és elsajátításával „tölti”, az egészségügyön belüli speciális társas kapcsolatok (orvos-nővér-beteg) viselkedési szabályait tanulja és próbál beilleszkedni ebbe a még ma is merev, hierarchikus felépítésű rendszerbe. Ez a számos „elfoglaltság” egyben védő mechanizmusként is szerepet játszhat és segítheti az egyént lelki egészségének megőrzésében.

A 6-15 éve dolgozó korosztályt szemlélve, erre az időszakra esik a tartós párkapcsolatok kialakulása, a házasság, a gyerekvállalás problémakörének felvállalása és természetesen a megoldása is. Problémának nevezem ugyan, de lényegét tekintve mindegyik mérföldkövet jelent az ember életében és pozitív energiahordozóként értelmezve ezeket az eseményeket, a személyiség egyfajta mentális profilaxisként tudja felhasználni, megőrizve így egységét a mindennapi terhelésekkel szemben.

Nők esetén a szülés utáni otthon töltött idő mindenképp alkalmas a munkahelyi stressz és megterhelés feloldására és a regenerálódásra. Mindezek a tényezők segítik a lelki egészség megtartását és a kiégés elleni védekezés eszközeként tekinthetők.

A több mint 15 éve dolgozó csoportnál a magas kategóriában a kiégés mértéke jelentősen megnövekszik. Azt gondolom, hogy ebben az időszakban a kiégés rizikófaktorai kerülnek inkább előtérbe és erősödnek fel egyben.

A mindennapi munka újdonságtartalma csökken, ugyanakkor az állandó jellegű stressz és felelősség, a folyamatosan romló személyi- és munkakörülmények, a változatlanul elégtelen társadalmi- és anyagi megbecsülés végül utat tör magának a védő mechanizmusok falán és megdönti a mentális egészség stabilitását.

A főálláson túl végzett munka esetén a deperszonalizáció, az érzelmi kimerülés és a személyes teljesítmény csökkenése növekszik. Az ápolás mind fizikailag, mind pedig szellemileg komoly megterhelést ró az egyénre. Nem véletlen a szabad- és pihenőnapok szigorú törvényi szabályozása. Másodállás vállalása esetén nincs elég idő a szervezet regenerálódására sem fizikailag, sem szellemileg. A fáradt ember türelmetlen, ingerült, érzelmileg instabil, teljesítő- és koncentráló képessége romlik. Mindez maga után vonja, hogy a figyelmetlenség, az ellenségeskedés a kollégákkal vagy betegekkel, a munka kerülése (deperszonalizáció és a személyes teljesítmény csökkenésének tünetei) egyre inkább befészkelje magát a mindennapi betegellátás menetébe, s mint egy önmagából gyűrűző folyamat, a problémák generálódva és súlyos következményeket maguk után vonva kerülnek felszínre.

Gondoljunk csak bele, hogy az ápolás mennyire teljes embert kívánó folyamat, hiszen sokszor percek múlva az emberi élet, lehet ilyenkor azt mondani: „Bocsánat fáradt voltam.”?

Úgy gondolom kivédhetőek az ilyen helyzetek, ha időben felfigyelünk rájuk és megteszük a szükséges ellenlépéseket.

Következtetések, javaslatok

Megelőzésében és kezelésében elsődlegesnek tartom, hogy a kiégés prioritásának megfelelő helyre kerüljön nemcsak az egészségügyi, de a társadalmi köztudatban is. Tekintettel arra, hogy a piaci verseny egyre inkább előtérbe kerül a szociális szférában is elengedhetetlen, hogy a humánerőforrás-menedzsmenten belül a kiégés problémakörére is nagyobb hangsúly helyeződjék.

A kiégés ellen való fellépés első lépcsőfoka a szindróma mértékének felmérése adott intézményen belül.

A kapott adatok birtokában és ismervén az intézmény lehetőségeit, adottságait meghatározható az a vonal melynek mentén, a megoldási stratégia felállítható.

A kiégés folyamata két szinten törhető meg, nevezetesen az egyén és a szervezet szintjén.

Az egyén szintje

Mindenki maga felel *saját mentálhigiéniéje* ápolásáért. Ennek alapjait a szocializációs folyamat során sajátítjuk el, hogy kinél milyen prioritást kap az életvezetésben, mekkora hangsúly helyeződik rá, egyénenként változik. Viszont a már megszerzett ismereteink bővíthetők és soha nem késő azok jelentőségének tudatosítása az egyénben. [Mentálhigiéne: a lelki egészséggel foglalkozó, a megelőzést és a védekezést szolgáló tudományág ill. gyakorlat. (Brencsán, 2000)]

A *relaxálás* és a *kognitív terápia* fogalmai talán még előáshatóak iskolai tanulmányaink mélyéről, de konkrét jelentéseikkel, gyakorlati alkalmazásaik módjaival kevesen vannak tisztában. A kognitív (gondolkodó) terápia a viselkedés módosítását és a nem kívánatos gondolatok megszüntetését célozza, az abnormális viselkedést fenntartó tényezőkre koncentrálni és fokozza az egyének azon képességét, amivel önmagukon segíthetnek. (Groenman et al., 1996) *Intézményi pszichológus* bevonásával és folyamatos *szakdolgozói tréningek* segítségével a módszer pozitívan befolyásolhatja a kiégés szindróma és kezdeti jeleinek megismerését, az egyéni védekezési technikák elsajátítását.

Hidroterápiával (pl:úszás) levezethető a feszültség, csökkenthető a munkahelyi stressz. A kórházi *gyógytornászhalózat*

közreműködésével hatékonysága növelhető és az intézmény esetleges ösztönző hozzájárulása segítené az érintettek részvételi affinitását.

Természetesen nem szabad elfeledkezni az egyén életében jelen lévő *egyéb támogató rendszerekről* sem, mint a család, baráti társaságok.

A szervezet szintje

Elsődlegesnek tartom a *munkakörülmények javítását*, mind személyi mind pedig tárgyi vonatkozásban.

Szükséges lenne továbbá a *szakdolgozó képzéshez igazodó munkakörök* létesítése. Ez lehetne a túl- ill. alulképzettség problémakörének leginkább prioritást élvező megoldási lehetősége. Természetesen a munkaköri leírásokban is megjelenő felelősségi- és kompetenciakörök pontos megjelölésével együtt.

Jelentősnek tartom a *pontos cél- és feladat meghatározás* megvalósulását intézményi szinten is, ennek legalapvetőbb megnyilvánulási formája a kórház Missziós Nyilatkozata.

Ma már evidencia, hogy a munkavállaló tisztában legyen azzal, milyen szellemiségben működő intézményhez csatlakozik és az fejlődésében milyen irányvonalat követ. Ha a dolgozó képes azonosulni ezekkel az elgondolásokkal, vagy személyes beállítódásával való egybeesés estén interiorizálja azokat, nagymértékben erősíthető a munkahelyhez való kötődés.

A mentális egészségvédelmen belül a kiegészítés kezelésében eredményes módszerek tekinthető az ún. *Bálint-csoport foglalkozásokon* való részvétel.

A csoportfoglalkozás keretein belül lehetőség nyílik arra, hogy az ápolók megtanulják, hogyan ismerjék fel, illetve dolgozzák fel a munkájuk során keletkezett érzelmi problémáikat, hogyan beszéljenek a betegekkel, más szakképzettségű kollégáikkal és segítségével könnyebben elsajátíthatók a segítő foglalkozás során felmerülő lelki konfliktusok megelőzésének ill. enyhítésének formái.

A *munka átszervezésével* jelentősen csökkenthető a munkahelyi stressz ill. túlterheltség.

Ide tartozik:

- munkaerő időszakos rotálása
- a dolgozó direkt páciens kontaktusból való kivonása
- a tradíciók során átvett és a munkaköri leírásban nem szerepelő, lényegében orvosi feladatok végrehajtásának visszautasítása
- a napi munkafolyamatok áttekintése, és szükség esetén átstrukturálása
- a betegforgalom tervezhetőbbé tétele.

Az *egyénnre szabott motivációs tényezők tudatos alkalmazásával* jelentősen lehet javítani a kiegészítő mutatókon. A motivációs technikák sikeres alkalmazásával a feladatmegoldásban az egyén sikerélményhez jut, feladatvégzésében kreatívvá és kezdeményezővé válik. A feladat végrehajtása után a megfelelő visszajelzést(!)követően az elégedettség érzése tölti el, ami további feladatok megoldására ösztönzi.

Ehhez elengedhetetlen, hogy a felső- és középszintű vezetők alkalmas is legyen erre a feladatra. A megfelelő képzettség mellett olyan tulajdonságokkal is rendelkezniük kell, mint a jó kapcsolatteremtési készség, a pozitív attitűd, az empátia, a jó emberismereti képesség és a humánus bánásmód. Mindezek birtokában a vezető képessé válik reálisan felmérni beosztottjai képességeit, adottságait, véleményét, beállítódását és ezek segítségével egyéni motivációs stratégiákat állíthat fel és alkalmazhat.

A motivációs technikák szubjektum-specifikusak, ezért nagyon sokrétűek lehetnek. Alkalmazásukkor az emberi erőforrás rejtett tartalékainak kiaknázására nyílik mód.

Ha a motivációs hatásokat sikerül pozitív irányba terelni, akkor az eredmény a jó közösségi hangulat, az elégedettebb munkaerő, a személyiség stabilizálódása és a jobb minőségű ápolás nyújtása lehet.

A kiegészítés ellen tenni kell, azért, hogy növekedése ne redukálja az ápolók kapacitását és azért, hogy tudásukat, szeretetüket azon emberek gyógyulásáért, egészségéért kamatoztathassák, akik hozzájuk fordulnak segítségért. (Pálfi, 2002)

Irodalomjegyzék

1. Dr. Brencsán János (2000): Orvosi szótár
Medicina Könyvkiadó, Budapest
2. Gallus Klára (1996/2): Segítő foglalkozásuk kiegészítő /burnout/ szindrómájának megelőzése és gyógyítása csoportban
Pédiáter, 132 pp
3. Marketti Judit (1995): A személyzet pszichés terhei és a megelőzés lehetőségei
Szociális munka, 1.szám 8-12 pp
4. Markó László-szerk. (1998): Egyetemes lexikon
Officina Nova Kiadó, Budapest
5. N.H.Groenman, O.D'A Slevin, M.A.Buckenham (1996): Szociológia, szociálpszichológia és magatartástudomány ápolóknak
Simmelweis Kiadó, Budapest
6. Pálfi Ferencné, (2002): A kiegészítés jelenségének vizsgálata ápolók körében.
Egészségügyi menedzsment, IV.évfolyam, 2.szám, 20-24 pp
7. Pálfi Ferencné, (2002): A segítő segítése- A kiegészítés szindróma kialakulásának veszélyei
Nővér praxis, V.évfolyam, 1.szám, 15 pp
8. Pálfi Ferencné (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás?- A kiegészítés veszélyei ápolók körében
Nővér, XVI.évfolyam, 6.szám, 3-9 pp
9. Riskó Ágnes (1997): A nem verbális terápiákat alkalmazó szakemberek mentálhigiénés gondozása, a burnout megelőzésének lehetőségei

EREDETI KÖZLEMÉNY

Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán

Markovic Marija SZTE BTK Szociológia Tanszék

Pikó Bettina, Szeged; SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged

Piczil Márta, SZTE EFK Szociális munka és Szociálpolitika Tanszék, Szeged

Kasza Bálint, Háziiorvosi Szolgálat, Szabadka

Összefoglaló

A vizsgálat célja: feltárni az egészségügyi szakdolgozók szubjektív egészségi állapotát, azaz egészségének önértékelését, a leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát, egészségkockázati magatartását, mint dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás. Célunk volt továbbá összehasonlítani a szegedi és a szabadkai ápolók mintáját a tekintetben, hogy hogyan értékelik egészségi állapotukat.

Vizsgálati módszer és minta: a vizsgálatban 454 egészségügyi szakdolgozót kérdeztünk meg, akik közül 253 szabadkai, 201 pedig szegedi volt. Önkitöltéses kérdőíves adatgyűjtést végeztünk, amelyben kérdéseket tettünk fel az egészségi állapot önértékelésére, pszichoszomatikus tünetek előfordulására, valamint az egészségkockázati magatartásra vonatkozóan.

Eredmények: A vizsgált egészségügyi szakdolgozók jelentős része küzd pszichoszomatikus tünetekkel, leginkább fejfájással, hát- és derékfájással, valamint kimerültséggel. A szegedi mintában e tünetek nagyobb gyakoriságot mutattak, ami miatt egyáltalán nem meglepő, hogy egészségi állapotukat is a szegediek ítélték rosszabbnak. Aggasztó, hogy az egészségügyi szakdolgozók jelentős része, mindkét mintában, valamely káros szokást magáénak tudja, ugyanakkor a szabadkaiak itt is némileg kedvezőbb magatartást mutattak.

Következtetések: A vizsgálat eredményeiből kitűnt, hogy a megkérdezettek egészségi állapota többnyire nem kielégítő, s ez különösen igaz a szegediekre, akik nemcsak egészségi állapotukat értékelik rosszabbnak, de gyakoribbak körükben az egészségkockázati magatartásformák is. Mindkét mintában sokan szenvednek pszichoszomatikus tünetektől is. Az eredmények alapján arra következtethetünk, hogy az ápolóképzés során nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a stressztünetek megelőzésére.

Bevezetés

Az ápolói hivatás fő jellemzői közé tartozik az odaadás és együttérzés, amely fejlett empátiás készséget követel, és ez nyitottabbá, sérülékenyebbé teszi a szakmabelieket. Az ápolók munkájuk során az emberekkel a legsérülékenyebb időszakokban találkoznak, az ápoló-beteg kapcsolat az ápolókra is kihatással van, hiszen a beteg lelki vezetése stresszel járó folyamat (Gelsema et al, 2006).

A stressz-jelenséggel sok kutatás foglalkozik, hiszen egy olyan témáról van szó, melyről mindennap hallunk, életmódunk elkerülhetetlen velejárója. Az ápolói munka számos stresszforrást hordoz. Minden munkához szerepelvárások társulnak, melyeknek a munkavégzés során meg kell felelni. A szakma egyes jellemzői, mint például a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőség, a három műszak és a gépies iramú munka, az ügyeleti rendszer, az alulfizettség, továbbá a túlterheltség, a kompetenciakörök tisztázatlansága hozzájárul ahhoz, hogy az ápolók munkája stresszel telített hivatássá vált (Hegney et al., 2006). Természetesen a munka jellege mellett a stresszre való reakció sokban függ az egyén személyiségétől is. Ha az egyén könnyen frusztrálódó, nem pozitív gondolkodású és állandó szorongás jellemzi, még sérülékenyebb (Pikó, Piczil, 2000).

A stressz testi és lelki tüneteket és betegségeket okozhat, gyakori a krónikus fáradtság, levertség, fejfájás vagy alvászavarok megjelenése (Sabo, 2006). Ha nem kezelik, az egyén számára egy idő után lehetetlen a stresszorok leküzdése, melynek következménye a kiégés szindróma kialakulása (Cubriló-Turek et al., 2006). Természetesen megfelelő képzéssel és felkészültséggel meg lehetne előzni e következmények kialakulását, illetve megkönnyíteni a stresszel való megküzdést. Ennek a felkészülésnek az intézmények szervezett keretein belül kellene történnie, de erre nincs példa. Az ápolók önerőből és saját keresetükből ezt nem tudják megoldani. Pedig e jelenség szakszerű kezelése csökkentené a munkahelyi hiányzásokat, és biztosítaná az ápolás magas szintjét.

Mint ahogy a kutatásokból kiderül, a stresszorok jelentősen befolyásolják a mentális és fizikális egészséget (Pikó, 1999). A stresszel való megküzdésre jelentősen kihat a társas támogatás milyensége, valamint az is, hogy hány éve dolgoznak az adott osztályon és mekkora a munkaterhelés. A mentális egészség pozitívabb azoknál az ápolóknál, akik több éve dolgoznak az osztályon, illetve akik nagyobb távolságot tartanak a páciensekkel szemben (Pikó, 2001). Rosszabb helyzetben vannak azok, akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, a munka előli „meneküléssel” próbálnak megküzdenni a stresszel, vagy munkatúlterhelés jellemzi őket (Chang et al., 2006).

Az ápolók körében a fel nem dolgozott feszültségek, szorongások egészségkockázati magatartás megjelenését eredményezik, mint

a dohányzás, alkoholfogyasztás, bizonyos gyógyszerek fokozott használata.

Molnár vizsgálatában a Gyulai Kórház dolgozóinak egészségi állapotát kutatta, illetve azt, hogy milyen életmód jellemzi őket. Az eredmények alapján kitűnik, hogy az ápolók több mint fele megfelelőnek ítéli egészségét, 40%-a jónak, míg a rossz és kiváló minősítés esetében az arány majdnem megegyezik (Molnár, 2002). Sokan szubjektív és szomatikus panaszokat soroltak fel. A megkérdezettek 42%-a dohányos, és kétharmaduk rendszeresen kávézik. Sokan küszködnek gerincfájdalommal, szív- és érrendszeri betegségekkel és endokrin problémákkal, viszont csupán 60%-uk fordult gondjaival orvoshoz. A kutatás kimutatta, hogy az egészséges életmód jelentős mértékben függ a társadalmi-gazdasági helyzetétől, de nagy szerepet játszik az egyén magatartása is. Az ápolók esetében elmondható, hogy rendelkeznek megfelelő egészségügyi ismeret-szinttel, mégis e tudásukat nem használják fel egészségük megőrzésére, fejlesztésére. A nyugat-európai és az amerikai ápolók esetében is hasonló a helyzet; csaknem kétharmaduk azt jelezte, hogy az egészségükre a legnagyobb veszélyt a munkahelyi stressz és túlórázás jelenti, s emiatt sokan úgy érzik, ha nem javulnak a munkakörülmények, nem szeretnék folytatni a pályát (Coomber, Barriball, 2006).

