

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

**Doktori Iskola vezető:
Prof. Dr. Bódis József PhD, DSc**

**5. Program (P-5)
Egészségtudomány határterületei**

**Programvezető:
Prof. Dr. Kovács L. Gábor PhD, DSc**

**F-31.
A társadalmi különbségek hatásának érvényesülése
az egészségügyi ellátórendszeren keresztül**

Pályaválasztás és elvándorlás

Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő-piacon

Doktori (PhD) értekezés

UJVÁRINÉ SIKET ADRIENN

Témavezető: Dr. Betlehem József



Pécs

2010.

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	4
2. TUDOMÁNYELMÉLETI BEVEZETÉS, SZAKIRODALMI HÁTTÉR	7
2. 1. AZ ÁPOLÁS NEMZETKÖZI KÉRDÉSEI	10
2. 1. 1. Az ápolóképzés problémái, a hallgatók lemorzsolódásának kérdésköre	10
2. 1. 2. Az aktívan dolgozó ápolók helyzete	10
2. 1. 3. Külföldi munkavállalási szándék, migrációs trendek és projektek	13
2. 1. 3. 1. A WHO humán erőforrás vonatkozású egészségpolitikai lépései	13
2. 1. 3. 2. Az EU projektjei az egészségügyi dolgozók elvándorlására	16
2. 1. 3. 3. Ápolók Korai Pályaelhagyási Vizsgálata - A NEXT vizsgálat	17
2. 2. A MAGYAR HALLGATÓKAT/ÁPOLÓKAT ÉRINTŐ FŐBB KÉRDÉSEK	19
2. 2. 1. Az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára	22
2. 2. 1. 1. Az ápolóképzés napjainkban	22
2. 2. 1. 2. Az ápolóképzés jogi szabályozásának rövid ismertetése	23
2. 2. 1. 3. Az ápolói pálya –néhány hazai kutatás bemutatása	24
2. 2. 1. 4. Az ápolói pályára való jelentkezés motivációi	25
2. 2. 1. 5. A hallgatói létszámcsökkenés okai	26
2. 2. 1. 6. A végzettek létszámcsökkenésének következményei	27
2. 2. 2. Emberi erőforrás hiány az ápolók körében, hatásai az ellátórendszerben	28
2. 2. 2. 1. Az egészségügyi reform hatásai	28
2. 2. 2. 2. Fokozódó létszámhiány az egészségügyi dolgozók körében	30
2. 2. 2. 3. Az egészségügyi dolgozók sokfélesége, a tevékenységi körök tisztázatlansága	31
2. 2. 2. 4. A túlterheltség, a stressz és a kiégés fokozódása	32
2. 2. 2. 5. A pálya elhagyás növekedése és annak okai az ápolók körében	33
2. 2. 2. 6. A társadalmi megbecsülés hiánya	33
2. 2. 2. 7. Az ápolói hivatás presztízsének csökkenése	34
2. 2. 3. A demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása	35
2. 2. 3. 1. A demográfiai kérdéskör, öregedő népesség	35
2. 2. 3. 2. Öregedő egészségügyi dolgozók	36
2. 2. 4. Az egészségügyi dolgozók vándorlása	37
3. A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSEI ÉS HIPOTÉZISEI	38
3. 1. CÉLKITŰZÉSEK	38
3. 2. HIPOTÉZISEK	39

4. MÓDSZEREK ÉS MINTA	39
4. 1. A MÉRŐESZKÖZ KIALAKÍTÁSA ÉS MINTAVÉTEL	39
4. 4. AZ ADATOK RÉSZLETES FELDOLGOZÁSA, ALKALMAZOTT STATISZTIKAI MÓDSZEREK.....	43
5. EREDMÉNYEK.....	44
5. 1. ELSŐ FÁZIS: BELSŐ ÉS KÜLSŐ MIGRÁCIÓ MAGYARORSZÁGON	44
5. 1. 1. <i>Első szakasz – a vizsgált problémák első megközelítése</i>	44
5. 1. 2. <i>Második szakasz – a bővített minta</i>	46
5. 1. 2. 1. Az ápoló hallgatók eredményei.....	48
5. 1. 2. 2. Dolgozó ápolók eredményei	55
5. 1. 2. 3. Az ápolók és az ápoló hallgatók külföldi munkavállalási szándéka	62
5. 1. 2. 4. Regressziós modellek.....	64
Lineáris regressziós modell	65
Loglineáris elemzés.....	65
5. 1. 3. <i>Harmadik szakasz –a hallgatói minta</i>	66
5. 2. MÁSODIK FÁZIS: ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉS KÉT SZOMSZÉDOS EURÓPAI ÁLLAMBAN – CSEHORSZÁG ÉS MAGYARORSZÁG	70
6. MEGBESZÉLÉS	74
6.1. AZ ELSŐ FÁZIS	74
6. 1. 1. <i>Az első fázis első szakasza</i>	74
6. 1. 2. <i>Első fázis második szakasz</i>	74
6. 1. 3. <i>Az első fázis második szakasz eredményeinek összehasonlítása a Next-vizsgálat eredményeivel</i>	77
6. 1. 4. <i>Első fázis harmadik szakasz</i>	80
6. 2. MÁSODIK FÁZIS	84
7. JAVASLATOK.....	84
7. 1. AZ ÁPOLÁS PROBLÉMÁINAK MEGOLDÁSÁRA TETT JAVASLATOK	84
7. 1. 1. <i>Javaslatok külföldön</i>	85
7. 1. 2. <i>Javaslatok Magyarországon</i>	85
7. 1. 2. 1. Megoldási javaslatok a képzésben	86
7. 1. 2. 2. Megoldási javaslatok az ápolók számára	87
7. 1. 2. 3. Megoldási javaslatok az egészségügyi ellátó rendszerre	89
7. 1. 2. 4. Megoldási javaslatok társadalmi szinten.....	90
8. IRODALOMJEGYZÉK	91

1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátó rendszer, a felsőoktatás, és maga a társadalomszerkezet folyamatos átalakulása egyre komolyabb feszültségeket hoz felszínre az ápolás jövőjével kapcsolatban. Noha az ápolás presztízse sosem volt a magyar társadalom megbecsültségi mutatóinak csúcsán, egykoron elképzelhetetlen lett volna arról hallani, hogy az egészségügyi struktúraváltás ápolói áldozatokat követel majd (Zrínyi és munkatársai, 2007). Miközben takarékosági szempontok miatt egyes osztályokon leépítésekkel reagálnak a munkaadók a rájuk erőltetett közgazdasági kényszerre, addig a másik oldalon fokozatosan hatalmasodik el a szakképzett és kompetens ápolók hiánya. Évek óta csökken az ápoló képzést választó hallgatók száma, egy része nem fejezi be tanulmányait, hogy a belső migráció (más szakmába vagy a magyar munkaerőpiac más területén való elhelyezkedés) mellett a külföldre történő elvándorlás is kezdi felvetni a fejét a végzettek körében. Az egyik, talán legfőbb problémát az jelenti, hogy nincsenek megbízható adataink Magyarországon, amelyekre hivatkozni lehetne az elvándorlással kapcsolatban. Annak érdekében, hogy a probléma nagyságát érzékeltesük, szólnunk kell arról, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO), 2006-ben elismerte, hogy a humán erőforrás egyensúlyhiánya az egészségügyi ágazatban nem csupán néhány országra korlátozódik. A WHO figyelmeztette az országokat a humán erőforrás globális állományában fennálló fokozódó hiányok súlyos következményeire, valamint ezek várható negatív hatására, melyet az egészségügyi rendszerek működésére gyakorolnak (WHO, 2006).