Mint ismeretes, az ápolói funkciók között megtalálható a betegoktatás is, azaz példát kell, hogy mutassanak a pácienseknek az egészséges életmód vezetésében, viszont ők maguk is sok esetben rossz szokások rabjai. Náluk is jelen vannak a rizikófaktorok, mint a dohányzás, kevés testmozgás, nem megfelelő étkezés. Budapesten a főiskolai hallgatók kb. 50%-a túlsúlyos, nem megfelelőek étkezési szokásaik, 45%-uk nem végez heti aktív testmozgást, illetve 46%-uk dohányzik. Ezek mind olyan faktorok, amelyek veszélyeztetik az egészséget, önmagukban vagy egymással párhuzamosan (Csatlós, 2004).

Szemlédy krónikus betegekkel foglalkozó ápolók, illetve végzős diplomás ápoló hallgatók körében végezte kutatását. Vizsgálatából kiderült, hogy az állami és privát szférában egyaránt megjelenik a kiégés szindróma (Szemlédy, 2004). Gyakori a fizikális és pszichés kimerültség, mely folytán kialakulhat az érzelmi elsívárosodás. A jó munkahelyi társas támogatás mellett is veszélyezteti az ápolók munkateljesítményét a kiégés szindróma (azaz elszemélytelenedés, érzelmi kimerültség és teljesítménycsökkenés). A Némethné által végzett vizsgálat alapján az ápolók 44%-a, míg a pályakezdők 12%-a fáradtnak és kiégési szindrómában szenvedőnek érezte magát (Némethné, 2001). A csoportmunkát sikeresnek vélték, de számos stresszforrást soroltak fel. A leginkább veszélyeztetetnek vélték a felelősségkör hiányos meghatározását, a sok időt elvevő adminisztratív munkát, a privát és munkahelyi követeléseket, az eszköz- és gyógyszerhiányt, valamint a halállal való mindennapi találkozást. Az ápolók stressz-veszélyeztettsége erősen összefügg azzal, hogy melyik osztályon dolgoznak. Közismert tény, hogy az intenzív osztályon dolgozók a legveszélyeztetettebbek, majd a krónikus betegekkel dolgozók, illetve az aktív osztályon lévő ápolók következnek. Ugyanakkor a negatív hatást növeli, ha nem kapják meg az anyagi és az erkölcsi megbecsülést, amit elvárnak munkájukért (Pálfi, 2003). Valószínűleg ezzel áll összefüggésben az is, hogy a norvég nővértanulók inkább szülészetben vagy a közegészségügyben vállalnának munkát, mint a krónikus és geriátriai ápolási osztályokon (Rognstad, et al., 2004).

Az egészségtelen életmód nemcsak a magyar ápolók sajátja, nemzetközi kutatásokból kiderült, hogy máshol is jelen van. Kanadában a nővértanulók körében ez az arány 22%, amely azonban jóval alacsonyabb, mint Magyarországon. A nem dohányzó nővérek véleménye szerint a többi ápolónak is le kellene szokni a dohányzást, s ezzel példát mutatni a páciensek számára (Cahlmers et al., 2003). Kínai ápolók között is elterjedt a dohányzás szokása, de érdekes eloszlásban. A kutatás kimutatta, hogy nem igazán találtak dohányosokat a fiatalabb korosztályban, és arányuk igen alacsony volt az ápolónők körében. Viszont a férfiak több mint fele dohányos, és ez leginkább az idősebb kor sajátossága (Smith et al., 2005). Spanyolországban történt kutatás során megállapították, hogy az ápolónők esetében a dohányzás erősen összefügg a korosztályi hovatartozással. Az 1998-as kutatás eredményeit összehasonlították egy három évvel későbbi végzett kutatással, melyből kiderült, hogy a dohányzók aránya az ápolónők között nem változott, 43%-os. Ugyanakkor a fiatalabb korosztály körében a dohányosok száma kisebb volt, mint az idősebbeknél (Ruiz, Bayle, 2003). Egy dán kutatás orvosok és ápolók dohányzási szokásaira koncentrált. Kiderült, hogy az orvosokhoz képest a nővérek körében kétszer akkora a dohányosok aránya, 46%. Ez az arány megfelel a lakosság körében tapasztalható dohányosok arányával, viszont ápolók körében kevesebb az erős dohányos (Madsen et al., 1991). Észak-Karolinában a dohányosok aránya a nővérek körében alacsonyabb, mint Európában, csupán 19%. A dohányosok és nem dohányosok számára a szülők dohányzása példaként hatott. Az ápolók 31%-a volt dohányos. Számukra a leszokásban legtöbbet a barátok és család támogatása jelentette (Swenson, 1989).

Minta és módszer

A kutatásban 454 ápolót kérdeztünk meg, a mintában 253 szabadkai és 201 szegedi egészségügyi szakdolgozó vett részt. A szegedi almintában az ápolók 88,9%-a nő és 11,1%-a férfi. A megkérdezettek átlagéletkora 33 év, a pályán eltöltött évek átlaga 15,2 év volt. Családi állapotot illetően azt mondhatjuk, hogy a szegedi ápolók többsége házas (44,7%), illetve jelentős számban vannak hajadonok, nőtlenek (24,6%) és elváltak (17,6%). A szabadkai ápolók esetében a nemek szerinti eloszlás: 90,5% nő és 9,5% férfi. Az átlagéletkor 29 év, és átlagban 10 éve vannak a pályán. A családi állapotra koncentrálna az derült ki számunkra, hogy a szabadkai mintában többségében hajadonok, nőtlenek vannak (55,8%). Ezt azzal lehet magyarázni, hogy a szegedi mintához képest az átlagéletkor alacsonyabb, akárcsak a pályán eltöltött évek száma. Azért jelentős százalékban reprezentálva vannak a házasságok is, mintegy 31,3%-kal.

Az iskolai végzettség szerinti megoszlásból kiderül, hogy a szegedi ápolók többsége (85,9%) középszintű végzettséggel rendelkezik, ez nagyjából megegyezik a szabadkaiak képzési szintjével, azzal az eltéréssel, hogy jelentős százalékban vannak reprezentálva azok, akik szakiskolai, illetve gimnáziumi képzésben vettek részt. A szabadkai egészségügyi dolgozóknál a szakközépiskola elvégzése dominál, míg gimnáziumi érettségivel egyik ápoló sem rendelkezik. Azt is meg kell említeni, hogy a szerbiai dolgozók között többen vannak, akiknek csupán általános iskolai végzettségük van. Szembetűnő, hogy Szegeden többen vannak, akik főiskolai diplomával rendelkeznek. Ennek egyik oka az lehet, hogy Magyarországon a diplomás ápolóképzés több központban történik, már hosszabb ideje, míg Szerbiában e képzés hosszú időn át csupán Zemunban (Zimony) és Cupriján folyt, két olyan városban, mely a szűkebb Szerbiában található. Az ápolók diplomás képzése majd csak 2006. szeptemberében fog indulni Novi Sad-on (Újvidéken), ami után feltételezhető, hogy Vajdaságban is magasabb szintre emelkedik az ápolás. Ugyanakkor az oktatás reformjában hosszú távú terv, hogy más városokban is elindítják az ilyen típusú képzést.

A megkérdezettek beosztása szerint a következő állapítható meg: Szegeden betegágy melletti ápolóként dolgozik a minta 55,7%-a, ugyanez az arány a szabadkaiak esetében 12,8%. Főnővér: Szegeden 5,5%, Szabadkán 12,2%. Asszisztens: Szegeden 19,9%,

Szabadkán 55,1%. Orvosírnok: Szegeden 4,5%, Szabadkán 0,5%. Beteghordó: Szegeden 3,5%, Szabadkán 0,5%. Egyéb szakdolgozó: Szegeden 10,9%, Szabadkán 18,9%.

A műszakbeosztás tekintetében megállapítható, hogy a szabadkai ápolók helyzete kedvezőbb, azaz kisebb tűnik az ilyen jellegű munkaterhelésük. Legtöbbjük állandó délelőtti (60,1%), illetve 28,4% dolgozik két műszakban. Ugyanez az arány Szegeden 41,9%, illetve 10,6%. Kevesen dolgoznak állandó éjszakai ügyeletben és a három műszakos munkarendben. Szegeden sokkal többen vannak, akik három műszakot kell, hogy vállaljanak (42,9%, szemben a szabadkaiak 10,9%-ával).

Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőíves felmérést végeztünk, amely kiterjedt az egészség önértékelése, pszichoszomatikus tünetek, valamint az egészségmagatartás (dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás gyakorisága) feltérképezésére (Pikó et al., 1997).

Eredmények

Az egészségügyi dolgozókat arra kértük, hogy minősítsék saját egészségi állapotukat. Mint ahogy az 1. és 2. táblázatból kiderül, a szabadkai ápolók sokkal pozitívabban jellemezték egészségüket, 20,3%-uk kiválónak ítélte azt. Ez az arány kimondottan magasnak számít a szegediekhez képest, akiknek csupán 9,1%-a válaszolta, hogy kiváló egészséggel rendelkezik.

Jó egészségi állapotúnak a szegedi nővérek 46,4%-a gondolja magát, míg a szabadkai nővérek aránya ebben az összehasonlításban szintén magasnak tűnik az 56,0%-kal. Azt lehet mondani, hogy a kiváló vagy jó egészségnek a szerbiai ápolók 62,0%-a örövend, míg ez az arány a magyar mintában valamivel alacsonyabb, csak 57,2%.

A szegedi ápolók jelentős része negatívabban ítéli meg egészségét. 41,9%-uk szubjektív véleménye szerint elfogadhatónak, illetve egyenesen rossz egészségi állapotúnak, ugyanez az arány a szabadkaiak esetében 28%.

Aggodalomra int az a tény, hogy Magyarországon a nővérek ilyen magas aránya rossznak ítéli egészségét. Beosztás szerint elemezve az állapítható meg, hogy a szegedi mintában a legveszélyeztetettebbek a főnővérek. (1. táblázat)

1. táblázat: Szegedi egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának szubjektív önértékelése
(n = 201)

	Kiváló	Jó	Elfogadható	Rossz
Ápoló	11,8%	46,4%	36,4%	5,5%
Főnővér	-	18,2%	72,7%	9,1%
Asszisztens	2,6%	51,3%	35,9%	10,3%
Orvosírnok	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%
Beteghordozó	33,3%	50,0%	16,7%	-
Egyéb szakdolg.	4,5%	50,0%	27,3%	18,2%

2. táblázat: Szabadkai egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának szubjektív önértékelése
(n = 253)

	Kiváló	Jó	Elfogadható	Rossz
Ápoló	6,0%	56,0%	24,0%	4,0%
Főnővér	12,5%	33,3%	54,2%	-
Asszisztens	21,7%	52,8%	23,6%	1,9%
Orvosírnok	-	100%	-	-
Beteghordozó	-	100%	-	-
Egyéb szakdolgozó	11,8%	15,8%	25,4%	50,0%

Ők azok, akik leginkább negatívan értékelik egészségi állapotukat. Szinte egyikőjük sem jellemezte magát kiváló egészséggel a szegedi mintában, 81,8%-uk az utolsó két kategóriába sorolta magát. Feltehető, hogy a főnővéri posztal sokkal több feladat és felelősség hárul rájuk, és ez jelentősen kihat az egészségi állapotukra.

Rossz egészségi állapottal leginkább az egyéb szakdolgozók karakterizálták magukat, de jelentős az orvosírnokok és az asszisztensek hányada is ebben a csoportban. A magyarországi mintában a legkedvezőbb egészségi állapottal a beteghordozók rendelkeznek, egyikük sem jellemezte magát rossz egészséggel. Minden bizonnyal sokkal kevesebbet kell, hogy szembesüljenek a beteg emberek problémáival, illetve kevesebb felelősségük van a betegek felépüléséhez vezető úton.

Az egészségi állapot értékeléséhez rákérdeztünk, hogy milyen pszichoszomatikus tünetekkel szembesülnek az egészségügyi szakdolgozók, illetve milyen gyakran fordulnak ezek elő (3-5. táblázatok).

A táblázatokból kiderül, hogy a fejfájás gyakorisága mind a két mintában hasonló, nagy eltérés nem észlelhető. A megkérdezettek kb. egyharmadának mindennapi problémát jelent. Viszont a hát- és derékfájás sokkal gyakrabban fordul elő a szegedi nővérek körében: majdnem 50%-uk gyakran kell, hogy szembesüljön e szimptomával. Csúpn 8,2%-uk mentes ettől a tünettől. Szabadkai ápolók között 15%-nak nincsenek ilyen típusú panaszai, 29% azonban gyakran szokott ezzel a tünettől bajlódni (3. táblázat).

3. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága I.
(n = 454)

	Gyakoriság	Szeged	Szabadka
Fejfájás	Soha	18,4%	16,9%
	Ritkán	25,5%	26,5%
	Időnként	25,5%	26,5%
	Gyakran	30,6%	30,1%
Hát- és derékfájás	Soha	8,2%	15,1%
	Ritkán	16,3%	23,3%
	Időnként	29,1%	32,7%
	Gyakran	46,4%	29,0%

Az alvási zavarok és a kimerültség szimptóma előfordulási gyakoriságának vizsgálatakor a két minta között jelentős különbséget lehet megfigyelni. Alvási zavarokkal kevesebb szabadkai ápoló küszködik, (20,9%), illetve 28,7%-nak nincsenek ilyen fajta panaszai. A szegedi ápolók egyharmadánál viszont gyakori ez a jelenség.

Hasonló a helyzet, ha kimerültséget vizsgáljuk. Magyarországon az egészségügy szakdolgozók sokkal fáradékonyabbak, 44,8%-uk rendszeresen kimerültnek érzi magát. A szabadkai kollégáknál a kimerültség szimptómája ritkábban jelenik meg (4. táblázat).

4. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága II.
(n = 454)

	Gyakoriság	Szeged	Szabadka
Alvási zavarok	Soha	20,5%	28,7%
	Ritkán	22,1%	28,7%
	Időnként	24,1%	21,7%
	Gyakran	33,3%	20,9%
Kimerültség	Soha	4,1%	4,9%
	Ritkán	16,0%	24,7%
	Időnként	35,1%	34,8%
	Gyakran	44,8%	35,6%

5. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága III. (n = 454)

	Gyakoriság	Szeged	Szabadka
Gyomorégés	Soha	24,6%	30,7%
	Ritkán	22,1%	28,2%
	Időnként	24,1%	23,5%
	Gyakran	29,2%	17,6%
Hasmenés	Soha	39,7%	52,5%
	Ritkán	33,0%	25,4%
	Időnként	14,9%	10,4%
	Gyakran	12,4%	11,7%
Szabálytalan szívdobogás	Soha	27,0%	31,7%
	Ritkán	24,5%	24,4%
	Időnként	24,5%	18,3%
	Gyakran	24,0%	25,6%

Ez azzal magyarázható, hogy a magyarországi mintában sokkal többen vannak, akik munkabeosztásuk szerint állandóan éjjeli műszakban dolgoznak, illetve három műszakos beosztásban vannak. Az ilyen munkatempó minden bizonnyal hatással van az ápolók egészségi állapotára, közérzetére.

Ha a további pszichoszomatikus tüneteket vesszük szemügyre, az derül ki számunkra, hogy a szegedi ápolók esetében a gyomorégés és a hasmenés komolyan gondot jelent. Mind a két tünet gyakrabban fordul elő, mint a szabadkai ápolók körében. Gyomorégés szimptómától majdnem 12%-kal több szegedi ápoló szenved, mint szabadkai, ezzel párhuzamosan ez a tünet sokak számára idegen.

Feltűnő, hogy a vajdasági kollégáknál a hasmenés a megkérdezettek 52,5%-nál nem szerepel a problémák között, vagyis soha nem fordul elő, de gyakoriság tekintetében mind a két mintában a válaszadók 12%-nak jelent rendszeres problémát.

A szabálytalan szívdobogás vonatkozásában a szabadkai ápolók körében a szegedi mintához hasonlítva érdekes eredmények születtek. E tünetet a szegediekhez képest kevesebben észlelték, viszont mégis gyakrabban fordul elő a szabadkai mintában. Ez az egyetlen szimptóma, aminek előfordulásában a szabadkaiak vannak rosszabb helyzetben.

Mindenesetre e táblázatok alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy a szegedi egészségügyi szakdolgozók egészségi állapota sokkal kedvezőtlenebb, mint a szabadkaiaké. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy az egészségi állapot megítélésére jelentősen hat e tünetek megléte. Minél gyakrabban szenvednek e pszichoszomatikus szimptómáktól, annál inkább kedvezőtlenebbnek vélik egészségüket (Pikó et al., 1997). Ha tudatában vagyunk annak, hogy ezek a tünetek az állandó stressz következményei, akkor az egészségügyi intézmények vezetőinek ezekre a jelekre jobban oda kellene figyelni. A jelenleginél lényegesen kedvezőbb munkakörülményeket kell biztosítani a személyzet számára, mert így az itt dolgozók egy idő után elfáradnak, munkájukat rutinszerűen fogják végezni, a munkaelégedettség alacsonyfokú lesz, s végeredményként kialakul majd a kiégés

szindrómája, valamint emelkedni fog a pályaelhagyók aránya.

Az egyének különbözőképpen próbálnak megküzdeni a mindennapos nehézségekkel. Ismert jelemlés, hogy az állandó stressz, az idegesség, a különböző pszichoszomatikus tünetek sokszor idéznek elő egészségkockázati magatartást, hajlamosítanak káros szenvedélyekre. Az egészségügyi szakdolgozók megfelelő tudással rendelkeznek, mellyel meg tudják előzni az ilyen magatartás kialakulását, elvégre a feladatörük egyik része a prevenció, vagyis segíteniük kell, hogy a beteg képes legyen a megfelelő életmódot választani. Ezért vizsgálatunk során a következő kérdés arra irányult, hogy mennyire érintik őket a káros szenvedélyek, szoktak-e dohányozni, alkoholt fogyasztani és kávézni, illetve, arra is próbáltunk választ keresni, hogy milyen gyakran hódolnak e szenvedélyeknek a két mintában (6.táblázat).

**6. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók egészségkockázati magatartása
(n = 454)**

Szokott-e...	Gyakoriság	Szeged	Szabadka
dohányozni?	Nem Alkalmanként Napi 1-2 szál Napi 10 szál Napi 20 szál Napi 20 szál fölött	48,7% 6,1% 2,0% 12,2% 25,4% 5,6%	53,2% 10,7% 4,0% 8,7% 15,1% 8,3%
alkoholt fogyasztani?	Nem Alkalmanként Heti 1-2 Naponta	41,4% 54,0% 2,5% 2,0%	44,7% 49,4% 4,7% 1,2%
kávé fogyasztani?	Nem Napi 1-2 csésze Napi 3-4 csésze Napi 5-6 csésze 6 csészénél többet	19,2% 47,0% 27,3% 4,0% 2,5%	27,1% 48,6% 22,3% 2,0% -

A két város ápolóinak jelentős hányada (nagyjából a fele) nem szokott dohányozni (a szerbiai ápolók körében valamelyest több a nemdohányzó). A szabadkai ápolók inkább alkalmanként szoktak cigarettázni. A dohányosok esetében azonban azt lehet mondani, hogy öök inkább szenvedélyesen hódolnak e szokásnak. Azok között, akik többet szívnak, mint napi 20 szálát, a vajdaságiak száma magasabb, mint a szegedieké. Szegeden viszont többségben vannak azok, akik mértékkel cigarettáznak, vagyis 10-20 szálát naponta. Ahhoz képest, hogy egészségügyi szakdolgozókról van szó, ez az arány mindkét esetben jóval magasabb a kívánatosnál.

Az alkohol fogyasztási szokásokat vizsgálva azt lehet észrevenni, hogy többen vannak, akik engedékenyebbek e szenvedéllyel szemben, mint a dohányzással kapcsolatban. A szegediek esetében 41,4% nem szokott fogyasztani alkoholt, míg a szabadkaiak körében ez az arány 44,7%. Megnyugtató tény, hogy az ápolók többsége csak alkalmanként szokott hódolni e szenvedélynek. Heti egy-két alkalommal alkoholt a szabadkai ápolók 4,7%-a szokott inni, míg a szegedieknek csak 2,5%-a. Viszont napi szinten fogyaszt alkoholt a szegedi egészségügyi dolgozók közül 2%, míg a másik városban 1,2%.

A kávé az a káros szenvedély, melynek a legtöbben hódolnak. Mind a két mintában az ápolók között sokkal kisebb azok aránya, akik nem szokták fogyasztani. A szegediek körében a nem kávézók aránya 19,2%, míg a szabadkaiak esetében ez 27,1%. A megszokott adag mindkét esetben a napi 1-2 csésze kávé, illetve jelentős azok száma is, akik 3-4 csésze kávé szoktak fogyasztani. A szenvedélyes kávéfogyasztás, mely napi hat csésze kávé jelent, csak a magyarországi mintában van jelen, ez az arány 2,5%.

A táblázatból látható, hogy a szabadkai mintában nagyobb a nem dohányosok száma, és kevesebb alkoholt és kávé fogyasztanak.

Aggasztónak mondható azonban az, hogy az egészségügyi dolgozók jelentős része, mindkét mintában, valamely káros szokást magának tudja.

Következtetések

Az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát illetően megállapítható, hogy a szakmabeliek jelentős részének különböző pszichoszomatikus tünetei vannak. Leginkább a fejfájással, hát- és derékfájással, alvási zavarokkal és kimerültséggel kell megküzdeniük. A szegedi mintában e szimptómák gyakrabban jelennek meg. Ezek alapján nem meglepő eredménynek számít, hogy a magyarországi mintában levők negatívabban ítélték saját egészségi állapotukról.

Bár azt várnánk el, hogy az egészségügyi szakdolgozók tudásuknál fogva egészséges életmódot élnek, a vizsgálati eredmények teljesen mást mutatnak. Az egészségkockázati magatartás, mely magában foglalja a dohányzást, kávé- és alkoholfogyasztást, nagymértékben része életüknek. Mind a három kategóriában a szegedi nővérek nagyobb arányban mondhatják magukénak e szenvedélyeket. A szabadkaiak körében több a nem dohányos, az antialkoholista, és akik nem fogyasztanak kávé.

Összességében megállapítható, hogy saját egészségi állapotukról az ápolók megítélése többnyire nem kielégítő, különösen igaz ez a szegediekre. Nemcsak az egészségi állapotukat ítélték jobbnak a vajdasági minta alanyai, hanem körükben kevesebb a dohányzó, illetve azok száma, akik alkoholt és kávé fogyasztanak. Ezekon felül számos ápoló szenved különböző pszichoszomatikus tünetekben is.

Mindezek alapján kijelenthetjük, hogy a jövőben az ápolóképzés során fokozottabb figyelmet kell fordítani a fentebb vázolt problémák korai megelőzésére.

Irodalomjegyzék

- Gelsema, T.I. et al. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. Journal of Nursing

2. Hegney, D., Plank, A., és Parker, V. (2006). Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14, 271-281.
3. Pikó B. és Piczil M. (2000). „És rajtunk ki segít...?”- Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10, 110-120.
4. Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
5. Cubrilo-Turek, M., Urek, R. és Turek, S. (2006). Burnout syndrome – assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Anthropologicum*, 30, 131-135.
6. Pikó B. (1999). Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *The Journal of The Royal Society of Health* 119(3): 156-162.
7. Pikó B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Lege Artis Medicinae* 11(4): 318-325.
8. Chang, E.M. et al. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38.
9. Molnár E. (2002). Ápolók egészségi állapota – 2001. Nővér, 15, 4-10.
10. Coomber, B. és Louise Barriball, K. (in press). Impact of job satisfaction componentson intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*.
11. Csatlós Imréné (2004): Az ápolók egészségmagatartása. *Nővér*, 17, 27-32.
12. Szemlédy I. (2004): A kiégés jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében. *Nővér*, 17, 10-17.
13. Némethné Németh E. (2001): A kiégés szindróma vizsgálata a Vas Megyei Markusovszky Kórház ápolói körében. *Nővér*, 14(4), 21-22.
14. Pálfi Frené (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? – A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16(6), 3-9.
15. Rognstad, M.K., Aasland, O. és Granum, V. (2004). How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society. *Nurse Education Today*, 24(7), 493-500.
16. Chalmers, K., Seguire, M. és Brown, J. (2003). Health promotion and tobacco control: Student nurses' perspectives. *Journal of Nursing Education*, 42(3), 106-112.
17. Smith, D.R., Wei, N. és Wang, R.S. (2005). Contemporary smoking habits among nurses in Mainland China. *Contemporary Nurse*, 20(2), 258-266.
18. Fernandez Ruiz, M.L. és Sanchez Bayle, M. (2003). Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 5-10.
19. Madsen, M. et al. (1991). Smoking habits among Danish physicians, nurses and midwives in 1989. *Tandlaegebladet*, 95(3), 89-95.
20. Swenson, I.E. (1989). Smoking habits and smoking cessation among North Carolina nurses. *Women and Health*, 15(2), 29-48.
21. Pikó B., Barabás K. és Boda K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7, 243-247.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

A körzeti - közösségi ápolók helyzete az ápolás szakfelügyelet tükrében

Körtvélyesiné Samu Gyöngyi

vezető ápoló, ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete, Szeged

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Megismerni a közösségi ápolók véleményét arra vonatkozóan, hogy milyen tényezők befolyásolják jelenleg az ápolás kedvezőtlen helyét az alapellátásban.

A kutatás további célja volt annak feltárása, hogy az ápolók az alapellátásban valóban ápolnak-e vagy munkaidejük jelentős részét más, nem a végzettségüknek megfelelő tevékenységek teszik ki.

Módszerek és minta: Kutatásomat háziorvosi praxisokban dolgozó körzeti-közösségi ápolók körében végeztem Csongrád megyében. A mintát az alapellátásban tevékenykedő közösségi ápolók alkották. Az adatgyűjtés 30 kérdést tartalmazó strukturált kérdőív alkalmazásával történt, az adatok feldolgozásakor leíró statisztikai módszereket alkalmaztam. A beérkezett kérdőívek közül összesen 110 darab került feldolgozásra.

Eredmények: Az eredmények jól tükrözik, hogy a hagyományoknak megfelelően az egészségügyi alapellátásban olyan orvos központú szemlélet jellemző, amelyben az ápoló napjainkig az orvost kiszolgáló, annak utasításait végrehajtó személyzetet képvisel. A megkérdezett ápolók munkaidejük jelentős részét (47%-át) az adminisztráció teszi ki és vannak olyan praxisok is, ahol a háziorvos nem foglalkoztatja a körzeti ápolót a területen. Az ápolók válaszaikban egyértelműen megfogalmazták, hogy igény jelentkezett olyan szakember bevonására a hatékonyabb munkavégzés érdekében, akiket elsősorban a magasabb szintű tevékenységekkel, mint pl.: szűrések, helyi továbbképzések szervezésével, az ápolás menedzselésével, valamint prevenciók munkáival bízának meg.

Véleményük szerint a minimális létszám, a sajátos jogviszony, az ápolás praxispénzből történő finanszírozása valamint az érdekképviselő hiánya együttesen hozzájárul ahhoz, hogy az ápolás nem tud önálló szakmaként működni az alapellátásban.

Következtetés: Az eredmények ismeretében a helyi gyakorlat változtatásokat sürget. A körzeti ápolók tevékenysége az alap- és szakápolói feladatokon kívül a prevenció, az egészségnevelés és az egészségi állapot fejlesztésére irányuló számos feladattal állna, a hazai gyakorlatban azonban a közösségi ápolók leggyakoribb tevékenysége az adminisztráció és az orvos által delegált feladatok végrehajtása. A magyar lakosság romló egészségi mutatói már évek óta sürgetik egy hatékonyabb közösségi ellátás megszervezését, amelyben az ápolás meghatározó szerepe vitathatatlan. Minthogy a praxisokban dolgozó ápolók a betegeket saját lakásukban és környezetükben látogatják, olyan kulcsfontosságú információkkal rendelkeznek az adott közösség pszichés és szociális helyzetéről, amely információk nélkülözhetetlenek a pontos közösségi (társadalmi) diagnózisok felállításához és a szükséges beavatkozások megkezdéséhez.

A probléma ismertetése

Hazánk lakosságának egészségi állapota európai viszonylatban is a legrosszabbak közé tartozik. Az alacsony születésszám mellett egyre magasabb az indokolatlan halálozások száma, amely a népesség jelentős és tartós fogyását eredményezi. A helyzetet súlyosbítja, hogy növekvőben van az időskorúak száma és a közvetlenül halált nem okozó, de emberi életek százazeit terhelő krónikus megbetegedések aránya (Buda, 1998).

Az egyének és közösségek életmódjában bekövetkező változások új kihívások elé állították az alapellátásban dolgozó ápolókat, és megkövetelték, hogy tevékenységüket a praxishoz tartozó közösség szükségletei vezéreljék, ne a szokások és hagyományok.

Ma már tudjuk, hogy az orvostudomány az egészségügyi ellátórendszer első szintjén sem képes egyedül elérni a lakosság egészségi állapotának látványos javulását, ez csak széles szakmai összefogással valósítható meg, ezért az ápolási szakemberek tudása, tevékenysége felbecsülhetetlen értékű.

A hazai gyakorlat még mindig túlságosan orvos centrikus, és jelenleg a körzeti ápolót nem ismeri el, mint a betegekkel és a praxishoz tartozó közösséggel folyamatosan kapcsolatot tartó, önálló kompetenciával bíró szereplőt. Ugyanakkor nemzetközi tapasztalatok szerint az egészségügyi rendszerben nyújtott szolgáltatások 80%-át az ápolói szolgáltatáson keresztül itéli meg az ellátásban részesülő lakosság.

Az alapellátás fontosságát korábban már több, társadalmi szintű egészségügyi program is hangsúlyozta. Köztük az Egészségügyi Világszervezet 30. közgyűlésének második határozata *felszólította a tagországokat, hogy tanulmányozzák az ápolók szerepét és funkcióit az alapellátás biztosításában, tervezzék meg a személyzet létszámának ésszerű fejlesztését és vonják be az ápolókat az egészségügyi alapellátás tervezésébe és irányításába.*

A munka eredményeként született meg „**Az emberek ápolási igényei**” című jelentés, amely hangsúlyozza, hogy a közösségi igényekre reagáló ápolói szolgáltatások fejlesztése az, amely biztosítani tudja, hogy az alapellátás mindenkire kiterjedjen.

Elgondolkodtató, hogy a fenti megerősítő állásfoglalásokkal szemben a hazai alapellátásban az ápolók aktív részvételére változatlanul nem tart igényt az egészségpolitika céljait megfogalmazó Népegészségügyi Program. Ezt tanulmányozva szembetűnő, hogy a végrehajtási szakaszban az ápolók nem kerültek nevesítésre, így szerepük sem kapott kellő hangsúlyt. Ugyanakkor számos lezajlott modellkísérlet tanúsítja, hogy az ápolók szerepe kulcsfontosságú a társadalom egészségi állapotának befolyásolásában. Jó példa az 1972-ben Finnországban (Észak-Karelia) indított North Karelia Project, ahol például a magas vérnyomásban szenvedő betegek szűrését a hypertonia ambulanciákon ún. közegészségügyi szakápolók (public nurse-k) végezték.

Hazánkban a diplomás, majd később az egyetemi okleveles ápolóképzés olyan szakembereket bocsátott az egészségügyi rendszerbe, akik megszerzett tudásukkal hozzájárultak az ápolás önálló tudományként történő elismeréséhez. Az ellátórendszer első szintjén azonban nincs jelen hasonló „szellemi tőke”, ezért feltételezhetően hasonló tendencia a jövőben sem várható.

A fentiekben elmondottak miatt is érdemes újragondolni a praxisokban dolgozó ápolók létszámát, végzettségét, kompetenciáját és nem utolsósorban az ápolás finanszírozását ahhoz, hogy az ellátás során közösségorientált szemlélet valósuljon meg, amely a legmodernebb ellátási irányelv (PHC – Primary Health Care) Európa alapellátási rendszerében.

I. Hipotézisek

Kutatásom során három hipotézist vizsgáltam meg.

1. Az alapellátásban a körzeti-közösségi ápolók hierarchiában elfoglalt kedvezőtlen helyét – mely szerint feladataikat az orvos utasításai határozzák meg elsősorban, a körzeti ápolók jelenlegi végzettsége (tudása) nagymértékben befolyásolja.
2. Az ápolók munkaidejük jelentős részét nem az ápolás, hanem más, nem a végzettségüknek megfelelő tevékenységek teszik ki.
3. Az ápolás fejlesztéséhez szükséges feltételek, mint motivációs háttér, tudás, kutatás, az ápolás önálló finanszírozása hiányzik, melynek következtében a praxis nem ismeri el a körzeti ápolót, mint önálló kompetenciával bíró szereplőt.

II. Vizsgálati módszer és minta

Kutatásomat a háziorvosi praxisokban dolgozó körzeti-közösségi ápolók körében végeztem Csongrád megyében (n=170). A minta kiválasztása célzottan történt. A felmérést kérdőív segítségével végeztem, amely nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott, kitöltése anonim volt. A kérdőív szerkesztésénél három témakört jelöltem meg, mely szerint a kérdéseket az oktatás, kutatás és menedzsment témák köré csoportosítottam, így az eredmények feldolgozásánál is ezt a struktúrát követtem. A kérdőív tartalmi részének összeállításánál nagymértékben támaszkodtam az ápolás szakfelügyeleti munkám során szerzett tapasztalatokra. Összesen 170 darab kérdőívet juttattam el postai úton, amely mellé felbélyegzett és megcímezett válaszborítékot mellékeltem. Összesen 110 darab kérdőív érkezett vissza és került feldolgozásra, ami 64,7%-os aránynak felel meg. A kérdőív adatait számítógépben rögzítettem és feldolgozásához egyszerű statisztikai módszert, százalékszámítást alkalmaztam.

III. Eredmények, megbeszélés

III.1. Általános rész

Az eredmények alapján a vizsgált szakdolgozók átlagéletkora 37 év.

A körzeti ápolók többsége korábban valamely fekvőbeteg – intézményben dolgozott, de később, főleg a gyermekvállalás után az egy vagy kétműszakos munkakör kedvezőbbnek bizonyult. Szakfelügyeleti munkám során is megfogalmazták az ápolók véleményüket, mely szerint a három műszakos munkarend összeegyeztethetetlen volt a családi élettel. Ezzel is magyarázható, hogy az alapellátásban lényegesen alacsonyabb a fluktuáció, mint a három műszakos ápolók körében.

A körzeti-közösségi ápolók munkájának szerves részét képezi a betegek otthoni ellátása. Mégis az a tapasztalat, hogy a háziorvosok egy része nem vagy alig foglalkoztatja a körzeti ápolót a területen. A rendelkezésre álló adatok szerint az utóbbi időben országos viszonylatban évről évre csökkent a körzeti ápolók otthoni látogatásainak száma, amely feltételezhetően az otthonápolási szolgálatok folyamatos működésével magyarázható (1.sz. táblázat).