A 2006-os Világ Egészségügyi Jelentésben (The World Health Report 2006- Working together for Health; WHO) a WHO az Egészségügyi Emberi Erőforrások hiányában bekövetkezett válságot már központi és világméretű problémává nyilvánította. A jelentés az egész világra kiterjedő orvos, szülésznő, ápoló és segítő dolgozók hiányát majdnem 4,3 millióra becsülte. Megállapította, hogy az alacsonyabb relatív szükséglettel rendelkező országokban több az egészségügyi dolgozó, míg, ahol a legtöbb népbetegséggel kell megküzdeni, ott be kell érniük kevesebb egészségügyi munkaerővel (Eke és munkatársai, 2009). A szervezet felvázolt egy tízéves akció tervet, amely az egészségügyi szakemberek karrierjének valamennyi állomását lefedi; a képzésbe való bekerüléstől a munkába álláson át egész a nyugdíjas időszakig, valamint leírta, hogy nemzeti szinten szükséges a vezetés és a stratégia kidolgozása. Az USA-ban, ahol a világ népbetegségeink csak 10 %-a fordul elő, a világ egészségügyi dolgozóinak majdnem 37 %-a él és a világ egészségügyre fordított anyagi erőforrásainak több, mint 50 %-át itt költik el.

Ezzel szemben az afrikai földrészen fordul elő a világ betegségeinek 24 %-a, de csak 3 % az egészségügyi dolgozók aránya és kevesebb, mint 1 % az anyagi támogatás (Anyangwe és Mtonga, 2007). Mostanra az emberi erőforrás-hiányt felváltotta az anyagi kérdés, mint a legkomolyabb akadálya a nemzeti elgondolások kidolgozásának és megvalósításának a fejlődő országokban (Kober és Van Damme, 2004). Válaszul az egészségügyi személyzet nemzetközi elvándorlása okozta válságos hiányra, a WHO Világ Egészségügyi Közgyűlése (World Health Assembly) megszavazta a WHA 57.19-es határozatot, (WHA 57.19) amely sürgeti a kétoldali migrációs politikák kidolgozását és végrehajtását a fejlett és fejlődő országok között. Az időzített bombához a töltetet legfőképpen az USA szolgáltatja, ahol a következő 20 év során az aktívan dolgozó ápolók közel 50%-a vonul nyugdíjba, azaz 800 ezer ember lép ki az egészségügyből (Buerhaus és munkatársai, 2000). A kilépők pótlása csak ápoló importtal lehetséges, az amerikai képzési rendszer ilyen rövid idő alatt nem tud ennyi ápolót újratermelni. Az import egy része, a nyelvi készségek és a magasabb amerikai bérek miatt Angliából érkezik majd, ami azt is jelenti, hogy Angliának más európai országokból, így akár hazánkból kell majd munkaerőt elszívnia (WHO, 2006). A helyzet komolyságára tekintettel az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) konferenciát rendezett a globális elvándorlás témakörében, amely konkrét ajánlásokat is elfogadott a tagországok számára (ICN, 2005).

Az OECD 2008-ban készült tanulmányából kiderül az, hogy az Európai Unió 2004-es és 2007-es kibővítése hatására megélénkült az orvosok és ápolók migrációja a tagországok között. A legtöbb migráns a kelet-európai és a balti államokból érkezik. Az egészségügyi dolgozók migrációja azonban jelenleg nemcsak lehetőségeket, hanem veszélyeket is magában rejt, mind a küldő, mind a fogadó ország számára. A jelentős egészségügyi humán erőforrás hiánnyal küzdő országoknak nem lenne szabad tartósan arra berendezkedni, hogy az ellátási hiányosságokat külföldi személyzettel pótolják. Az egyre növekvő egészségügyi munkaerő szükséglet, az orvosok és ápolók egyre növekvő mobilitása szükségessé teszi a munkaerő áramlásának átfogó áttekintését és határon átnyúló együttműködést, az egyes politikák, így pl. az egészségügyi, a szociális és a foglalkoztatási politika összehangolását (OECD, 2008).

Ezeket az aggályokat visszhangozta nemrég az Európai Bizottság Zöld Könyve is, (Green Paper on the European Workforce for Health - Zöld könyv az európai egészségügyi dolgozókról) amely mindent megelőző fontosságúvá teszi az európai egészségügyi munkaerő és az Európán belüli elvándorlás jövőjét (Európai Közösség Bizottsága, 2008). Ebben az Európa Tanács összefoglalta azokat az Európai Unió (EU) egészségügyi dolgozói előtt álló kihívásokat, amelyek az összes tagállamban közzesek. Ezek közé tartozik a demográfiai kérdéskör (idősödő globális népesség és öregedő egészségügyi dolgozók).

A rendszerbe nem lép be elegendő fiatal ahhoz, hogy helyettesítse a kilépőket. Az egészségügyi dolgozók sokfélesége, illetve az egészségügyi és népegészségüggyel kapcsolatos munkahelyek csekély vonzereje a fiatal nemzedékek számára. Az egészségügyi szakemberek EU-n belüli és EU-n kívülre irányuló vándorlása; az EU-n belüli egyenlőtlen mobilitás, valamint a harmadik országokból történő egészségügyi agyelszívás. Ezekről bővebb részletek az 1. sz. mellékletben olvashatók (1. sz. melléklet).

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság (EGSZB) 2009-ben megfogalmazta véleményét, a Zöld Könyvről. Kiemelte a színvonalas szakemberképzés, továbbképzés jelentőségét, melyek amellet hogy alkalmazkodnak az új technológiákhoz, növelik a teljesítményt és annak minőségét is. Hangsúlyozta a szociális partnerek és a társadalmi párbeszéd szerepét az egészségügyi dolgozók munka és bér feltételeinek kialakításában, valamint a szociális szakmák szerepét, a betegellátásban, gondozásban és így az egészségügyben is. Javasolta a statisztikai adatok gyűjtését az egészségügyi szakmákról, a határon átnyúló migrációról (EGSZB, 2009).