1. táblázat: A körzeti ápolók és a látogatások száma

év	Körzeti ápolók száma	Körzeti ápolók látogatásainak száma	Egy ápolóra jutó beteglátogatások száma
2000	5859	4354669	743
2001	5825	3717324	638
2002	5854	3510898	600

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2002.

A csökkenést más tényezők is befolyásolhatják, például az is, hogy a praxisok jelentős része 1 fő körzeti ápolót alkalmaz, és a megnövekedett adminisztráció miatt kevesebb idő jut a betegek otthonában történő látogatásra.

A kérdőív további részében a praxis személyi feltételeire voltam kíváncsi (hány főből áll a praxis, ld. 1.ábra), és arra, hogy az ápolók milyennek ítélik az ott dolgozók munkakapcsolatát. Ez utóbbi kérdésre adott válaszok megoszlását szemlélteti a 2. ábra.

1. ábra



2. ábra



Az utóbbi években a számítógépes nyilvántartással és az új ápolási dokumentáció bevezetésével robbanásszerűen megnőtt az adminisztrációs tevékenység a praxisokban. Ugyanakkor a háziorvosok

89%-a finansziális megfontolásból nem alkalmaz asszisztensnőt, így az ápoló olyan fontos tevékenységeket, mint például betegoktatás, egészségfejlesztés és prevenció alig végez. Sajnos ezt a háziorvosi praxisok személyi feltételeiről szóló 4/2000 (II.25.) Eü.M rendelet is lehetővé teszi, hiszen 1 fő megfelelő képesítésű ápoló foglalkoztatását írja elő.

A team munka alapja a partnerség és az egyenrangúság. Az ápolók különböző iskolai végzettsége, eltérő szociális és társadalmi háttere is meghatározza a hierarchiában elfoglalt helyüket. A praxisban dolgozók munkakapcsolatát a körzeti ápolók 64%-ban hierarchikusnak, 16%-ban barátinak ítélte meg. Mindössze 5%-uk gondolja úgy, hogy egyenrangú partner, ami egy team munkában nagyon kedvezőtlen arány.

III.2. Oktatás, képzés

A magasabb szintű ápoláshoz több tudásra, speciális képességekre van szükség, hiszen az ápolói munka minőségét elsősorban a tudás határozza meg. Az ápolás fejlődik, ezért ebben a szakmában is szükségessé vált az élethosszig tartó tanulás (life long learning).

A megkérdezettek 5%-a rendelkezik főiskolai diplomával, közülük 2 fő diplomás ápoló. Ez utóbbi adat is jól tükrözi, hogy jelenleg a háziorvos ellenérdekelte abban, hogy drága és magasan képzett diplomás ápolót foglalkoztasson. Az ápolók többsége, azaz 62%-a egyéb szakképesítéssel is rendelkezik, amelyek megszerzését részben a korábban betöltött munkakör tette szükségessé.

A hospice tanfolyamot végzettség aránya kiemelkedő, ami elsősorban annak köszönhető, hogy az ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete 1997 óta folyamatosan szervez hospice alap és továbbképző tanfolyamot és a programot minden évben nagy érdeklődés kíséri.

Az ápolók tudásának folyamatos szinten tartása, valamint az új ismeretek elsajátítása érdekében elengedhetetlen a szakmai továbbképzéseken való részvétel. Az Eü. törvény 140.§-a kötelezi az ápolót szakmai ismereteinek folyamatos fejlesztésére és a 28/1998 (VI.17) NM rendelet megjelenése is jó ösztönzőnek bizonyult arra, hogy az ápolók rendszeresen látogassák a szakmával kapcsolatos rendezvényeket.

Az iskolai végzettség és az ezzel együtt járó szaktudás kijelöli az egyén helyét a szakmai hierarchiában. Az ápolókkal szembeni elvárás sokrétű. Egy foglalkozás társadalmi megítélése szempontjából lényeges a hozzá szükséges szaktudás és speciális képzés.

Kíváncsi voltam a körzeti ápolók fentiekkel kapcsolatos véleményére, azaz, milyen képzési formában történő részvételt tartanak indokoltnak? A válaszok egyértelműen igazolják, hogy a jelenlegi gyakorlat változtatásokat igényel. A megkérdezettek 42%-a tartja szükségesnek a szakirányú főiskolai képzésben történő részvételt, míg 22%-ban a szakmai tanfolyamot és 21%-uk a szakmai továbbképzést is elegendőnek tartja. Nem elhanyagolható, hogy az egyetemi képzést a válaszadók 8%-a tartja fontosnak egy magasabb erkölcsi, anyagi megbecsülés és elismerés reményében.

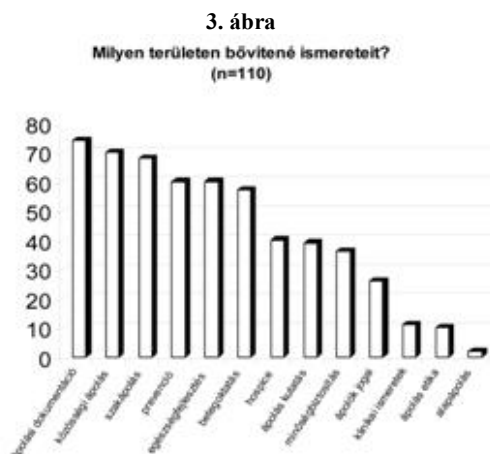
Az oktatás, képzés témakörben fontosnak tartottam megkérdezni az ápolóktól, hogy véleményük szerint szükség van-e a diplomás ápolók bevonására az alapellátásban. A válaszok különös figyelmet érdemelnek, hiszen a körzeti ápolók 68%-a érzi úgy, hogy szükség lenne rájuk. Tekintettel a kérdés jelentőségére, lehetőség volt a válasz indoklására, amelyek közül a leggyakoribbak a következők voltak.

Ápolók: „Magasabb szakmai felkészültséggel rendelkeznek. Sokat tehetnének azért, hogy az ápolás ne az orvosi munka része legyen. Segítenék tudásukkal az ápolás fejlődését. A társadalom jobban elismerné az ápolókat. Sok olyan magasabb szintű tevékenységet végeznének, amihez nekünk se ismeretünk, se időnk nincs pl.: szűrések, prevenció, oktatás egészségfejlesztés stb.”

Tájékoztattam arról is, hogy a praxisban dolgozók munkaidejük jelentős részét milyen tevékenységekre fordítják.

A kapott eredmények a témával kapcsolatos hipotézisemet is alátámasztják, mely szerint a megkérdezettek munkaidejük 47%-át az adminisztráció teszi ki. Kedvező fordulat ugyan, de meg növekedett adminisztrációt eredményezett, hogy a 4/2000 (II.25.) EüM. rendelet mely kötelezte az ápolókat arra, hogy az elvégzett ápolói tevékenységről feljegyzést készítsenek.

A körzeti ápolók jelentős része nem érzi elegendőnek jelenlegi szaktudását és a következő témakörökben bővítené ismereteit (3. sz. ábra).



III.3. Menedzsment

Egy szakmán belül az önállóság azt is jelenti, hogy az adott foglalkozásra kiképzett szakember képes legyen saját tevékenységének menedzselésére. Az ápolás az alapellátásban jelenleg nem önálló foglalkozás, hiszen a gyógyító tevékenység befolyása alatt működik. Az ápolók néhány eset kivételével a vállalkozó háziorvos alkalmazottjai és a praxisok 89%-ban az orvos menedzseli az ápolást. Jóllehet az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény lehetőséget ad arra, hogy a körzeti ápolók vállalkozóként is folytathassák tevékenységüket.

Kíváncsi voltam a fenti témakörrel kapcsolatban arra, hogy az ápolók véleménye szerint milyen mértékben próbálják saját érdekeiket érvényesíteni (4. sz. ábra).

4. ábra



Az eredmények tükrében elmondhatjuk, hogy az alapellátásban csírájában sincs jelen az a fajta törekvés, hogy az ápolók megfogalmazzák problémájukat és azzal a kíváncsatos szervhez forduljanak. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (2003. évi LXXXIII. Tv.), talán új utakat nyithat meg a szakmai érdekképviselet területén.

Szakfelügyeleti munkám során szerzett tapasztalataim is azt mutatják, hogy a körzeti-közösségi ápolók kevésbé aktívak, elsősorban a felsőbb ápolói vezetéstől és az egészségpolitika szereplőitől várják a megoldást.

Arra a kérdésre, hogy milyen akadályok nehezítik az ápolókat saját helyzetük változtatásában a 5. sz. ábra ad tájékoztatást.



III. 4. Kutatás

Ha egy szakma meg kíván felelni a hatékony és eredményes betegápolással szemben támasztott társadalmi követelményeknek, kutatáson alapuló gyakorlat szükséges.

Az ápolói kutatásnak kettős célja van: egyrészt bővíti az ápolás tudományos ismereteinek körét, másrészt fejleszti az ápolás gyakorlatát, ami a betegek ellátásának javulását eredményezi.

A megkérdezettek több mint fele, 58%-a fontosnak tartja az ápoláskutatást, de a „nemmel” válaszolók aránya is jelentős 40%. Kérdés az, mit értenek ápoláskutatáson azok az ápolási szakemberek, akiket képzésük során a kutatómunkára nem készítettek fel.

Arra a kérdésre, hogy kit bízna meg kutatási tevékenységgel (6. ábra), a válaszok többsége 84%-ban a diplomás ápolót jelölte meg, amely jelzi, hogy az alapellátásban a kutatáshoz szükséges szellemi tőke nincs jelen, ill. a körzeti ápoló ezt a feladatot nem kívánja felvállalni. Ez pedig a közösségi ápolás fejlődésének a visszamaradását eredményezi.



Összefoglalás, javaslatok

Az ápolók az egészségügyi rendszer meghatározó szereplői. Tevékenységük, felkészültségük befolyásoló tényezőt jelent a gyógyító tevékenység folyamatában. Az alapellátásban jelenleg nincs valódi alapellátási team, az ápolás az orvosi tevékenység befolyása alatt működik, az orvos menedzselésével. Az ápolók túlnyomó része hirdeti a nagyobb autonómiát, de kérdéses lehet az önállóság felvállalása, ha a szakemberek nincsenek megfelelő tudás birtokában. Ennek tényét válaszaikban is megerősítik, hiszen szükségesnek tartják a magasabban képzett ápolási szakemberek (diplomás ápolók) bevonását, akiket fejlesztő tevékenységekkel bízának meg.

Nyilvánvalóvá vált, hogy a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében olyan jól képzett, a betegségek megelőzésére vonatkozó speciális ismeretekkel rendelkező szakembergárdára van igény, akik hozzájárulhatnak a krónikus, nem fertőző betegségek által okozott halálozások csökkentéséhez.

Fontos, hogy a hagyományokkal ellentétben az új modellben az ápolás önálló hivatásként jelenjen meg, amely az orvosi hivatással partneri viszonyban, annak feladatait nem átvéve, hanem azt az ápolás oldaláról magasabb szinten és szélesebb körben kiegészítve szolgálja az ellátottak érdekeit.

Hazánkban ezekre a szakemberekre a háziorvosok mellett lenne szükség, velük szoros együttműködésben, annak érdekében, hogy a primer prevención keresztül, javuljon az adott terület lakosságának morbiditási és mortalitási helyzetét.

Elgondolkodtató, hogy míg a társadalomnak az ismert egészségügyi problémákkal kell szembenéznie, kíváncsú –e továbbra is a jelenlegi gyakorlat, mely szerint az alapellátásban az ápolók fő tevékenysége az adminisztráció és nem az ápolás.

Szakfelügyelő ápolóként a körzeti ápolók helyzetét közelebbről is megismerve úgy vélem, az ápolóknak aktívabb szerepet kell vállalniuk ahhoz, hogy a döntéshozók számára tudatosuljon az ápolás központi szerepe az egészségpolitikai célok megvalósításában.

A változtatás folyamatának azonban az egyik legfontosabb lépése, a probléma megfogalmazása. Írásomban az alapellátásban dolgozó ápolók jelenlegi helyzetének elemzésével ehhez szerettem volna hozzájárulni.

Irodalomjegyzék

1. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Csongrád Megyei Intézete
Ápolás szakfelügyeleti Osztály jelentései 2001-2002-2003.
2. Dr. Buda J. (1998). Községi egészségügyi ellátás elmélete és gyakorlata
POTE Egészségügyi Főiskolai Kar – Jegyzet
3. Egészséges nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010.
Célprogram a népegészségügyi problémák megelőzésére Magyarországon (2001).
Egészségügyi Közlöny LI: 16. 2238-2322.
4. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv (2002). Központi statisztikai Hivatal. Budapest,
5. Körtvélyesiné Samu Gy. (2003). Körzeti-közösségi ápolók szerepe az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában. *Nővér*, 16, 21-24.
6. Patrícia, A. D., és Arthur, D. (1999). Kutatómunka az ápolásban. Budapest
7. Puska, J., Toomilehto, A., és Nissinen, E. (1995). The North Karelia project, 20 year results and experiences. Eija Kling Yliopistopaino. Helsinki
8. Roberta, H. és Eileen, L. (1999). Bevezetés a közösségi ápolás módszertanába. Budapest, 14-62.
9. Samu Gyöngyi (2002). Növekvő ápolói kompetencia – avagy körzeti-közösségi ápolók továbbtanulási motivációja az ápolás szakfelügyelet tükrében. *Nővér Praxis*, 6, 30-33.
10. Sheila, T., Barbara, R., és Sarah, A. (1996). Községi ápolás és gondozás. Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatban

*Hajagos Orsolya, szülésznő, diplomás ápoló, okleveles ápoló hallgató,
Simmelweis Egyetem AOK I.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest*
*Dr. Feith Helga Judit, főiskolai adjunktus - Simmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar,
Népegésztani Intézet, Budapest*
Kovácsné Tóth Ágnes, főiskolai adjunktus - Széchenyi István Egyetem,

Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr

Összefoglaló

A szerzők azt vizsgálták, hogy milyen szerepkonfliktusokkal, munkahelyi, családi gondokkal küzdenek az egészségügyben dolgozó diplomás ápolónők, illetve orvosnők, és miként képesek ezekkel megbirkózni. Arra a kérdésre is keresi a választ, hogy a gyógyító – ápoló hivatást gyakorló nők életében a munka, illetve a családi feladatok mely szinteken mutatnak összeférhetetlenséget. A vizsgálat során az egészségi állapot, valamint egyes életmódi jellemzők tekintetében is gyűjtöttek adatokat.

A kutatás eszköze kvantitatív, önkitöltős kérdőív volt, amelyben zárt kérdések, értékelő skálák szerepeltek, és tartalmi analíziseket is végzett a szerző. A változók közötti kapcsolatok mérésére korreláció-számítást alkalmaztak.

A kérdőív kérdései a következő fő témakörben fogalmazódtak meg: a foglalkozás, a női szerepek, az egészség, egészségmagatartás és az életmód

A szerzők vizsgálatuk során szinte minden fő témakörben jellemző különbséget találtak a diplomás ápolók és az orvosnők csoportjának adatai között.

A probléma ismertetése, és az elméleti háttér

A női szerepek hatalmas változásokon mentek keresztül az elmúlt néhány száz évben. A hivatásának élő, szabad akaratából, képességeinek megfelelő munkát vállaló nő a XX. század társadalmi-gazdasági változásainak hatására kerülhetett be a női szereprepertoárba. Ezt megelőzően, a XIX. századig a nők nem tanulhattak kedvük szerint. A legújabb kor technikai és társadalmi változásai azonban teret nyitottak a nők továbbtanulásának, munkavállalásának (Laslett, 1983). Amióta a nők számára is kitárult a tudomány és a szakmai előmenetel kapuja, a férfiak ányékából lassan nemhogy kitörve, de egyre fényesebben tűndöklöve fektettek és fektetnek hatalmas energiákat abba, hogy maguknak megfelelő pályát válasszanak, majd minél többet megtanuljanak az adott területen, hogy később saját és munkatársai elvárásainak is megfeleljenek. Amikor azonban elérkezik a családalapítás, a gyermekvállalás ideje, óhatatlanul felmerül a kérdés, hogy mi lesz a munkával, a karrierrel. Mi a jó döntés ebben a helyzetben, illetve létezik-e egyáltalán jó döntés? Lehet-e egy nő egyszerre sikeres a munkájában és a magánéletében, vagy mindenképpen választani kell? Lemondásokkal, kompromisszumokkal kell élni az életüket, vagy megtalálható-e az a sokak által keresett arany középút? Lehet-e egyedül venni a karrier – gyermeknevelés kettőse által felállított akadályokat, vagy csak társsal, annak folyamatos támogatásával lehetséges mindez?

1895-ben Wlassics Gyula – korának kiemelkedő reformer gondolkodású minisztere – az 1895. évi 65719. számú rendeletében tette lehetővé, hogy nők egyetemi tanulmányokat kezdhesse (Kardos, Szögi, Kelemen, 2000). Magyarországon ezzel a rendelettel először ismerték el a nők jogát felsőbb szintű tanulmányok folytatásához. Kezdetben ezt csak korlátozott számban, és kizárólag az orvosi, bölcsész és gyógyszerészeti pályákon engedélyezték, de ettől az időtől kezdve törvényhozói szinten már senki nem kérdőjelezte meg a nők jogát a felsőbb szintű tanuláshoz. Azonban még jó néhány évtizednek kellett elteltie ahhoz, hogy az írott jog birtokában a nők korlátozás és nemi diszkrimináció nélküli ténylegesen élhessenek felsőoktatásbeli jogaikkal, hiszen csak az 1946. évi XXII. törvény mondta ki először, hogy nők az egyetemek valamennyi karára, valamint a főiskolákra hallgatókúl a megállapított létszám keretén belül minden korlátozás nélkül felvehetők. A felsőoktatási intézmények hallgatóinak egészét tekintve a nők aránya 1990-ben valamivel meghaladta a férfiakét és arányuk 2000-ig tovább nőtt. (Szögi, 1994).

Az elmúlt két évszázadban gyökeresen megváltozott a közmegítélés, társadalmilag teljesen elfogadottá vált, hogy egy nő tudományos érdeklődését érvényesítse. Az elmúlt évtizedekben a nők iskolázottsága jelentősen nőtt és megközelítette a férfiakét, sőt a fiatalabb korosztályokban még túl is haladta. A férfiak és nők közötti esélyegyenlőtlenség valódi okai nem vezethetők vissza arra a leggyakrabban hangoztatott indokra, hogy a férfiak iskolázottsági színvonala jóval meghaladja a nőké, hiszen bizonyított, hogy az iskolázottsági helyzet kiegyenlített. Az egyenlőtlenségek okai mélyebben keresendők, a férfiakkal és nőkkel szemben megfogalmazódó társadalmi elvárásokban, és az ezekkel összefüggésben álló, magukat makacsul tartó előítéletekben, amelyek a függetlenségre vágyó nő figurájával szemben fogalmazódnak meg. Ezért kerül különösen nehéz helyzetbe az a nő, aki egyszerre vágyik tudományos munkára, elismerésre, karrierre, de nem szeretne, vagy nem tud lemondani azokról a szerepekről, amelyeket a társadalom ősidők óta neki szánt, vagyis, hogy feleség, anya, a családi fészek melegének őrzője legyen.

Vizsgálat célja

A kutatás tárgya és célkitűzése annak feltárása, hogy milyen szerepkonfliktusokkal, munkahelyi, családi problémákkal küzdenek a mai magyar egészségügyben dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők, illetve miként képesek ezekkel megbirkózni. Arra a kérdésre is keresem a választ, hogy a gyógyító – ápoló hivatást gyakorló nők életében a munka, illetve a család mely szinteken okoz összeférhetetlenséget. Feltérképeztük a hivatással kapcsolatos érzelmeket, a női szerepek sokszínűségét, a karrier – és a családépítés okozta nehézségeket, valamint a jelenlegi egészségi állapotot illetve egészségmagatartást és az életmódot.

Vizsgálati módszerek és minta

Kutatási módszerként leíró statisztikai megközelítésben a kérdőíves felmérés módszerét választottuk. A kutatás eszköze a kvantitatív, postai önkitöltős kérdőív, amelyben zárt kérdések, értékelő skálák és tartalmi analízisek segítségével vizsgáldtunk. Az adatok feldolgozása az SPSS for Windows 13.0 statisztikai programcsomag felhasználásával készült, a változók közötti kapcsolatok mérésére korreláció-számítást alkalmaztunk.

Az előzetes engedélyek megszerzését követően 963 kérdőívet postáztunk ki az ország hat kórházába. Összesen 409 darab érkezett vissza, 204 orvosnő és 205 diplomával rendelkező ápoló tisztelt meg bennünket válaszával.

A felmérés 2005. május és 2005. október között, az alábbi hat városi, illetve megyei kórház munkatársainak részvételével és együttműködésével készült:

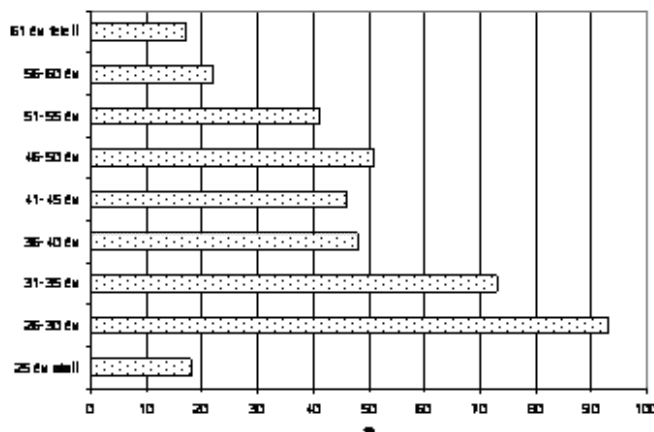
- Budapest: Szent János Budai Egészségügyi Regionális Centrum
- Győr: Petz Aladár Megyei Oktatókórház
- Zalaegerszeg: Zala Megyei Kórház

- Salgótarján: Szent Lázár Megyei Kórház
- Eger: Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház - Rendelőintézet
- Gyula: Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórház

A kutatás során összesen 963 kérdőív került kipoztázásra, tehát a visszaérkezési arány 42,5% volt.

A válaszadók életkorukat tekintve 22 és 66 év közöttiek voltak, és az alanyok fele 37 évnél fiatalabb. Az átlagéletkor 39,7 év volt. A válaszadók életkor szerinti csoportjainak létszámát az 1. ábra szemlélteti.

1. ábra: Életkor szerinti csoportok létszáma



Állandó lakhelyként legtöbbször valamelyik megyeszékhelyet vagy a fővárost adták meg (összesen 70%). Városban lakik a minta 17%-a, község mindössze 13%-ban fordult elő, tanyát pedig csak egyetlen válaszadó jelölt meg. A kérdőív kitöltőinek több mint fele (57%) értelmiségi, kétgyermekes családból származik, de egyharmaduk az elsőgenerációs értelmiségiek táborát gazdagítja. Ennél a kérdésnél fontosnak tartottuk külön vizsgálni az orvosnők és az ápolónők szüleinek iskolai végzettségét, hiszen azt feltételeztük, hogy az orvosnők sokkal nagyobb arányban kerülnek ki értelmiségi családból, mint az ápolónők. Az adatok szerint az ápolónőknél a szülők jelentős többsége (68,5%) nem érettségizett le, ezzel szemben az orvosnők szülei ugyanekkora arányban érettségiztek, illetve szereztek diplomát.

Eredmények

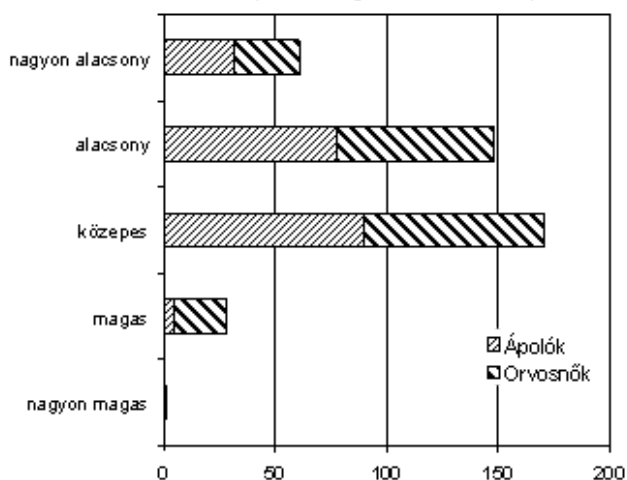
A kérdőív kérdései három fő témakörben foglalmazódtak meg:

- a foglalkozás,
- a női szerepek,
- az egészség, egészségmagatartás és az életmód.

Foglalkozás

A válaszadók 42%-a közepesnek, 51%-uk pedig alacsonynak, illetve nagyon alacsonynak értékelte választott hivatásának presztízsét, csupán egyetlen kérdőívben került jelölés a „nagyon magas” presztízs mellé (2. ábra).

2. ábra: A foglalkozás presztízsének megítélése

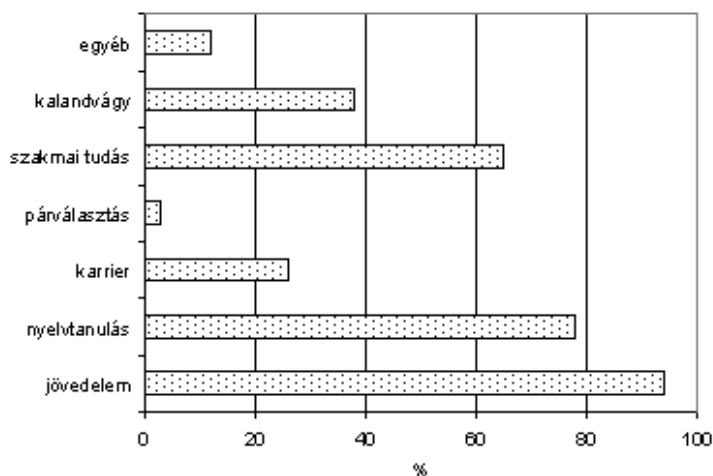


Sajnálatosan a jövőképük sem túl optimista, ugyanis mindössze 14% gondolja úgy, hogy elismertségük a jövőben megerősödhet. A többség véleménye szerint ez nem változik, és közel egyharmaduk úgy vélekedik, hogy nemhogy erősödne, hanem tovább csökken. Talán ez is szerepet játszhat abban, hogy a válaszadók egytizede sokszor gondolt már arra, hogy elhagyja választott hivatását, és közel a fele ritkán ugyan, de gondol rá. A minta 24%-a tervezi, hogy külföldön folytatja hivatása gyakorlását, közülük 13% már lépéseket is tett terveinek megvalósítása érdekében. Azonban a külföldi munkaterv és a presztízsmegítelés összevetésekor kiderült, hogy korrelációs számítás eredménye $p=0,067$ (0,01 szignifikancia szinten), vagyis nincs összefüggés a két változó között.

A külföldi munkavállalás mégis több okból is kecsegtető a gyógyító-ápoló hivatás gyakorlóinak számára. Legtöbbször a jövedelmi lehetőségek miatt mennének, de jelentős érv a nyelvtanulás és a szakmai tudásszerzés. A karrierépítés és a kalandvágy már csak kisebb

arányban szerepelt, a párválasztás pedig mindössze 3 esetben. A válaszok megoszlásának százalékos arányait a 3. ábra szemlélteti.

3. ábra: A külföldi munkavállalási szándékot befolyásoló tényezők



A szakmai előrejutással kapcsolatos kérdésre kapott válaszok alapján 17,1% nem elégedett, illetve egyáltalán nem elégedett, azonban a többség (vagyis a maradék 82,9%) kisebb-nagyobb mértékben ugyan, de elégedettnek vallja magát ezen a téren. Ennek ellenére mégis összefüggést feltételeztünk a szakmai előrejutással kapcsolatos elégedettség mértéke és a külföldi munkavállalás között. Számításaink eredményeképpen be is igazolódott, hogy 0,01 szignifikancia szinten összefüggés van a két változó között ($p = 0,199$). Vagyis valaki minél kevésbé elégedett munkahelyi előmenetelével, annál gyakrabban gondol külföldi munkavállalásra.

A következő kérdéscsoport a hivatalos munkaidőn túli terhekre vonatkozott. A válaszokból kiderült, hogy 20%-ot leszámítva – változó mértékben ugyan – de túlórázásra kényszerülnek mind az orvosnők, mind az ápolónők. Kihangsúlyozandó, hogy egynegyedük heti nyolcnál is több plusz órát dolgozik, azonban közel négyszer annyi orvosnő tartozik ebbe a csoportba, mint ápoló. A két foglalkozás összehasonlításakor kiderült, hogy az orvosnők szignifikánsan többet túlóráznak, mint az ápolók ($p = 0,395$).

Női szerepek

A válaszadók 78%-ának véleménye szerint a nők mindennapi élete sokkal nehezebb a férfiakéhoz képest. Ezen az arányon nincs is mit csodálkozni, ha figyelembe vesszük, hogy a válaszok 62% szerint a társadalom jobban megbecsüli azt a nőt, aki dolgozik, ugyanakkor 83%-os arányban gondolják úgy, hogy inkább a nők feladata a gyermekekről és a családról gondoskodni nap, mint nap. Itt jól kirajzolódik a családanya és a dolgozó nő szerepe közötti konfliktushelyzet, azonban csak egyharmaduk gondolja úgy, hogy összeegyeztethetetlen lenne a család és a munka kettőse.

A minta nagyjából egyharmadának véleménye szerint több szempontból is hátrányt szenvednek az egészségügyben dolgozó nők férfi kollégákkal szemben. 36%-uk rosszabbnak ítéli egészségi állapotát a férfi kollégákhoz viszonyítva, és 29%-uk szerint a férfiak a nőknél jobban és könnyebben be tudnak illeszkedni egy munkahelyre. A válaszok alapján úgy gondoljuk, hogy a nők valamelyest büntudatot éreznek munkaszeretetük, karriervágyuk miatt, hiszen majdnem 50%-uk úgy gondolja, kevesebb lenne a válás, ha az asszonyok a gyermekneveléssel és a háztartással foglalkoznának. Ezzel azonban visszakanyarodnánk oda, ahonnan két évszázaddal ezelőtt elindultunk. Bár bizonyára sokan vannak olyanok is, akik örömmel vennék ezt az időutazást, hiszen 40% szerint háziasszonynak lenni ugyanolyan önmegvalósítás, mint egy jó karrier. Abban bízunk, hogy nem kell választani a magánélet és a karrier között, annál is inkább, hiszen a feldolgozott adatok értelmében 69%-ban mindkettőt egyformán fontosnak tartják, 26%-ban a magánéletet, a családot, illetve az anyaságot helyezik előtérbe, és csupán 5% gondolja fontosabbnak a szakmai karriert.

A gyermekvállalás kérdése legalább egyszer felmerül minden nő életében. A válaszadók 86%-a is úgy vélekedik, egy nőnek nem lehet teljes az élete gyermek(ek) nélkül. Sőt, közel 40%-uk szerint még akkor sem szabad lemondani egy nőnek az anyaságról, ha egyedülálló. Az anyaság ösztöne tehát kitörölhetetlen a nőkből, pedig a kérdőív kitöltői is egyöntetűen negatív véleményt fogalmaznak meg a gyermek és a munkavállalás kapcsolatáról. A kapott eredmények értelmében a gyermekesek nehezebben találnak munkát, de ha mégis sikerül, a gyermek(ek) betegsége miatti hiányzás veszélyezteti az állást. A munkáltatók könnyebben bocsátják el a gyermeket szülő vagy szülni szándékozó munkavállalót, illetve GYES után is bizonytalanabb a munkahely. Aki pedig hosszú ideig otthon marad gyermekével, nem számíthat jelentősebb karrierre.

A karrierépítés, az egzisztencia kialakítása és még számos egyéb személyes, belső tényező állhat annak háttérében, hogy azok a megkérdezettek, akik még nem szültek, 25 éves koruk előtt nem is terveznek gyermeket. Az első nagyobb kiugrás a 28-32. életév között van, aminek háttérében orvosnőknél az első szakvizsga megszerzését, ápolók esetében pedig a biztos munkahely és egzisztencia megteremtését feltételezem. A kutatás tanulsága szerint még egy kiemelkedő időszak van az első gyermek vállalása tekintetében, mégpedig a 35 éves kor. Véleményünk szerint ennek oka az a tudományosan igazolt tény, miszerint a 35 év feletti anyai életkor esetében a kromoszóma-rendellenességek előfordulási gyakorisága jelentősen megnő, komoly kockázati tényezőt jelent. Az anyai életkor emelkedésével egyre több terhespatológiai kórkép fordul elő, és a császármetszés szükségessége is gyakrabban merül fel (Papp, 2002). Mindezek ismeretében kissé meglepő, hogy a válaszadók 7,1%-a 35. életéve utánra tervezi az első gyermekszülést.

A válaszadók 66,4%-a szeretne otthon maradni gyermekével annak három éves koráig. Azonban úgy tűnik, végül a nők rákényszerülnek, hogy valamilyen okból mégis előbb visszatérjenek munkájukhoz. Ezt támasztják alá azok az adatok, amelyek azon válaszadóktól származnak, akik már maguk mögött tudják a GYED és a GYES időszakát. Eszerint tehát az első gyermek esetében mindössze 26,5% maradt otthon három évig, 32,1% kettő év után tért vissza dolgozni, és 37,1% már egy év után újra munkába állt. Megközelítőleg azonos adatok érkeztek a második, illetve harmadik gyermek kapcsán is, mindössze annyi különbséggel, hogy néhány százalékkal tovább csökkent a harmadik évig otthon maradók aránya. Az adatokból tehát kitűnik, hogy sokkal kevesebb édesanya használja ki és tölti munkahelyétől távol a gyermek születését követő első három évet, mint ahányan ezt szeretnék, vagy tervezik.

A női szerepek kapcsán fontos kérdés az is, hogy mennyire egyeztethető össze a hivatás és a magánélet. Sikerül-e különválasztani

az otthon és a munkahelyet, vagy minden igyekezet ellenére a munkahelyi nehézségek feldűlják az otthon nyugalmát, vagy éppen fordítva, a magánélet problémái befolyásolják hátrányosan a munka minőségét. A feldolgozott adatok alapján lényegesen gyakrabban (44,4%) alakul ki családi konfliktus munkahelyi okokból, mint fordítva (19,4%). Az eltérő arányok ellenére az okok szinte azonosak, vagyis az ügyeletek, a gyermekkel kapcsolatos problémák, az időhiány, illetve a problémák átvitele otthonról a munkahelyre vagy a munkahelyről otthonra. Nehézségek ellenére csekély arányban (0,5%) érzik össze nem egyeztethetőnek és 21,9%-ban nehezen összeegyeztethetőnek a hivatást és a magánéletet. Megnyugtató, hogy a fennmaradó jelentős hányad így vagy úgy, de képes összehangolni életének eme két meghatározó elemét. Ugyanakkor, ha megvizsgáljuk az ápolók és az orvosnők közötti megoszlást, kiderül, hogy míg az ápolók esetében nem találunk összefüggést, addig az orvosnők esetében szignifikánsan nagyobbak a szerepkonfliktusból eredő problémák aránya. A korreláció számítás értelmében 0,01 szignifikancia szinten a foglalkozás és a szerepkonfliktus között összefüggés van ($p=0,271$).