Az EU 2005-ben indított egy vizsgálatot NEXT néven (Ápolók Korai Pályaelhagyásáról szóló tanulmány –Nurses Early Exit Study), amely 10 európai országban keresett választ arra, hogy milyen utánpótlása lesz az ápolói szakmának a következő évtizedekben (NEXT, 2005). Ez a felmérés az ápolói pályát három mérési ponton vizsgálta, a bemeneti területen az ápolóképzést és az egészségügyi ellátó rendszerbe belépő ápolók létszámát és elégedettségét, az aktív ápolók területén a dolgozók élet, munkakörülményeit, egészségi állapotát, pályaelhagyási szándékát, illetve a kimeneti szakaszban a pályáról kilépőket vette fókuszba, akik külföldi munkavállalás, nyugdíjazás vagy egyéb okok miatt elhagyják az ápolói munkakört. Ez a tanulmány az eddigi legátfogóbb európai vizsgálat, amely széles körben gyűjtött adatokra támaszkodva tett ajánlásokat az Unió Tanácsának 2005-ben az ápolókérdés európai szintű kezelésére. A jelentés bizonyítékokkal szolgált arra, hogy hasonlóan az USA-hoz, Európában is előregedő a munkaerő és növekvő a pályaelhagyók aránya az ápolók körében. Ezért a nyugdíjba vonulás és az utánpótlás hiánya várhatóan problémát fog okozni az ápolók helyettesítését illetően az elkövetkező évtizedekben. Sajnálatosan Magyarország ebben a felmérésben nem vett részt. Ennek okán döntöttem úgy, hogy megpróbálom feltárni a hazai helyzetet a fenti mérési pontok szerint, ezért a NEXT – tanulmányt választottam vizsgálatom kiindulási alapjaként és elméleti modellként. Egyéni kérdőív alapján megvizsgáltam az ápoló hallgatók és az ápolók pályaelhagyási szándékát, külföldi munkavállalással kapcsolatos terveit és a NEXT-hez hasonló eredményekhez jutottam Magyarországon is.

2. Tudományelméleti bevezetés, szakirodalmi háttér

Ebben a fejezetben bemutatjuk azokat a háttérinformációkat, amelyek szükségesek a fenti probléma további értelmezéséhez, a közös okok megismeréséhez.

A világon csak kevés olyan ország van, amelyiket nem érinti az egészségügyi munkaerőhiány probléma megoldása a jövőben, amikor felmerül az egészségügyi kínálat és kereslet ügye. Az olyan országok, ahol megfelelő számú az egészségügyi személyzet, főként az ápolók aránya, jobban képesek kielégíteni a növekvő hiány és az emberi erőforrások számában jelentkező krízist. A nagyobb igényű országok már elkezdtek megtapasztalni az egészségügyi rendszerük működését befolyásoló korlátozásokat (Zrínyi, 2005). A személyzeti korlátozások néhol annyira súlyosak, hogy az egyes országok kénytelenek a teljes lakosság ellátását felfüggeszteni. Amíg a Szaharától délre fekvő afrikai országokban a HIV-fertőzött gyermekek száma megnégyszereződött az elmúlt két év során, a betegséget kezelni képes szakképzett egészségügyi ellátás szinte nem létezik, köszönhetően az ezekben az országokban rendelkezésre álló és megfelelően képzett gyermekgyógyász egészségügyi és ápoló személyzet hiányának (Kline és munkatársai, 2009). A személyzeti hiány összekapcsolódik az ellátás minőségét befolyásoló hibákkal és ez veszélyes a betegek épségére is. Aiken és munkatársai (Aiken és munkatársai, 2002) már kimutatták, hogy minden további beteg, akit egy ápolónak el kellett látni, valószínűleg összefüggésbe hozható a betegfelvételt követő 30 napon belüli elhalálozás 7 %-os növekedésével. Az egészségügy terén jelentkező emberi erőforráshiány globális probléma, hiszen 75 országban minden ezer lakosra kevesebb, mint 2,5 egészségügyi dolgozó jut, márpedig becslések szerint ez az a minimális szám, ami az egészségügyi alapellátás biztosításához szükséges (Joint, 2005). Noha az egészségügyi szakemberek piaca világméretű, ez a piac hamis képet mutat, mivel elsősorban az egészségügyi szolgáltatások nyújtása, valamint a szakemberek fizetése terén jellemző egyenlőtlenségek alakítják, semmint a valós egészségügyi szükségletek, és a betegségek előfordulási aránya. Az erőforrásokban gazdag országokban továbbra is nagy az egészségügyi dolgozók iránti kereslet: egy felmérés becslései szerint a globális piacról az elkövetkezendő években csak az USA további egy millió egészségügyi dolgozóra tart igényt, és ezt a szükségletét valószínűleg részben a szegényebb országokból fedezné (Az Európai Közösségek Bizottsága - COM, 2004). A legnagyobb probléma az egészségügyi dolgozók egyenetlen megoszlásának orvoslása. A legszegényebbek csak akkor jutnak megfelelő szolgáltatáshoz, ha az egészségügyi dolgozók földrajzi és szolgáltatásbeli megoszlása tükrözi a lakosság eloszlását és valódi szükségleteit (COM, 2005).

A globális válság még meg nem oldott részét növeli a fejlett országokban jelentkező további ápoló kereslet és ezeknek az országoknak a képtelensége arra, hogy a munkába visszaállítsák azokat a dolgozókat, akik vagy nyugdíjba vonultak, vagy azért hagyták el az ápolói pályát, mert nem voltak vele megelégedve. Így az elmúlt évtizedben óriási hézag keletkezett az ápoló ellátottsági oldalon. Amíg a hiány legjobban a fejlődő országokat érinti, a fejlett országok is, érzik a szakképzett erőforrás növekvő hiányát.

Az Európa Tanács szabad mobilitásra és az oktatási eredmények kölcsönös elismerésére vonatkozó Irányelvei (1612/68/EGK) lehetővé teszik az ápolók számára, hogy könnyen mozogjanak Európán belül, és bármely általuk választott országban vállaljanak munkát. Ezek az elvek fontos eszközei az ápolók mobilitásának Európában, mivel az ápolók átlag életkorában bekövetkező drámai változások a legtöbb európai országban megkövetelik a ápolói munkaerő tömeges pótlását az elkövetkező évtizedben (O'Brien, 2007 ; Humphries és munkatársai, 2008). Ez a több ápoló iránti megnövekedett igény Európában, akkor következik be, amikor az Egyesült Államok szintén teljes erővel toboroz további ápolókat külföldről, hogy betöltsék az üres ápolói állásokat (De Raeve, 2008). Megadva az ápolói képzés kapacitását Nyugat-Európában, figyelembe véve a pótlás sebességét, a megoldás egy részének arra kell támaszkodnia, hogy a kontinens keleti részéről csalogassanak el ápolókat, több csatornát nyissanak a migráció számára a Közösségen kívül.