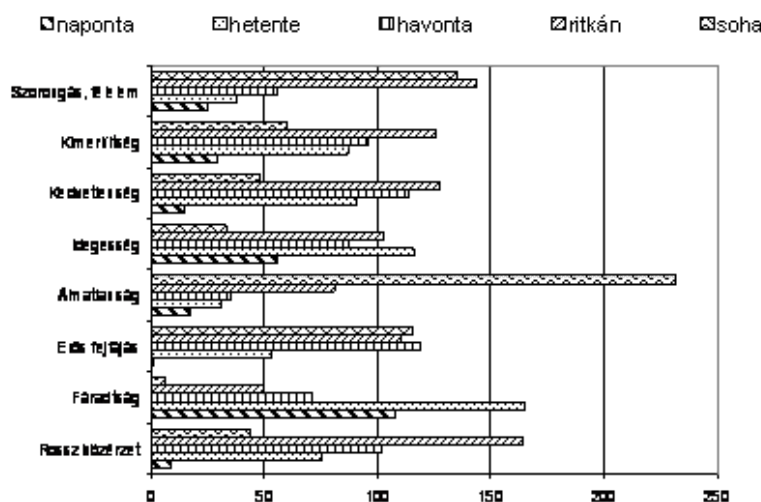
Egészség, egészségmagatartás, életmód

Az már az előzőekben egyértelműen kiderült, hogy a gyógyító – ápoló hivatás gyakorlóira nagy munkaterhelés, sok pluszmunka és ügyelet hárul, és ehhez társulnak még a családdal kapcsolatos teendők. Felmerült bennem a kérdés, vajon jut-e elég idejük az alváásra, önmagukra, a szépségápolásukra, az egészségükre, a táplálkozásukra? Munkájuk végeztével marad-e energiájuk a rendszeres testmozgásra, kulturális feltöltődésre, kirándulásra, családi programokra? A kérdőív segítségével minden kérdésemre választ kaptam. Elsőként az alvási habitust igyekeztem felmérni. A válaszadók hétköznapi átlagosan 6,5 órát, ügyelet nélküli hétvégén közel 8 órát alszanak. Véleményem szerint ez kevés a kipihent állapot eléréséhez, és ezt a kutatás adatai részben igazolják is. A minta 15,2%-a szinte soha nem ébred pihenten, és csak 12,5% mondja azt, hogy mindig fitten kel fel reggelente. Az eredmények közül kiemelendő, hogy hétköznapi átlagként a válaszadók több, mint fele 6 órát vagy annál kevesebbet tölt alvással, és több, mint 80%-uk hétvégenként sem alszik többet nyolc óránál.

A pihentető alvás mellett az egészség fontos tényezője a rendszeres testmozgás. Naivitás lenne azt hinni, hogy a már megismert női terhek mellett elég idő jutna a rendszeres sportolásra. 11,8%-ot leszámítva rendszeresen vagy rendszertelenül ugyan, de a válaszadók szakítanak időt a mozgásra, sportolásra.

A válaszadók minősítették saját egészségi státuszukat. Legnagyobb arányban (61,4%) jónak értékelték azt, sőt, 4% egyenesen kiválóan érzi magát. Egyharmaduk a közepes kategóriába sorolták magukat, és mindössze 4,2% sorolja magát a rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotba. A kedvező értékelés ellenére a minta 62,1%-a megjelölt legalább egy egészségi problémát, illetve 54,5%-uk lokalizált szervezetében fájdalmat. A leggyakoribb problémákat a gyakori fejfájás, az ízület – és mozgásszervi betegségek, a gerincbántalmak, illetve a túlsúly okozzák. Ezekből következik, hogy a fájdalmak is leggyakrabban az ízületekben, mozgásszervekben és a gerinc környékén jelentkeznek. A testi megterhelések mellett a gyógyító – ápoló hivatás köztudottan nagy lelki terheléssel is jár. A pszichés stresszorok nemritkán szomatikus tünetekhez vezetnek, ezzel esetleg megkeserítve vagy akár megnehezítve a mindennapi életet. Ilyen pszichoszomatikus tünetként említeném a rossz közérzetet, a fáradtságot, erős fejfájást, tartós álmatlanságot, idegességet, kedvetlenséget, kimerültséget, illetve a szorongást és félelmet. A feldolgozott adatok alapján erős fejfájással, napi rendszerességgel senki nem küzd, ugyanakkor hetente egyszer 13,3%, havonta pedig egyharmaduk szenved tőle, viszont a szerencsésebb harmadnak soha nem keseríti meg a napját ez a tünet. A leggyakrabban előforduló szimptóma a fáradtság. Mindennapos fáradtságot panaszol a minta közel egyharmada, és 41%-uk hetente érzi ezt, és itt volt a legkisebb a „soha” választ adók aránya is. Rossz közérzet, kedvetlenség és kimerültség és idegesség kevesebbszer jelentkezik, gyakorisága havonkénti, de inkább ennél is ritkább. Ugyancsak kedvezőbb a szorongás és félelem előfordulási frekvenciája, leginkább ritkán (36%) vagy soha (34%) fordul elő a válaszadók körében, a legkedvezőbb eredmény pedig a tartós álmatlanság tüneténél született. Itt ugyanis közel 60% volt a „soha” választ adók aránya, és évente néhányszor is csak a minta alig egynegyede szenved tőle. (4. ábra)

4. ábra: Leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek



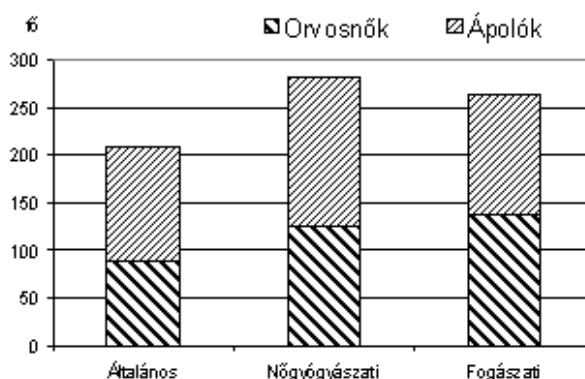
Vizsgáltuk azt is, hogy a kutatásba bevont nőknek mennyi idejük marad önmagukra, szépségápolásukra, pihenésükre, kikapcsolódásukra, illetve, hogy fontosnak tartják-e, hogy mások egészségének megóvása illetve visszaállítása mellett a saját egészségi állapotukat is figyelemmel kísérik.

Fodrászhoz 69%-uk jár rendszeresen, kozmetikushoz már csak fele ennyien jutnak el, és további néhány százalékkal kisebb azoknak az aránya, akik évente többször is megtehetik, hogy elutazzanak kikapcsolódás céljából. A szórakozási formák közül legtöbbször baráti összejövetelekre (82,1%), illetve kirándulni (77,4%) járnak, de a minta egynegyede legalább egyszer moziba és

színházba is eljutott az elmúlt két hónapban.

A saját egészségi állapotot illetően a válaszokból megállapítható, hogy alig több mint a minta fele vesz részt évente általános szűrővizsgálaton. Fogászati szűrésre 64,4% megy el évente. A nőgyógyászati szűrővizsgálatok kapcsán már valamelyest kedvezőbb az arány (68,8%), de azt gondoljuk, itt csak a 100%-os részvétel lenne elfogadható. A foglalkozás szerinti bontás után további meglepő eredményként említeném, hogy az általános és a nőgyógyászati szűrések esetében összefüggés van a foglalkozás és a vizsgálatokon való megjelenés között. (5. ábra)

5. ábra: Résztétel szűrővizsgálatokon



Az ápolónők bizonyítottan nagyobb arányban veszik igénybe az évenkénti szűrővizsgálatokat, mint az orvosnők (0,01 szignifikancia szinten $p=0,147$).

Következtetések, javaslatok

Feltételeztük, hogy az orvosnők sokkal nagyobb arányban kerülnek ki értelmiségi családból, mint az ápolónők. Ennek igazolására külön-külön vizsgáltam az ápolónők és az orvosnők szüleinek iskolai végzettségét. A feldolgozott adatok értelmében az ápolók esetében a szülők jelentős többsége (68,5%) nem érettségizett le, ezzel szemben az orvosnők szülei ugyanekkora arányban érettségiztek, illetve szereztek diplomát. Az eredmény nem meglepő, hiszen az ápolói hivatás csak az 1989 / 1990-es tanév óta fejleszhető diplomás szintig. Azelőtt a nők nem azért lettek ápolók, hogy kariert építsenek, vagy vezető szerepre törekedjenek, hanem hogy segítsék a beteg, esetleg haldokló embert gyógyulásában vagy méltó halálában. 1989/1990-es tanévig nem is volt lehetőség diplomaszerzésre ápolói szakterületen, így az értelmiségi családok gyermekei csak ritkán választották ezt a hivatást. Napjaink és persze a jövő ápolója magasan képzett szakember, aki képes helytállni a betegágy melletti munkában ugyanúgy, mint az elméleti kérdések megoldásában. Tudása mélyreható és szerteágazó, körülöleli nemcsak az ápolás tudományát, de számos kapcsolódó diszciplínát is. A főiskolai diploma megszerzését követően pedig 2003 óta egyetemi szintű oklevél megszerzésére is lehetőség van.

Mindezek ismeretében feltételeztük, hogy a következő ápolói generációnál elvégzett, hasonló irányú vizsgálatok már sokkal magasabb arányban igazolnák az értelmiségi szülő(k) jelenlétét.

A kérdőív eredményeképpen kiderült, hogy a külföldi munkavállalást fontolgatók aránya 24%, vagyis a vizsgált minta közel egynegyede. Azt gondoltuk, hogy a külföldi munkavállalás oka lehet a szakma nem megfelelő megbecsültsége. A válaszadók 42%-a közepesnek, 51%-uk pedig alacsonynak, illetve nagyon alacsonynak értékelte választott hivatásának presztízsét, csupán egyetlen kérdőívben került jelölés a „nagyon magas” presztízs mellé. Sajnálatosan a jövőképük sem túl optimista, ugyanis mindössze 14% gondolja úgy, hogy elismertségük a jövőben megerősödhet. A többség véleménye szerint nem változik, és közel egyharmaduk úgy vélekedik, hogy nemhogy erősödjön, hanem tovább csökken. Talán ez is lehet az oka annak, hogy a minta 24%-a tervezi, hogy külföldön folytatja hivatása gyakorlását, közülük 13% már lépéseket is tett terveinek megvalósítása érdekében. Azonban a külföldi munkaterv és a presztízsmegítélés összevetésekor kiderült, hogy korrelációs számítás eredménye $p=0,067$ (0,01 szignifikancia szinten), vagyis nincs összefüggés a két változó között. Ugyanakkor a szakmai előmenetellel kapcsolatos elégedettség és a külföldi munkavállalás között összefüggést találtunk ($p=0,199$). Vagyis valaki minél kevésbé elégedett munkahelyi előmenetelével, annál gyakrabban gondol külföldi munkavállalásra.

Úgy gondoljuk, mindenképpen kedvezne az itthon maradó szakemberek arányának, ha nőne a megbecsülés, a presztízs. Tanulmányaink során magunk is megtapasztalhattuk, hogy nemhogy a laikusok, de sokszor az egészségügyi dolgozók sincsenek tisztában azzal, hogy a főiskolai illetve egyetemi diplomával rendelkező ápolók milyen széles körű és részletes ismeretekkel rendelkeznek.

Feltételeztük továbbá, hogy az orvosnők és az ápolónők rendszeresen jelentős pluszmunkára kényszerülnek. A válaszokból kiderült, hogy 20%-ot leszámítva – változó mértékben ugyan – de túlórázásra kényszerülnek mind az orvosnők, mind az ápolónők. Kihangsúlyozandó, hogy egynegyedük heti nyolcnál is több plusz órát dolgozik, azonban közel négyszer annyi orvosnő tartozik ebbe a csoportba, mint ápoló. A két foglalkozás összehasonlításakor pedig kiderült, hogy az orvosnők szignifikánsan többet túlóráznak, mint az ápolók ($p=0,395$). Az orvosnők plusz munkája hátterében sok esetben az elhúzóódó műtétek, adminisztratív munkák állnak. A válaszadók 62%-a szerint nagyobbak, 34%-a szerint hasonlóak, és mindössze 4%-a szerint alacsonyabbak az orvosnők terhei a diplomás ápolók terheéhez képest.

Feltételeztük, hogy az egészségügyben dolgozó diplomás nők csak nehezen, vagy egyáltalán nem képesek összeegyeztetni a hivatásukat és a magánéletüket. A feldolgozott adatok értelmében részben ugyan, de komoly problémát jelent a munkahelyi problémák megfelelő kezelése és megoldása, illetve a hivatás és magánélet összeegyeztetése. Bár ez utóbbi kapcsán fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a legnagyobb arányban (33,8%) a „nem igazán probléma” kategóriába sorolták a válaszadók ezt a kérdést, ami valamelyest ellentmond feltételezésnek, miszerint az egészségügyben dolgozó diplomás ápolók és orvosnők csak nehezen, vagy egyáltalán nem képesek összeegyeztetni a hivatásukat és a magánéletüket.

Ugyanakkor, ha megvizsgáljuk a két hivatás közötti megoszlást, kiderül, hogy míg az ápolók esetében nem találunk összefüggést, addig az orvosnők esetében szignifikánsan nagyobbak a szerepkonfliktusból eredő problémák aránya. Ez elvégzett korreláció számítás értelmében 0,01 szignifikancia szinten a foglalkozás és a szerepkonfliktus között is összefüggés van ($p=0,271$). Vagyis ennek értelmében az egészségügyben dolgozó diplomás ápolók esetében nem bizonyítható, hogy magánéletük és hivatásuk nehezen összeegyeztethető lenne, ugyanakkor az orvosnők életében kifejezetten nagyobb a szerepkonfliktusok aránya.

A szűrővizsgálatokon való megjelenés aránya mindkét hivatás képviselői esetében 60% felett van, de azt gondolom, itt csak a 100%-os részvétel lenne elfogadható. Az ápolók bizonyítottan nagyobb arányban veszik igénybe az évenkénti szűrővizsgálatokat, mint az orvosnők (0,01 szignifikancia szinten $p=0,147$).

Kutatásunkban együtt vizsgáltuk az orvosokat és az ápolókat, mint az egészségügyben dolgozó diplomás nőket. Azt gondoltuk, hogy egyformán érintik őket a nehézségek, hiszen ugyanazon terület közel hasonló szintjén, bár különböző kompetenciával dolgoznak. Feltételeztük, hogy hasonló szerepeikből adódóan lehetséges szerepkonfliktusaik, problémáik, illetve azok mértékei is hasonlóak. Az adatok analízise során azonban egyértelműen kiderült, hogy az ápolók helyzete kedvezőbb, terheik saját megítélésük szerint is kisebbek, szerepeik megélésével és összehangolásából eredő konfliktusaik ritkábbak, könnyebben kezelhetőek.

A téma mindenképpen érdemes lenne további kutatásokra, mind jelen helyzet további vizsgálatára, mind pedig a későbbi helyzet felmérésére és összevetésére.

Irodalomjegyzék

1. Feith H., Balázs P. (2004). Kékharsnyák szorításában. Valóság, 10, 44-56.
2. Kardos J., Szögi L., Kelemen E. (2000). A magyar felsőoktatás évszázadai. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 45-52.
3. Laslett, P. (1983). A nő szerepe a nyugati család történetében. In: Sullerot, E. (szerk.): A női nem. Tények és kérdőjelek. Gondolat, Budapest, 483-508.
4. Papp Z. (2002). A szüléset – nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 259.
- Szögi L. (1994). Hat évszázad magyar egyetemei és főiskolái. Magyar Felsőoktatás, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Önkéntes betegápolók a Hospice és Geriátriai osztályokon

Magyar János, Semmelweis Kórház Miskolc, Hospice osztály

Összefoglaló

Az egészségügyben az önkéntességről mindenkinek a veradás jut eszébe először, azonban az önkéntesek más szerepben is megjelenhetnek a kórházakban.

A szerző kutatásának célja az volt, hogy felmérje az önkéntesek munkája iránti igényt és a munkájukkal való elégedettséget a betegek és az ápolók körében. A kutatást a miskolci Semmelweis Kórházban végezte 2002-ben és 2005-ben a krónikus betegeket ellátó osztályokon (hospice, geriátria), valamint a sebészet és a belgyógyászat egy-egy részlegén.

A kutatás eredményei azt igazolták, hogy mind a betegek, mind az ápolók igénylik az önkéntesek munkáját. Az önkéntesek képesek voltak hatékonyan, a betegek és az ápolók meglegedésére végezni munkájukat. A betegek és az ápolók nem csak elfogadták, de kérték is az önkéntes segítségét az ápolás során.

A szerző fel kívánja hívni a figyelmet az újszerű kezdeményezés előnyeire, és az ápolásban jelenleg még kihasználatlan lehetőségeire, melyek a betegek és az ápolók érdekét egyaránt szolgálják.