Magyarország, amely 2004 óta része az Európai Közösségnek, nem mentes az ápoló-hiánytól. 2010. április 30-án a magyarországi működési nyilvántartásban szereplő személyek száma: 137.359 fő, ezen belül az egészségügyi szakdolgozók száma 86.160 fő (EEKH, 2010). A KSH szerint Magyarországon 2008-ban az egészségügyi szakdolgozók állásainak száma és létszáma: 90.020 fő (KSH, 2008). A BSc végzettségű ápolók aránya a népességen belül az elmúlt években drasztikusan csökkent, idén száz fő alatt lesz a nappali tagozaton végzett BSc ápolók száma. 2008-ig a betöltött teljes munkaidős és időszakos állások száma 3.716 a diplomás ápolók esetében. (1993. és 2008. között 6.727 oklevél került kiadásra (4. melléklet, 6.a. táblázat). Ez a csökkenő tendencia az ápolói szakma népszerűségének hanyatlásával magyarázható, kevesebb középiskolát végzett diák választotta az ápolói hivatást az elmúlt időszakban (Balogh, 2009). A létszámcsökkenés egy másik forrása a lemorzsolódás; a hallgatók idő előtt elhagyják a képzőintézményeket és nem szándékoznak ápolói diplomát szerezni. Az ápolói képzésből történő lemorzsolódás kevésbé meglepő, amikor nem ez a hallgató elsődleges választása, vagy amikor a hallgató elvárásai nem egyeznek meg a valós karrier lehetőségekkel. Külön kérdéskör a diploma megszerzése utáni lemorzsolódás kérdésköre is.

Az ápoló hallgatók és a dolgozó ápolók pályaválasztására, pályaelhagyására, létszámcsökkenésére és elvándorlásra irányuló növekvő nemzetközi figyelem és az ápolók szándékát vizsgáló magyar kutatások száma meglehetősen kevés (Frits, 2003; Kovácsné és munkatársai, 2004; Zrínyi, 2004; Szkrajcsics, 2005; Vízvári, 2005; Zrínyi és munkatársai, 2007). Éppen ezért éreztem szükségesnek e témát megvizsgálni részletesen is.

A megválaszolandó kérdések között – a Zöld Könyvhöz hasonlóan - Magyarországon is az első helyen áll: az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára (pályaválasztás, hallgatói létszám csökkenés, lemorzsolódás problémái) a képzés oldaláról, a stresszel teli, túlhajsolt, rossz munkakörnyezet és a megbecsülés hiánya (pályaelhagyási szándék) az ápolói szakma felől, a fokozódó létszámhiány (az utánpótlás hiányának kérdése) az egészségügyi ellátórendszer oldaláról, a demográfiai problémák kérdésköre (öregedő népesség, öregedő egészségügyi dolgozók), az egészségügyi szakemberek migrációja és a mobilitás (az agyelszívás problémája) pedig a társadalom oldaláról. Ezt képezi le a már említett NEXT-vizsgálat modellje is, ha megvizsgáljuk a belépők, az ápoló hallgatók pályaválasztását és lemorzsolódását, az aktív dolgozók helyzetét és pályaelhagyási szándékát, illetve a kilépők külföldi munkavállalási terveit. Ezek azok a főbb kérdések és problémák, amelyek a következő fejezetekben ismertetésre kerülnek részletesen is.

A problémák közös okainak ismerete segíthet megoldani az ápolás humánerőforrás gondjait, és megtalálni a megoldási lehetőségeket. Az európai uniós cselekvési stratégiáról szóló közleményében az Európai Közösségek Bizottsága már 2005-ben leírja azt, hogy „az emberi erőforrás-hiányra először az egyes országok szintjén kell megoldást találni (COM, 2005). A közösségi intézkedések tehát a nemzeti politikákat kívánják kiegészíteni. Az egészségügyi szolgáltatások megszervezésének és teljesítésének legfőbb felelősei a tagállamok, az EU azonban – például hálózatok létrehozásával és a bevált gyakorlatok megosztásával – fontos szerepet játszik a tagállamok támogatásában és a hozzáadott érték-teremtésben. Ezen kívül az EK-Szerződés és a másodlagos jog is tartalmaz olyan szabályokat, amelyeket a tagállamoknak egészségügyi ágazatuk szervezése során tiszteletben kell tartaniuk. Ilyen például a munkaidő-irányelv, amely az összes tagállam által érvényesítendő minimumkövetelményekről rendelkezik, ám minden tagállam kívánsága szerint szabadon továbbra is alkalmazhat olyan szabályokat, amelyek a munkavállalók védelme szempontjából ezeknél kedvezőbbek. Továbbá ilyen az ügyeleti idő, a kompenzáló pihenőidő is, melyek fontos kérdéseket vetnek fel az egészségügyi és a gondozási szolgáltatásokkal kapcsolatban. Az ajánlásnak való megfeleléshez néhány tagállamnak jelentős toborzási erőfeszítésekre lesz szüksége, amelyre nincs mindig lehetőségük.

2. 1. Az ápolás nemzetközi kérdései

2. 1. 1. Az ápolóképzés problémái, a hallgatók lemorzsolódásának kérdésköre

Nemzetközi tanulmányok vizsgálják, hogy a diákok miért nem fejezik be tanulmányaikat és hogy a diploma megszerzése után miért nem választják az ápolói karriert.. A szakirodalom rámutat, hogy az ápoló hallgatók lemorzsolódásának számszerűsítése, valamint a hallgatók, illetve friss diplomások szakmaelhagyó tendenciájának okai továbbra is kihívást jelentenek. Ezen kívül, nagy eltérések mutatkoztak a tényleges százalékos lemorzsolódást illetően kutatók és országok szerint. A hallgatói lemorzsolódás tényezőiként a vélt hozzáértés hiányát, a támogatás vélt hiányát a mentorok, tanárok és ápolószemélyzet részéről, a stresszt, a szakmai előmenetel hiányát, valamint a munkahelyi környezet társadalmi-, nemi tényezőit jelölték meg. A mentorok, a személyzet és a betegek pozitív megerősítései jelentősen hozzájárultak a tartós pálya iránti elkötelezettség kialakulásához. Az oktatási intézmény támogatását erős megtartóerőnek ítélték a tanulás befejezése és az ápolói pálya választása tekintetében. E tanulmányok részletes kifejtése a 2. sz. mellékletben olvashatók (2. sz. melléklet).