A probléma ismertetése

Jól ismert tény az u.n. fejlett társadalmak „előregedése”. Ez a folyamat hazánkra is jellemző, e mellett a krónikus betegségben szenvedők száma évről évre növekszik. (Szabó, 2000) Az egészségügyi ellátó rendszer próbál ezzel a kihívással lépést tartani, de mint tudjuk, a krónikus betegek fekvőbeteg ellátása nagy feladatot ró az egészségügyre és a családokra is. A kórházi osztályok ápolói nagymértékben túlterheltek mind fizikailag, mind pszichésen. Ez a betegellátás minőségének romlásához vezet. Ennek elődleges oka véleményem szerint nem az ápolás színvonalában keresendő, hanem inkább az egy beteg ellátására fordított (fordítható) időben. A probléma megoldására kézenfekvőnek tűnik a hozzátartozók aktív bevonása az ápolásba. Ez lenne a legjobb megoldás, azonban nem mindenki tudja, vagy akarja felvállalni beteg, idős hozzátartozója ápolását, gondozását. Ebben a helyzetben megoldást jelenthet

képzett önkéntes betegápolók bevonása a kórházi, illetve otthoni fekvőbeteg ellátásba. Az önkéntes laikus, de – megfelelő oktatás révén – képes a hozzátartozóhoz hasonlóan az alapvető és magasabb rendű szükségletek kielégítésére. (Fáy, 2002)

Fogalmak magyarázata

„Egészségügyi önkéntes: az a személy, aki egyéni indíttatás és társadalmi igény alapján, humanitárius célból, ellenszolgáltatás nélkül fizikai és lelki támogatást nyújt, pozitív közösségi értéket közvetít az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjein. Sajátos élethelyzetből fakadó olyan szükségletet elégít ki, melyek az egészségügyi ellátás során – a szakmai követelmények teljesítése ellenére – kielégíthetetlenek maradnak.” (Hegedűs, Szy szerk., 2002)

„A hospice a haldokló - elsősorban daganatos - betegek humanus gondozását végző szervezet. A hospice gondozás célja a betegek életminőségének javítása (testi és lelki szenvedéseik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása), valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében.” (www.hospice.hu)

Geriátria: „A geriátria az idős emberek orvoslásának holisztikus megközelítésen alapuló tudománya”. (Székács szerk., 2005)

A vizsgálat célja

A kutatás célja, hogy leírja, milyen hatása van az önkéntes betegápolók foglalkoztatásának a krónikus fekvőbeteg ellátó osztályokon a betegek életminőségére, valamint a betegápolás minőségének javítására.

A kutatás további célja annak feltárása, hogy mit tud segíteni az önkéntes a betegnek, az ápolónak és mennyire elégedettek a felmérés alanyai az önkéntesek munkájával. Milyen mértékben képes az ápoló az önkéntessel együttműködni a beteg érdekében? Mik az elvárások az önkéntesek munkájával szemben és az elvégzett munkával mennyire elégedettek a betegek és az ápolók? Milyen mértékben vonható be az önkéntes a napi ápolási feladatokba és mennyire használják ki ezt a lehetőséget a betegek, az ápolók, esetleg az orvos vagy a hozzátartozók?

Hipotézisek

- Feltételezem, hogy valós igény jelentkezik az önkéntesek munkájára a betegek és az ápolók részéről a betegápolás során.
- Feltételezem, hogy az ápolók elzárkóznak az önkéntesek foglalkoztatásától, nem látják őket szívesen a betegágyánál.
- Feltételezem, hogy az önkéntesek képesek segíteni a betegellátást a betegek és az ápolók szempontjából egyaránt.
- Feltételezem, hogy az önkéntesek elsősorban a betegek alapvető, fiziológiai szükségleteinek kielégítését segítik.
- Feltételezem, hogy összefüggés van az önkéntesekkel való elégedettség és a kutatás alanyainak az ápolási folyamatban elfoglalt helye között.
- Azt is feltételezem, hogy az önkéntes munka holisztikusabbá teszi a betegápolást, és hozzájárul az ápolás minőségének javításához.

A kutatás módszere és előzményei

Jelen kutatást megelőzte egy igényfelmérő vizsgálat, melynek célja az volt, hogy kiderítsem: van-e igény a kórház egyes osztályain az önkéntes segítők munkájára. Ez a miskolci Semmelweis Kórház hospice, geriátriai, gasztroenterológiai és sebészeti osztályain történt, 2002. október és november hónapban. A kutatást a kérdőíves adatfelvétellel bonyolítottam le. A betegek kérdőíve 2 zárt és 8 nyitott kérdésből állt. Az ápolók kérdőíve 4 zárt és 5 nyitott kérdésből állt. A betegeknek kiadott 120 kérdőívből 81 volt értékelhetően kitöltve. Az ápolóknak kiadott 65 kérdőívből 51 volt értékelhetően kitöltve. A betegek válaszadási aránya 67,5%, az ápolóké 78,46%.

A jelenlegi kutatás célja, hogy feltárjam mennyire elégedettek a betegek és az ápolók az önkéntesek munkájával. A kutatás helye: a miskolci Semmelweis Kórház hospice és geriátriai osztályai, ideje: 2005. június-október. A kutatásban az előző vizsgálatához hasonlóan a kérdőíves módszert alkalmaztam. A kérdőívek a hospice és a geriátriai osztályon kerültek kiosztásra, mivel a többi osztályra nem jártak önkéntesek, bár a sebészeten lett volna munkájukra igény, de nem volt elég önkéntes a feladathoz. A betegek kérdőíve 5 zárt és 8 nyitott kérdésből állt. Az ápolók kérdőíve 3 zárt és 11 nyitott kérdésből állt. A betegeknek kiadott 110 kérdőívből 88 volt értékelhetően kitöltve. Az ápolóknak kiadott 60 kérdőívből 47 volt értékelhetően kitöltve. A betegek válaszadási aránya 80%, az ápolóké 78,33%.

Eredmények

A kutatás számos kérdés egyidejű vizsgálatát tűzte ki célul, azonban terjedelmi okok miatt most csak a legkifejezőbb eredményeket ismertetem.

A betegek által kitöltött igényfelmérő kérdőívek tartalmi feldolgozása

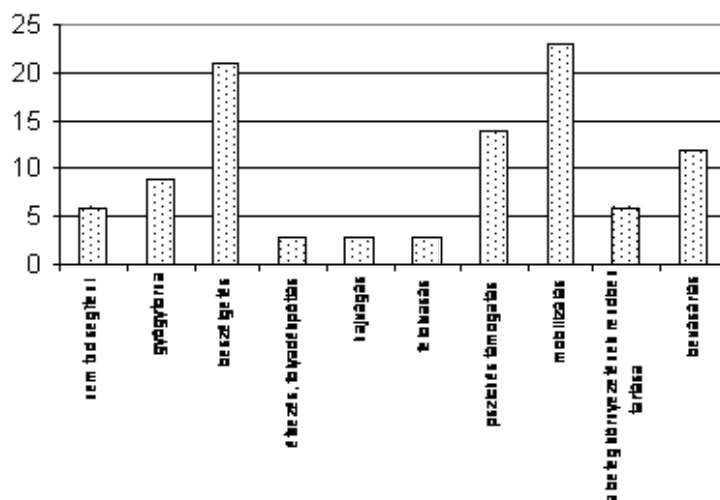
A kérdőívet kitöltő betegek 58%-a nő (47 fő), 42%-a férfi (34 fő). A betegek átlagéletkora 69,25 év, a legfiatalabb beteg 48 éves, a legidősebb 85 éves.

A megkérdezett betegek közül 71 azt válaszolta, hogy tudja, és 10 azt válaszolta, hogy nem tudja, mit várhat el az önkéntestől (n=81).

Arra a nyitott kérdésre, hogy „Mit várnak el Ön az önkéntestől, miben segíthet Önnek látogatása alkalmával?”, a betegek válaszai 10 csoportba sorolhatóak. A betegek igényei elsősorban az alapvető fiziológiai szükségletek kielégítésére irányultak. A szükségletek kielégítésének igénye a betegek önellátó képességének csökkenésével függ össze. Ez nem azt jelenti, hogy az ápolók elhanyagolják a betegeket, hanem azt, hogy a betegek több időt és több segítséget igényelnek, hiszen az önellátásra nem, vagy csak kis mértékben képesek. A válaszokból kiderül, hogy a magasabb rendű szükségletek kielégítését is jelentős mértékben igénylik. Amiben a legtöbb

segítséget várják az önkéntestől, az a „beszélgetés” és a „mobilizálás”. Ez azt jelenti, hogy ebben a két szükségletben sokkal többet várnak el, mint amennyit kapnak az ápolás során (1. ábra).

1. ábra: A betegek elvárásai az önkéntesek munkájával szemben
(az egyes válaszok megoszlása, %)
n=81



A kérdőív utolsó kérdésének válaszaitól azt vártam, hogy rámutasson, miben nem vagyunk túl jók, mint ápolók, orvosok. „Mint beteg mit hiányol az egészségügyi ellátásból, amit egy civil segítőtől megkaphat?”. A leggyakoribb válaszokból kiderül, hogy a beteg magasabb rendű szükségletei kielégítésében többet vár, illetve sokat hiányol az egészségügyi ellátásból:

- „Talán a bizalmat.”
- „Beszélgetés, rendszeres látogatás.”
- „Odafigyelés.”
- „Megbecsülés.”
- „Szerintem az egészségügy túlterhelt, így minden segítség jól jön.”

Az ápolók által kitöltött igényfelmérő kérdőívek tartalmi feldolgozása

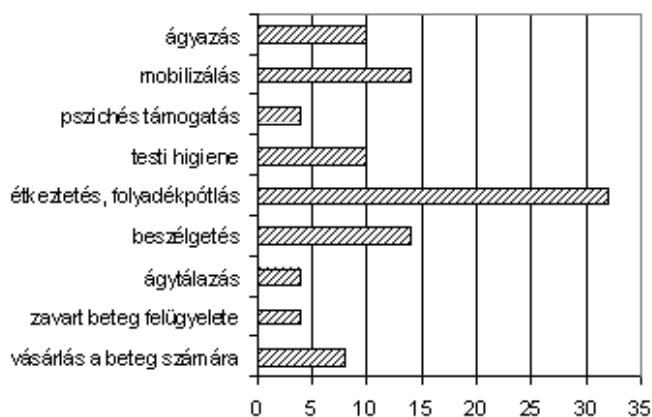
A kérdőívet kitöltő ápolók 96%-a nő (49 fő), 4%-a férfi (2 fő). A legfiatalabb ápoló életkora 21 év, a legidősebb életkora 55 év, az ápolók átlagéletkora 31,23 év

Az önkéntes szolgálat új, alig ismert fogalom a fekvőbeteg ellátásban, ezért feltételeztem, hogy az ápolók többsége nem találkozott még önkéntessel, tehát kérdésem ennek kiderítésére irányult: „Találkozott-e már képzett önkéntessel munkája során?”. A válaszadók közül 15 fő (29,42 %) már találkozott, míg 36 fő (70,58 %) még nem találkozott önkéntes segítőtől munkája során.

A megkérdezett ápolók közül 44 fő (86,27 %) szerint van és 7 fő (13,73 %) szerint nincs igény az önkéntesek tevékenységére. Azt feltételezem, hogy az ápolók válaszai azt fejezik ki, hogy inkább a betegek igénylik az önkéntesek munkáját. Az ápolók közül 44 fő (86,27 %) igénybe venné az önkéntes felkínált segítségét, míg 7 fő (13,73 %) nem tartana rá igényt. Ugyanennyien gondolják azt, hogy képesnek érzik magukat az önkéntessel egymást segítve munkájuk ellátására, és szakmai tapasztalataik átadásával segítenék az önkéntest.

A következő kérdés: „Milyen feladatot bízna rá?” válaszai azt bizonyítják, hogy az ápolók természetesen nem szakirányú feladatokat bíznanak az önkéntesekre, hanem elsősorban az alapvető szükségletek kielégítését, azok közül is főként azokat, amelyek létszám és időigényesek (2. ábra).

2. ábra: Az ápolók által az önkéntesekre bízandó feladatok megoszlása, %
n=51



Ezeket az ápolási feladatokat önkéntesek hiányában sokszor a gyakorlati oktatásban részesülő tanulók végzik. A betegek és az ápolók önkéntesekkel szembeni elvárásait összehasonlítva, (1. és 2. ábrák) megállapítható, hogy mind a betegek, mind az ápolók közel

azonos arányban vennék igénybe az önkénteseket a beszélgetésre, mobilizálásra és bevásárlásra. A betegek kisebb arányban várnák el az önkéntestől, hogy az étkezésben segítsen, míg az ápolók több mint 30%-a ezt várná leginkább az önkéntestől. Az ápoló ezen kívül jelentős segítséget várná el az önkéntestől a testi higiénia biztosításában, az ágyazásban és az ágytálazásban(!) is.

Megállapítható tehát, hogy az önkéntes segítőkkel kapcsolatban a betegek és az ápolók elvárásai egymástól eltérőek.

A betegek által kitöltött elégedettségi kérdőívek tartalmi feldolgozása

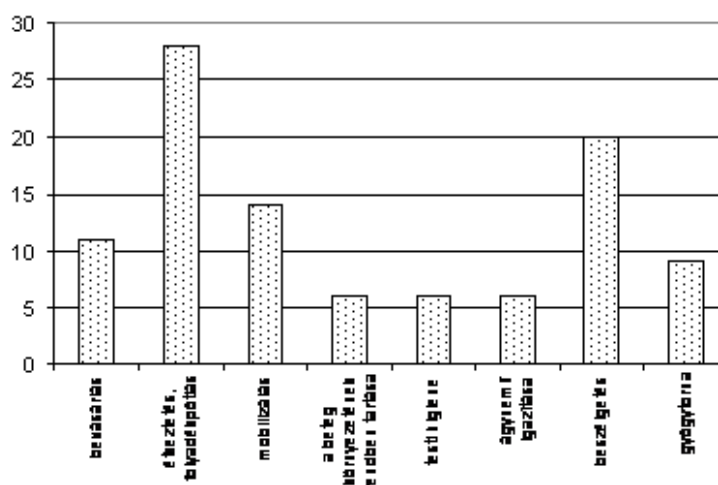
A betegek 80 %-a (n=88), az ápolók 78,33 %-a (n=47) töltötte ki a kérdőíveket. A kérdőívet kitöltő betegek 58%-a nő (51 fő), 42%-a férfi (37 fő). A betegek átlagéletkora 66,86 év, a legfiatalabb beteg 55 éves, a legidősebb 82 éves.

A betegek közül 23 fő (26,14 %) megkéri az önkéntest, hogy segítsen valamit, amikor az önkéntes meglátogatja, és 65 fő (73,86 %) elfogadja az önkéntes felkínált segítségét. A megkérdezettek közül 38 beteg mindkét választ bejelölte, 50 beteg csak az egyiket jelölte meg. A betegek 1/3-a tehát nem az ápolót, hanem az önkéntest kéri meg a segítségnyújtásra. Ez azt jelenti, hogy a betegek elfogadják az önkéntest, mint „ápoló” t.

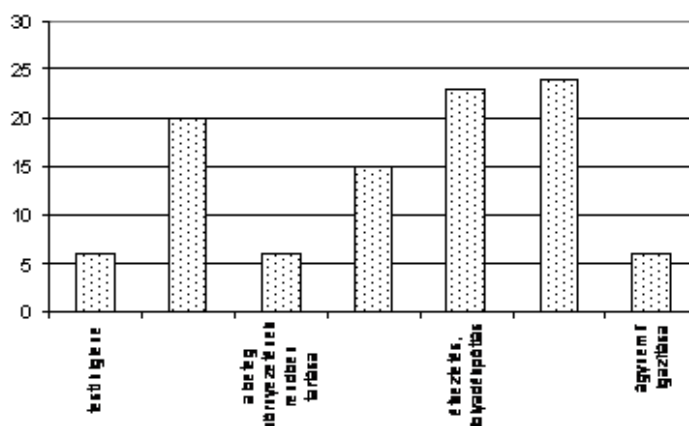
Megítélésem szerint ez a tény hozzájárul ahhoz, hogy az ápoló jobban tudjon koncentrálni szakirányú feladatainak ellátására. Ezt a megállapításom a szakirodalom is megerősíti. (Hoban, 2005, www.volunteering.org.uk)

A 3. és 4. ábra azt mutatja be, hogy a betegek milyen típusú ápolási feladat végrehajtására kéri meg az önkéntest, illetve milyen fogadnak el tőlük.

3. ábra: A betegek kéréseinek megoszlása, %
n=88



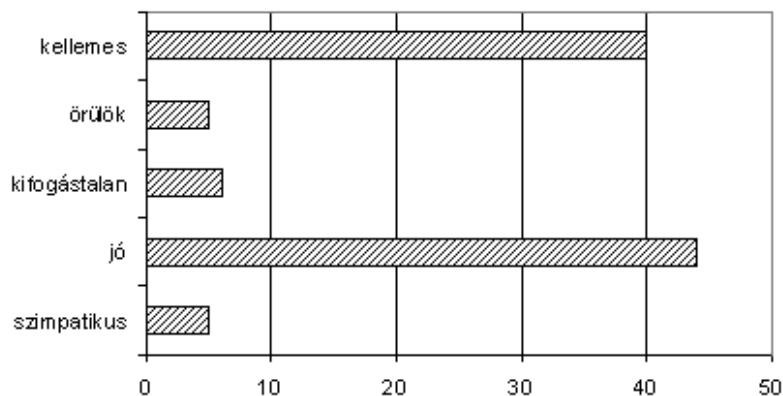
4. ábra: A betegek által elfogadott segítség megoszlása, %
n=88



A kapott adatokat összehasonlítva az igényfelmérés eredményeivel (1. ábra), megállapítható a következő összefüggés. A betegek azonos arányban jelölték meg a következő ápolási feladatokat, amelyeket elvárnak, illetve elfogadnak az önkéntestől, vagy éppen megkérlik rá: beszélgetés, mobilizálás (gyógytorna), bevásárlás, a beteg környezetének rendben tartása.

A betegek közül 57 fő (64,77 %) tudja, és 31 fő (35,23 %) nem tudja, hogy mit kérhet, és mit várhat el az önkéntestől. Annak ellenére, hogy a betegek közül 57 fő (64,77 %) tudja, hogy mit kérhet, csak 23 fő (26,14 %) kéri meg az önkéntest a segítségnyújtásra. A beteg bizalmának megnyerése, az önkéntes megbízhatósága hozzájárul ahhoz, hogy a beteg úgy érezze, hogy az önkéntes képes a kérését teljesíteni. A bizalom kialakításának első és legfontosabb része az első találkozás, ezért a kérdőívből nem kihagyható (nyitott) kérdés: „Milyen volt az első találkozása az önkéntessel?”. Az 5. ábra a betegek első, önkéntessel való találkozásának minősítését mutatja.