2. 1. 2. Az aktívan dolgozó ápolók helyzete

Nemzetközi tekintetben, az USA-ban igen nagymértékű ápolóhiány lesz a közeljövőben (Goodin, 2003). Ez az ápolás több területét is érinti, így országos ápolóhiányról beszélhetünk. Ez helyzet még tovább fog romlani a következő évtizedekben, ezért a törvényhozás azonnali beavatkozása szükséges. Buerhaus szerint az ápolóhiány mértéke 2020-ra elérheti a 20%-ot is (Buerhaus és munkatársai, 2000). Ezt úgy is lehet fordítani, hogy 2025-re a regisztrált ápolók hiánya meghaladja majd az 500.000 főt. A regisztrált ápolók iránti kereslet várhatóan 2 %-ról 3 %-ra növekszik minden évben. Az ápolóhiányhoz vezető tényezőket a múltban könnyen felismerték és kezelték. A második világháború utáni népességnövekedés emelkedő ápolási iránti igényt eredményezett. A 70-es években az ápolók munkahelyi elégedetlensége és szakmai önállóságuk hiánya volt jellemző (Alspach, 2000).

Feltételezések szerint az ápolók foglalkoztatottsági mutatói javulni fognak 2010-re (USA Department of Labor, 2002), ugyanakkor a BSc programokba felvett hallgatók száma 21,1%-kal, a végzettek száma, pedig 26%-kal csökkent 1995-2001 között az AACN szerint (American Association of Colleges of Nursing) (AACN, 2001).

A középfokú tanulmányokba való felvétel továbbra is csökkenni fog és nagyon nehéz lesz a képzőintézményeknek a hallgatóik megtartása (AACN, 2001). Habár a főiskolákon és egyetemeken a múlt évben 3,7%-kal nőtt a felvettek száma, ez a növekedés nem felel meg a tervezett jövőbeli munkaerő igényeknek. Több egészségügyi képzőintézmény és állami egészségügyi szervezet felmérte a jelenlegi helyzetet, meghatározták a feladatokat, és előre jelezték a jövőre vonatkozó ápoló szükségletet (Woods és munkatársai, 2000; Brewer & Kovner, 2001; Massachusetts Nurses' Association, 2001; South Dakota Nurses' Association, 2001). Az Amerikai Munkaügyi Minisztérium szerint az egészségügyi dolgozók között a regisztrált ápolók köre a legnagyobb (USA Department of Labor, 2002). Átlagéletkoruk emelkedik, mivel a többségük a „baby boom” generáció tagja (ami azt jelenti, hogy 1946 és 1964 között születtek). Ők előre láthatóan 2005 és 2010 között érik el a nyugdíjkorhatárt (Gabriel, 2001). Ez azt jelenti, hogy a legtapasztaltabb ápolók igen nagy számban fogják elhagyni a szakmát, pont akkor, amikor legnagyobb szükség lenne rájuk. Buerhaus és munkatársai kutatásukban előre jelezték azt, hogy a következő 10 évben az ápolók átlagéletkora 45,4 év lesz és közülük több mint, 40% lesz 50 évesnél idősebb. Az elöregedés és az ebből adódó ápolói létszámcsökkenés kihat az ápolóképzésre is.

A történelem során sok sztereotip és negatív kép alakult ki az ápolókról (pl. az orvosok szolgálói), ezért az ápolás hiába egy megbízható szakma az USA-ban, az ápolók gyakran alulértékelték és még mindig nem egyértelmű, hogy milyen tevékenységet is végeznek igazából (Nevidjon és Erickson, 2001). E probléma megoldása érdekében meghatározták a regisztrált ápolói engedély megszerzésének három fokozatát: két éves MSc képzés, három éves BSc oklevél és négy éves középiskolai oktatás. Az oktatási rendszer ilyen megosztottsága odáig vezetett, hogy sokan nem tartják vonzó pályának az ápolást.

Az Egyesült Királyságban is hasonló a helyzet. Az ápoló hiány nem új jelenség, főként Angliában jelent sürgős és messze ható problémát (Chris, 2003). Az angol Egészségügyi Minisztérium már felismerte a problémát és kidolgozta az ápoló hiányt megoldó egészségügyi szolgáltatás tervét (National Health Service -NHS) (DOH, 2000), amely új célok kitűzésével próbálja meg megoldani a munkaerőhiányt az egészségügyi területein. Véleményük szerint a munkaerőhiány több tényezőből tevődik össze: a munkaerő tervezés hiánya; a képző intézmények létszámcökkentése a nyolcvanas években; az átlagéletkor emelkedéséből következő elöregedő munkaerő és az Európai Munkaidő Irányelvek előírásai. Ezen kívül állandó hullámváltozás mutatkozik Angliában az ápolók számában az 1980-as évektől kezdődően. A kilencvenes évek mélypontja után 2002-ben volt alkalmazásban a legtöbb regisztrált ápoló (Buchan, 2000). Ennek ellenére jelenleg kevesebb az ápoló, mint a kilencvenes évek közepén.

Ennek az lehet a magyarázata, hogy a „kereslet” gyorsabban változik, mint a „kínálat”. Oka lehet a regisztrált és a nem regisztrált ápolók számának változása is. A nem regisztrált ápolók aránya Angliában, 1998-ban 2%-kal emelkedett, 70%-ra csökkentve a regisztrált ápolók arányát. Ez a tendencia folytatódik napjainkban is, a nem regisztrált ápolók száma évente 3,2%-kal nő. Az életkori megoszlás is változott: 1998/1999 előtt az ápolók 26% volt 30 éven aluli. Mára ez az arány 13%, és az ápolók 58%-a 40 éven felüli (Couch, 2003).

A Királyi Ápolási Szakmai Kollégium (RCN) 1998-as tanulmánya szerint a pályaelhagyás legfőbb okai a növekvő munkahelyi terhelés, a magas fluktuáció, a képesítés hiánya és a fizetéssel való elégedetlenség (RCN, 1998). Az RCN egy későbbi tanulmánya további okokat is felsorol: a gondozói felelősségi támogatás hiányát, a bántalmazást, és a munkahelyi erőszakot is (RCN, 2000). A leggyakoribb pályaelhagyási oknak a fizetéssel való elégedetlenség bizonyult az ápolók körében. A magas megélhetési költségek kulcstényezőként merültek fel, főként Londonban (Finlayson és munkatársai, 2002). A fizetésemelések ellenére az ápolók kezdő fizetése még mindig kevesebb, mint más szolgáltató szektorokban, mint például a rendőrségi vagy tanári állások esetében.

Az Európai Unió országaiban is nagy gondot okoz az ápolóhiány. Európa, viszonylag állandó számú egészségügyi munkaerővel sem tudja kivonni magát a fent bemutatott problémák hatása alól. Aiken és munkatársai (2002) bebizonyították, hogy a jelenlegi ápoló hiány, a magas munkahelyi elégedetlenség a kórházi ápolók körében és a kórházi ellátás nem megfelelő minősége nem egyedi amerikai jelenség.