5. ábra: A betegek önkéntessel való első találkozásának értékelése
(a válaszok megoszlása, %)
n=88



Az önkéntesek – mint az ábrából látszik – jó viszonyt alakítanak ki a betegekkel, ezért a megkérdezett betegek 2/3-a (66 fő; 75 %) várja az önkéntes következő látogatását és a betegek 1/3-a (22 fő; 25%) meg szokta kérni az önkéntest, hogy máskor is látogassa meg.

Mivel a betegek igénylik az önkéntes látogatását, megkérdeztem, elégedettek-e a látogatásaik gyakoriságával.

Valamennyi beteg (88 fő; 100%) úgy találta, hogy az önkéntesek látogatásai ritkák (senki nem érezte közülük azt, hogy gyakran jönnének). Ennek ellenére 4 fő (4,54 %) nem hiányolja, ha nem látogatja meg önkéntes, azonban 84 fő (95,45 %) jelölte meg, hogy hiányolja, ha nem jön önkéntes.

Akik hiányolják, ha nem jönnek önkéntesek, így indokolták válaszaikat (a legjellemzőbbeket kiemelttem):

- „mert magányosak vagyunk, jólesik a beszélgetés”
- „mert szépen beszélnek a betegekkel, kedvesek, csak a jót teszik, mosolygósak”
- „mert az elbeszélgetés is elvonja a betegségről a figyelmet”
- „mert a nővéreknek nincs minden betegre külön idejük”
- „mert a nővérek nagyon le vannak foglalva”
- „jólesik a törődésük, társaságukban jobban telik az idő”.

Arra a kérdésre, hogy „Van-e olyan önkéntes, akivel nem elégedett?”, a betegek közül 2 fő (2,27%; n= 88) válaszolt igennel, de nem indokolta válaszáat és 86 fő (97,73%; n= 88) válaszolta azt, hogy nincs olyan önkéntes, akivel nem elégedett. Tehát a betegek nagy része elégedett az önkéntessel és várja is a látogatását. A betegek szeretik, ha önkéntes látogatja őket és hozzátartozóikkal is megosztják az önkéntesekkel kapcsolatos élményeiket. A betegek 92,04%-ának (81 fő; n= 88) hozzátartozója tudja, hogy őt önkéntes látogatja. A betegek hozzátartozói „jó dolog”-nak tartják az önkéntes segítő szolgáltatást.

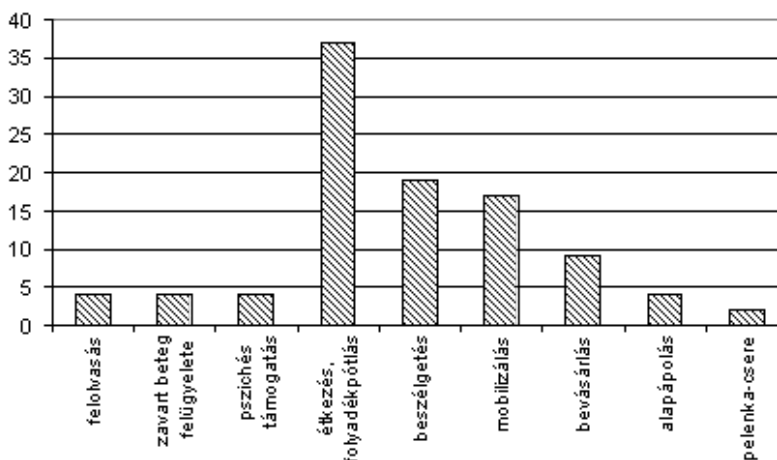
Megítélésem szerint a betegek és hozzátartozóik azért elégedettek az önkéntesek munkájával, mert a beteg megkapja az önkéntestől azt, amit kér, illetve elvár tőle. Az önkéntes nem tesz semmit a beteg ellenére, csak amit ő is szeretne. Az ápoló időnként kénytelen a beteg ellenére megtenni valamit, de ez legtöbbször nem az ápoló hibája (pl.: a beteg karját lerögzíteni az infúzió bekötéséhez, stb.). A kérdőív utolsó kérdésére „Volt-e olyan eset, amikor az önkéntes az Ön akarata ellenére tett valamit?” a betegek 100%-a (88 fő) nemmel válaszolt.

Az ápolók által kitöltött elégedettségi kérdőívek tartalmi feldolgozása

A kérdőívet kitöltő ápolók 95,74 %-a nő (45 fő), 4,26 %-a férfi (2 fő). A legfiatalabb ápoló életkora 23 év, a legidősebb életkora 49 év, az átlagéletkor 33,61 év.

A demográfiai adatok után azt szerettem volna kideríteni, hogy miben segítette munkája során az ápolót az önkéntes. A nyitott kérdésre adott válaszokat 9 csoportba tudom besorolni (6. ábra).

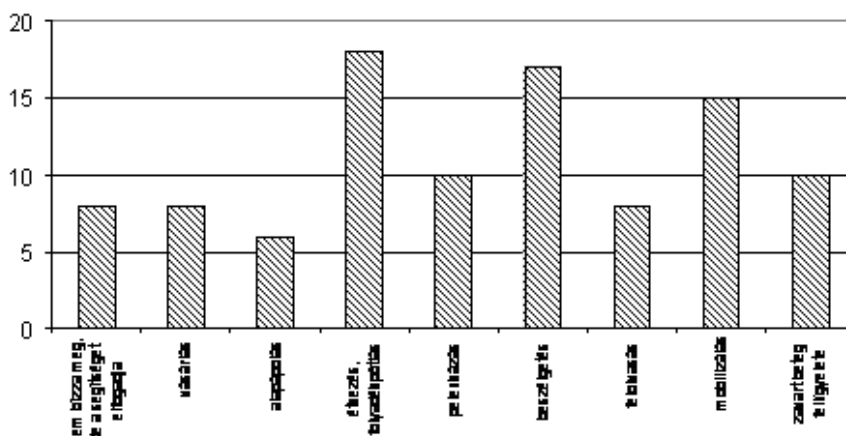
6. ábra: Az ápoló szerint az önkéntes segítő által nyújtott segítség (a válaszok megoszlása,%)
n=47



Az igényfelmérés során kiderült, hogy az ápolók számos feladatot bízának az önkéntesre. Összehasonlítva a kapott eredményeket (2. és 6. ábrák), megállapítható egy nyilvánvaló összefüggés: az ápolókat munkájuk során az önkéntesek azokban az ápolási feladatokban segítették, amelyekkel az első felmérés szerint az ápoló megbízna az önkéntest. Ez azt jelenti, hogy az ápolók megkérlik

az önkéntest, hogy segítse őket az ápolásban, elfogadják őket, megbíznak bennük (7. ábra).

7. ábra: Az ápoló által az önkéntes segítőre bízott feladatok (kérések) megoszlása, %



Az eddigi válaszokból az ápolók elégedettsége tükröződik, de azt is szerettem volna kideríteni, hogy mit hiányolnak az ápolók, az önkéntesek munkájából (1. táblázat).

1. táblázat: Amit az ápolók hiányolnak az önkéntesek munkájából

„semmit”	19 fő	40,42 %
„jobb kapcsolatot az ápolókkal, hozzátartozókkal”	2 fő	4,25 %
„keveset foglalkozik a beteggel”	1 fő	2,12 %
„kérjék ki a nővér véleményét, tanácsát”	2 fő	4,25 %
„képzésük óta nincs ilyen”	5 fő	10,63 %
„a mosdatásnál több segítséget”	7 fő	14,89 %
„gyakoribb megjelenést”	11 fő	23,40 %
n= 47 fő		100 %

Amint az adatokból látszik, az ápolók nagy része nem hiányol semmit. Ez részben annak köszönhető, hogy az új önkéntesek megfelelő felkészítésben, a továbbiakban pedig rendszeres továbbképzésben részesülnek. (Fáy,2002)

Az ápolók jelentős számban válaszolták, hogy szeretnék, ha az önkéntes segítők gyakrabban jönnének. Ahhoz, hogy az ápoló és az önkéntes jól tudjon együttműködni az ápolás során, szükséges a beteggel kapcsolatos információk megosztása. Az ápolók közül 32 fő (n= 47) azt válaszolta, hogy az önkéntes szokott vele beszélgetni és a beteggel kapcsolatos információt átadni, megosztani.

A kérdőív utolsó kérdése, „Kérem, értékelje az Ön által megismert önkéntes(ek)e)t 1-től 10-ig”.

Az eredményeket a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat: Az ápolók által készített jellemzés az önkéntesekről

Az önkéntes jellemzése	A minta átlaga	A minta szórása	A minta mediánja	A minta variáciája
Segítőkészség	8,59	1,80	10	3,33
Magabiztosság	6,72	1,86	7	3,55
Önállóság	7,65	1,57	8	2,53
A betegekkel való kapcsolat	8,57	1,39	9	1,98
Megbízhatóság	9	1,32	10	1,78
Az ápolókkal való kapcsolat/együttműködés	7,55	2,16	8	4,77

Az átlagok alapján megállapítható, hogy az ápolók az önkéntesek megbízhatóságát a legmagasabban pontozták. Legalacsonyabb átlagpontszámot értek el az önkéntesek a magabiztosság megítélésében. Az ápolók úgy gondolják, hogy a velük való együttműködés nem a legjobb, hiszen az átlag pontszám ebben a kategóriában az egyik legalacsonyabb.

Ezt a megállapítást megerősíti az erre a válasza kapott eredmény variáciája. Az ápolók közül 7 fő (14,89%; n=47) adott 5, vagy annál kevesebb pontot (3,3,4,4,5,5,5). Az ápolók az önkéntesek segítőkészségét, a megbízhatóságát és a betegekkel való kapcsolatát értékelték magasabb pontszámokkal.

Következtetések

A kutatás célja az volt, hogy kiderítsem: igénylik-e a betegek és az ápolók az önkéntesek munkáját, illetve mennyire elégedettek az önkéntesek által végzett munkával. Az eredmények igazolták az első hipotézisem, vagyis a betegek és az ápolók részéről valós

igény jelentkezik az önkéntesek munkájára.

A kutatás egyik legpozitívabb eredménye az, hogy az ápolók az igényfelmérés alkalmával megértették az önkéntes munka jelentőségét, és nem hátrították el mereven a kezdeményezést.

A felmérésből kiderült, hogy az ápolók a kórház „aktív” osztályain (sebészet, belgyógyászat) is igénybe vennék önkéntes segítségét a fekvőbetegek ellátásában. Az önkéntesek foglalkoztatása lehetőséget kínál a zárt, hierarchikus és sokszor személytelen orvosi és ápolói ellátás személyesebbé, nyitottabbá tételéhez.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a harmadik hipotézisem nem igazolódott be.

Az elégedettségi vizsgálat igazolta, hogy az ápolók képesek együtt dolgozni az önkéntes segítővel. Az ápolók nem csak elfogadták az önkéntes segítségét, de konkrét feladatokkal bízták meg. Az ápolók tehát megtalálták az önkéntes helyét, szerepét az ápolási folyamatban és sikeresen bevonták őket a mindennapos betegápolásba. A betegek az önkénteseket elfogadták és mintegy ápolóként kezelték, miután rendszeres látogatásaik során jobban megismerték őket. Ezt a megállapítást igazolja, hogy a betegek közül sokan megkérik az önkéntest, hogy máskor is látogassa meg. A betegek és az ápolók egyaránt úgy gondolják, hogy az önkéntesek járhatnak gyakrabban, illetve rendszeresebben. A betegek és az ápolók is több segítséget igényelnek az ápolás során, és az önkéntesek képesek segíteni a betegeknek szükségleteik kielégítésében, ami negyedik hipotézisem igazolta.

A betegek nem csak az alapvető, hanem a magasabb rendű szükségleteik kielégítésében is jelentős segítséget kapnak az önkéntesektől. Az ápolók a betegek magasabb rendű szükségleteit sokszor idő- és létszáhiány miatt nem képesek kielégíteni, de az önkéntesek kiegészítik az ápolás ilyen irányú hiányosságait, ami cáfolja az ötödik hipotézisemet. Az pedig, hogy a betegek a magasabb rendű szükségleteik kielégítésében is jelentős segítséget kapnak, és ezzel az ápolók is megbízzák az önkénteseket, igazolja a hetedik hipotézisemet.

A hatodik hipotézisemet cáfolták annak a kérdésnek a válaszai is, hogy „Van-e olyan önkéntes, akivel nem elégedett?”. A kérdés a betegek és az ápolók elégedettségi kérdőívében is szerepelt, ami lehetővé tette, hogy a chi-négyzet próbával igazoljam, hogy az elégedettség szignifikánsan megállapítható a betegek és az ápolók részéről egyaránt. Tehát nincs összefüggés az önkéntessel való elégedettség és a kutatás alanyainak az ápolási folyamatban elfoglalt helye között. A betegek közül 2 fő válaszolt igennel és 86 fő válaszolt nemmel ($n = 88$). Az ápolók közül 3 fő válaszolt igennel és 44 fő válaszolt nemmel ($n = 47$). A chi-négyzet próba számolt adata: 1,43; a táblázat adata 179,58; szabadságfok: 134.

Javaslatok

A hazai társadalomban csak az utóbbi évtizedben kezdett elterjedni az önkéntes munka vállalása. Az egészségügyben még nem jellemző, sőt szinte ismeretlen az önkéntes betegápoló foglalkoztatásának lehetősége.

- Fontosnak tartom az önkéntes betegápolók munkájának megismertetését az orvosokkal, ápolókkal az egészségügy valamennyi területén.
- Ahhoz, hogy az önkéntes munka integrálódjék az egészségügybe, olyan szakemberre van szükség, aki nem csak hatékonyan képes foglalkoztatni az önkénteseket, de fel tudja őket készíteni az ellátandó feladatra is.
- Ha nincs ilyen szakember, és megjelennek az önkéntesek az osztályokon, akkor nem segítséget, hanem plusz terhet fognak jelenteni az ápolóknak. Az önkéntesek felkészítése tehát egyúttal alapja a munkájuk eredményességének. A képzés a felkészítéssel kezdődik, és a továbbképzés az elmélet és gyakorlat szintjén, párhuzamosan történik. El kell azonban kerülni azt, hogy az egészségügyi ellátók elsősorban a létszáhiány pótlására használják az önkénteseket.
- Nem tanácsos ráerőltetni az osztályokra, hogy önkénteseket fogadjanak. Az önkéntesek foglalkoztatásának rendszerét minden intézménynek magának kell létrehoznia, amihez segítséget kaphat a már működő önkéntes szolgálatok szakembereitől.
- Az önkéntesek között sok a nyugdíjas, aki még képes hatékony tagja lenni a társadalomnak, de sok területről már ki van rekesztve. Az egyetemisták, főiskolások is megjelennek önkéntesként a kórházakban. Ennek legfontosabb előnye, hogy a fiatalok megtanulnak, megőriznek és továbbadnak kiveszőben lévő emberi normákat, morális értékeket pl.: önzetlenség, az idősek tisztelete, stb.
- Az önkéntesek foglalkoztatása lehetőséget kínál a zárt, hierarchikus és sokszor személytelen orvosi és ápolói ellátás személyesebbé, nyitottabbá tételéhez. Az önkéntesek foglalkoztatása nyitást jelent a társadalom felé, ami hozzájárul ahhoz, hogy az emberek jobban megismerjék és elismerjék az ápolók munkáját. Az ápolói munka tekintélyét javítani lehet azáltal, hogy az önkéntesek másoknak is elmondják, hogy az ápoló nem csak az orvos „kiszolgálója”, de autonóm, jól képzett elméleti és gyakorlati szakember.
- Az önkéntesek képzésük során olyan ismereteket szereznek, amelyeket lakókörnyezetünkben képesek hasznosítani, ezért hasznos lenne bevonni őket a házi betegellátásba is. Ez hozzájárulhat az intézmények túlterheltségének csökkentéséhez.
- Az önkéntesek bevonhatóak az egészségfejlesztésbe is. Az önkéntesek által az egészségkultúra javítására is lehetőség van. Ha nem iskolarendszerű kötelező tananyagként szerez egy laikus ismereteket az egészséggel, betegséggel és a betegség megelőzésével kapcsolatban, sokkal fogékonyabb lesz a téma iránt. Ezt a fogékonyságot és ismeretet terjesztheti környezetében, ami hosszútávon hatékony indirekt egészségnevelésnek bizonyulhat.
- Az önkéntesek foglalkoztatása számos új lehetőséget kínál az egészségügy számára, amivel élni lehet, és megítélésem szerint élni kell, visszaélni azonban etikátlan és haszontalan volna.

Irodalomjegyzék

1. Dr. Fáy Tamásné (2002). Önkéntes segítők képzése. Ápolásmenedzsment IV. évfolyam, 5. szám, 50-53.
2. Dr. Hegedűs Katalin, Szy Ildikó (szerk.). (2002). A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása, szakmai irányelvek. 2. Bővített kiadás, Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 62.
3. Szabó Rezső dr. (2000). Geriátria idősgyógyászat. Szeged.
4. Székács Béla (szerk.). (2005). Geriátria az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest.
5. Victoria Hoban. (2005). Volunteering Can Work For All. Nursing Times. Vol. 101, No 21, 20-22.

6. <http://www.hospice.hu/hosp11.htm>
7. <http://www.volunteering.org.uk/missions.php?id=1153>

[Vissza a tartalomhoz](#)