Egy öt országban (USA, Kanada, Anglia, Skócia, Németország) végzett nemzetközi felmérés kimutatta azt, hogy rossz közhangulat, munkahelyi elégedetlenség, a kiégés és a pályaelhagyási szándék gyakori tényezők a rossz munkahelyi légkör kialakulásában (Aiken és munkatársai, 2001). A több mint 700 kórházban 43.000 ápolótól összegyűjtött adatokat elemezve elmondható, hogy a teljesen más egészségügyi rendszerben dolgozó ápolók ugyanazokat a hiányosságokat sorolták fel a munkahelyi környezetükkel és a kórházi ellátással kapcsolatban. Meglepő volt, hogy azt mutatták ki, hogy azoknak az ápolóknak az aránya, akik egy éven belül el akarják hagyni az ápolást, sokkal magasabb volt Angliában és Skóciában, mint az USA-ban (38,9% és 30,3% és 22,7%) és majdnem egyenlő volt Németországban és Kanadában (16,7% és 16,6%). Ha a 30 év alatti, pályaelhagyást fontolgatók arányát nézzük, a szándék még szembetűnőbben növekszik (53,7% Anglia, 46% Skócia és 33% USA).

2. 1. 3. Külföldi munkavállalási szándék, migrációs trendek és projektek

Az USA-ban nagy kérdés a bevándorló ápolók problémaköre is. Aiken (2007) szerint az amerikai regisztrált ápolók (Registered Nurses – RNs) kb. 8 %-a, jelenleg kb. 219. 000 fő, külföldön végezte tanulmányait. 80 % származik alacsonyabb fejlettségű országokból. Európában is az ápolók toborzásával és tengerentúliak alkalmazásával próbálják megoldani a helyzetet, de világosan látható az, hogy a más országokból elcsábított munkaerő nem ad választ semmire (De Raeve, 2003). Ez a „régí adósságot újjal kifizetni” szituációja, amikor is az országok egyszerűen onnan csábítják el a munkaerőt, ahol éppen többlet jelentkezett (Gaillard és munkatársai, 2001). A képzettebb ápolóknak saját egészségügyi rendszerükön belül kell fejleszteniük szolgáltatásaikat a hosszú távú eredmények érdekében. A tengerentúli toborzás sem jelent megoldást. Egyrészt etikátlan, másrészt sok esetben az ápoló többlet elérése alulfinanszírozás által érhető el és amely egy alacsony minőségű egészségügyi szolgáltatás eredményez. A tengerentúli toborzás romboló következményeit minden olyan stratégia kidolgozásánál figyelembe kell venni, amely az ápoló hiány globális problémáját hivatott megoldani. A csábításnak egyes formái, „megkönnyítik” az országba való bevándorlást, de káros következményekkel is párosulnak. A migrációs helyzet kutatása céljából több projekt és együttműködés is született, a már említett Európa Bizottság, a WHO, az Európai Unió az OECD és az ICN keretében. Emellett műhelymunkák és politikai dialógusok indultak, nemzetközi és nemzeti szinten egyaránt. Ezek közül kiemelt jelentőségűek az alábbi projektek.

2. 1. 3. 1. A WHO humán erőforrás vonatkozású egészségpolitikai lépései

A WHO humán erőforrás vonatkozású egészségpolitikai lépései tartozik:

- A Világegészségügyi Jelentés, 2006 (The World Health Report 2006 - Working together for health), (WHO, 2006).
- A stratégiai terv a humán erőforrás hiány megoldására az egészségügyben (Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for health) (WHO, 2007) (Harvard School of Public Health).
- Az Első globális Fórum a Humán erőforrás Hiány Kezeléséért (1st Global Forum on HRH, 2008 March) (GHWA, 2008).

A duális munkaerőpiac elmélet szerint a nemzetközi migráció kiváltó oka a fejlett országok belső működéséből fakadó állandósult munkaerő-kereslet. A küldő országok tolóerőinél (alacsony kereslet, magas munkanélküliség) erősebbek a fogadó országok húzóerői. Amikor nemzetközi elvándorlásról gondolkozunk, figyelembe kell venni azt a finom egyensúlyi helyzetet, ami az egyes személy emberi és munkajogi szabadsága, valamint a munkavállalót exportáló ország kollektív egészségi állapota között áll fenn. Abban egyetértés van, hogy a fejlett ipari országok szakmunkaerő-hiánya miatt az agyelszívás folyamata egy bizonyos ideig fel fog gyorsulni (Garaj, 2008).

A WHO csendes óceáni régiójának megbízásából készült tanulmány az egészségügyi szakemberek „importálására”, amely számos magyarázatot ad arra, hogy az olyan kicsi szigetekről miért hagyják el az egészségügyi szektort a képzett szakemberek. Ennek okai az alacsony kereset, a nehéz munkahelyi megterhelés, a korlátozott képzési lehetőségek, a szegényes karrierkilátások, a silány munkakörnyezet. Feltűnő ebben az elemzésben, hogy ezek a motivációk mennyire megegyezők az európaiakkal (Lorenzo, 2007).

A gazdagabb országok több ápolóval rendelkeznek. Az egészségügyi dolgozók elszivárgása a szegényebb országokból súlyos csapást mérhet az adott ország egészségügyi rendszerére, nem utolsósorban ezért, mert tovább feszíti az amúgy is törékeny képzési keretet (Frits, 2003). Az országok egyszerre lehetnek importálók és exportálók is.

Az ápolók migrációja nem csak az egyik országból másikba történő vándorlást jelent, hogy az üres állásokat feltöltsék egy külföldi kolléga által, hiszen azok néha „továbbugranak” egy harmadik országba is. A másik probléma a nyelv. Míg az angol, mint a nyugati világ nyelve, óriási háttérrel bír az Egyesült Királyságnak, addig például Hollandiának meg kell próbálnia olyan országokból megszerezni a hiányzó munkaerőt, ahol a holland nyelv valamilyen formáját beszélik. Az országok közötti munkaerő-áramlás egész Európában létezik. Éppen ezért a WHO, a szakmai szervezetek nem csupán a külföldi toborzás ellen emelik fel a hangjukat, hanem több etikai megoldást is indítványoztak. Számos olyan kérdés van az egészségügyi munkaerőhiánnyal kapcsolatban, amelyekkel minden EU tagállamnak szembe kell néznie. Mit tegyenek a kicsi országok, hogy biztosítani tudják az egészségügyi szakdolgozókat a globális munkaerőpiacról, és hogyan kezeljék azokat a harmadik világból érkező munkavállalókat, akik úgy döntenek, hogy egy EU tagállamban próbálnak szerencsét.

Az Egészségügyi Világszervezet 2003-ban megjelent kiadványa: Nemzetközi Ápoló mobilitás, trendek és következtetések (International nurse mobility: Trends and implications) címmel mélyreható elemzést közöl az ápolók elvándorlásának nemzetközi trendjeiről, az elvándorlást kiváltó okokról, és néhány lehetséges megoldásról is.

A dokumentum fő megállapítása, hogy az elvándorlás hátterében az iparilag fejlett országok ápoló hiánya húzódik meg, miután ezek az országok nem voltak és nem képesek jelenleg sem saját utánpótlásukat biztosítani. Ugyanakkor kihasználják, hogy a fejlődő országokban alacsonyabb a fizetés és rosszabbak a munkaviszonyok, a két legfontosabb tényező, amely kiemelkedő szerepet játszik az elvándorlásban világszerte (Buchan, Parkin, Sochalski, 2003).

A kormányzatok számára négy lehetséges megoldási lehetőség kínálkozik, hogy a kedvezőtlen elvándorlási áramlatot befolyásolni tudják. Elsőként az ápolók fizetését, munkakörülményeit, és társadalmi megbecsülésüket, szakmai presztízsüket kell javítani, emelni ahhoz, hogy helyben maradjanak. Másodsorban, kormányközi, kétoldalú egyezményekkel is javítani lehet az elvándorló és hazatérő, helyben maradó ápolók arányát. Harmadrészen, megállapodások köthetők arról, hogyan tudja a befogadó ország kompenzálni az elvándorlás veszteségét (anyagiakat, pl. képzés költsége, kiesett hasznos munkaidő, stb., és eszmeiket pl. a „tudás elvesztése”) az ápolókat elbocsátó ország számára. A negyedik alternatíva az elvándorlás teljes korlátozása lenne, amelyet mindenki etikátlan lépésnek tekintene.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses - ICN) szintén 2003-ban elkészített egy szakmai ajánlást: Előrelépés az ápolói életpályán és az elvándorlás: kritikus kérdések (Career Moves and Migration: Critical Questions) címmel, mellyel célja, hogy rávilágítson a karrierváltás és elvándorlás ápolók számára előnyös és hátrányos oldalaira. Az ICN elismeri az ápolók egyéni jogát a szabad elvándorlásra, miközben hangsúlyozza ennek az egészségügyi ellátás minőségére gyakorolt hátrányos következményeit, főleg azokon a területeken, ahol az ápolóhiány kiemelkedő. A nemzetközi elvándorlás mindig is létezett és folytatódik a kereskedelem globalizációja, az iparilag fejlett országokban növekvő szakember hiánya hatására. Az ápolás és a társadalom számára ebből számos előny származik. Az ICN javaslata az, hogy legyen az ápoló toborzásnak etikai kerete.

A lefektetett elvek egyaránt hasznosak a nemzeten belüli és nemzetközi toborzási gyakorlat számára (Zrínyi, 2004). Az elvek hitelessége, hatásossága és egyetemessége nagymértékben függ az egészségügyi szektort szabályozó erők politikai akaratától, amellyel ezeket az elveket betartatják és nyomon követik. Az ICN elítéli az olyan etikátlan toborzási gyakorlatot, amely ápolókat kihasználva vagy félrevezetve kényszeríti őket végzettségüknek, képességeiknek és tapasztalataiknak nem megfelelő munkaköri felelősség felvállalására. Felhívást intéztek a szabályozott toborzási gyakorlat érdekében, amely lehetővé tenné a tájékozott döntéshozatalt, megerősítené a kormányzatok és munkaadók szilárd foglalkoztatás-politikáját, és támogatná a költséghatékony toborzást és munkaerő megtartást (ICN, 2005).

Az ICN 2005-ben indított egy Ápolói Migráció Nemzetközi Centrumot is, (International Centre on Nurse Migration) (ICN, 2005) amely a külföldre vándorló ápolók adatait gyűjti országoként, felméréseket végez, előrejelzéseket készít.

Az ICN ezen kívül információs hálózatot működtet a migránsok egészségi állapotára vonatkozóan, amely segít a migránsoknak és a kisebbségeknek az egészségügyi ellátás elérésében (Mighealth, 2007). A migránsok egészségügyi igényeinek fokozott kielégítéséhez szükség van az egészségügyi szolgáltatások erősítésére és adaptálására, valamint jobb informálódás szükséges a migránsok egészségi állapotáról (Fónay, 2010).

2. 1. 3. 2. Az EU projektjei az egészségügyi dolgozók elvándorlására

A már említett Zöld könyv mellett, további EU projektek is születtek: ilyen a PROMeTHEUS, projekt (teljes neve: HEALTH PROfessional Mobility in THE European Union Study). Huszonnégy országból vettek részt, cél az adatszolgáltatás, a mobilitás hatásának vizsgálata a minőségre és az érintett országok válaszkészségére. Megismerni a mobilitás nagyságrendjét/ jelentőségét és azt, hogy mi az, ami elvándorlásra ösztönzi a szakembereket, milyen hatással van a mobilitás az egészségügyi rendszerekre, a szakemberekre, a betegekre, milyen (egészség) politikai lépéseknek van/ lehet hatása, melyek a jövőbeli kihívások, mit tehetnek a döntéshozók annak érdekében, hogy megfelelő emberi erőforrás politikát alakítsanak ki.

További projektek közé tartozik a MoHProf, RN4CAST Human Resources Planning in Nursing, HPRO Card, HOSPEEM, EPSU is.

A kórházi ágazatban folyó szociális párbeszéddel foglalkozó európai bizottság (amelynek tagjai az európai szociális partnernek tekintett HOSPEEM és EPSU) elfogadott egy határokon átívelő etikus toborzásra és megtartásra vonatkozó közös magatartási kódexet és kísérő intézkedéseket (Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention). Ennek célja az etikus viselkedés előmozdítása és az etikátlan gyakorlatok megszüntetése az egészségügyi dolgozók határokon átívelő toborzása során. Az EU vállalta, hogy összeállítja az EU-n kívüli országokból érkező egészségügyi dolgozók etikus toborzásának magatartási kódexét, valamint további lépéseket tesz annak érdekében, hogy minimalizálja azokat a negatív és maximalizálja azokat a pozitív hatásokat, amelyeket az egészségügyi dolgozók EU-ba történő bevándorlása a fejlődő országokra gyakorol (COM (2006) 870).

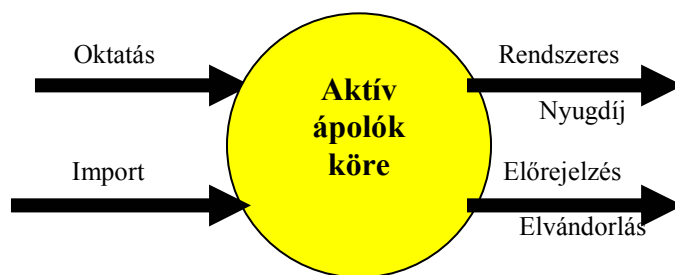
A Healthcare Professionals Crossing Borders (tagállami elismerő és regisztrációs hatóságok informális fóruma) kezdeményezés munkájában a magyarországi Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) is aktívan részt vesz. A hivatal Migrációs és Monitoring Főosztálya nevesítésre került kompetens hatóságként az Európai Bizottság által létrehozott belsőpiaci információs rendszerben (IMI system) is (EEKH, 2010).

Az EU által finanszírozott európai projekt 2002 és 2005 között az ápolók pályaelhagyási szándékára vonatkozóan az Ápolók Korai Pályaelhagyásának vizsgálata volt (Nurses Early Exit Study) (NEXT) néven. Ez a kutatás az ápolók munkahelyi feltételeit vizsgálta, illetve, hogy azt, milyen okok és körülmények miatt hagyják el az ápolók idő előtt szakmájukat Európában.

2. 1. 3. 3. Ápolók Korai Pályaelhagyási Vizsgálata - A NEXT vizsgálat

A NEXT kutatói csoportja tíz országban gyűjtötte össze és elemezte 56.406 résztvevő keresztmetszeti adatait, beleértve 18.796 ápoló hosszmetzeti adatait. Ezek széles körű alapot biztosítottak a NEXT kutatóinak az ápoló szakma idő előtti elhagyásának vizsgálatához.

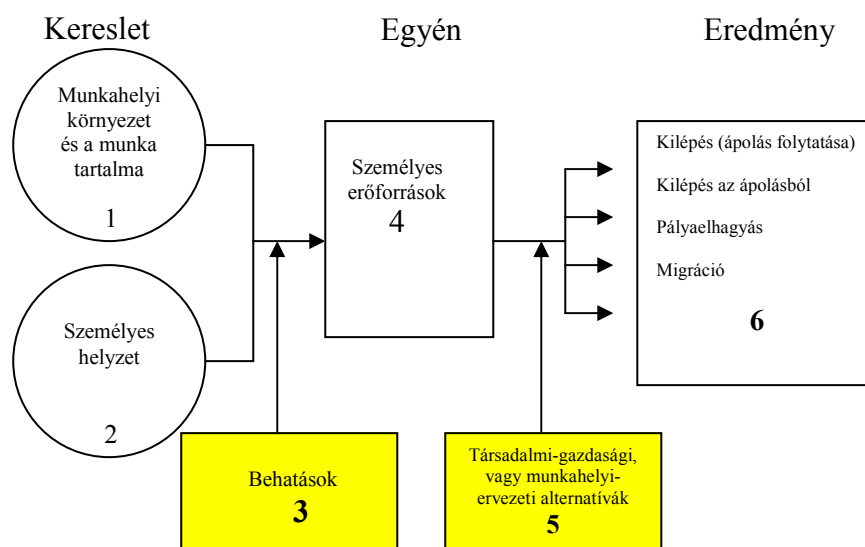
A NEXT- felmérés módszeres megközelítéssel vizsgálta azt a problémát, ami az ápolók munkaerő hiányát okozza, a lehető legrosszabb elképzeléstől megközelítve azt, a szakma idő előtti elhagyásától. A NEXT tanulmány elméleti modelljében „inputként” jelenik meg a képzésből érkezők, és a külföldről importált ápolók tömege (1. ábra).



1. ábra: A NEXT tanulmány elméleti modellje (NEXT, 2005)

Mindezek alkotják az aktívan szakmájukban dolgozó ápolókat, akikből nyugdíjazással és korai pályaelhagyással válnak ki a távozők. Szerencsés esetben az input oldalon jóval nagyobb a beáramlás, mint az output oldalon a távoző ápolók száma. Ez az absztrakt modell a 2. ábrában nyer konkrét értelmezést. Az ábra bal oldaláról indulva látjuk a munkahelyi környezet és a munka tartalmának (1), valamint a személyes helyzetnek (2) a szerepét. Ezeket különböző behatások érik (3). Ezek vagy fokozatosan adódnak össze az idők során, vagy hirtelen élményre alakulnak ki.

Ezek a behatások alakítják a személyes erőforrásokat is (4), köztük szerepel az életkor és egészségi állapotunk is. Az előbbiekhöz adódnak hozzá társadalmi-gazdasági, vagy munkahelyi-szervezeti alternatívák (5), amelyek együttesen határozzák meg, hogy szándékunkban áll-e maradni vagy menni, és végül maradunk a pályán, vagy elhagyjuk az ápolást (6).



2. ábra: A Next –felmérés módszertana (NEXT, 2005)

A NEXT-vizsgálat leírta és elemezte az európai ápolói személyzet munkahelyi körülményeit, megállapítja azokat az okokat, amelyek miatt az ápolók fontolgatják a szakma elhagyását. Megfogalmazta a szakma korai elhagyásának okait (munkával kapcsolatos, társadalmi és személyi okait), beazonosította a korai elhagyás rizikócsoportjait, tanulmányozza a korai pályaelhagyás egyénre és az intézményre tett hatását. Meghatározta az egészségügyi szakmával kapcsolatos „egészséges öregedés” feltételeit, a munkahelyi egészség megőrzés célcsoportjait, az európai ápolók munkaképességének fenntartására.

A kelet-európai országok bevonásának hatása az európai munkaerőpiacra nem ismert.

2004. május 1. óta az új tagállamok lakói szabad utat kaptak számos európai ország munkaerőpiacára és néhány éven belül minden országéra. Ez két kérdést vet fel: Milyen mértékben fontolják meg az ápolók a külföldön dolgozást? Az ápolók Kelet-Nyugat irányú vándorlása milyen mértékben fogja befolyásolni az ápolóhiányt a kelet-európai országokban?

Mint az előző fejezetekből leszögezhető az évtizedek során ápolók elvándorlása világméretű és egyre növekvő jelenség lett. Az elvándorlás pozitív és negatív hatásokkal is összefügg mind a kibocsátó, mind a befogadó országokban. A Next-felmérés bizonyította, hogy előregedő a munkaerő az EU-ban. A nyugdíjba vonulás várhatóan hajtóerőként fog szerepelni a következő évtizedekben az ápolók helyettesítését illetően.

Ami a kifelé irányuló vándorlást illeti, 2003-ban minden ötödik (21%) szlovák és minden nyolcadik lengyel (12%), aki részt vett a NEXT-felmérésben, gyakran gondolt arra, hogy külföldön folytatja munkáját. 2004-ben ez az arány Szlovákiában 11 %-ra csökkent, míg Lengyelországban 21 %-ra nőtt. A NEXT-tanulmányt 2005-ben lezárták, az elvándorlási mintákról kevés információt sikerült gyűjteni. Az ápolói pálya elhagyásával kapcsolatosan teljes NEXT minta 15,4 %-a válaszolta azt, hogy nagyon gyakran gondol az ápolói pálya elhagyására (legkisebb ez az arány Hollandiában (8,8 %) és legmagasabb az Egyesült Királyságban (36,2 %). Ez az érték alacsonyabb az Aiken és munkatársai (2001) által kapott eredménynél, de még mindig meghatározó a potenciális munkaerőhiányt tekintve. A korai pályaelhagyás fő okai a személyes egészségügyi tényezők és a rugalmatlan munkabeosztás voltak. A NEXT vizsgálat részletes eredményei a 3. sz. mellékletben kerültek kifejtésre (3. sz. melléklet).

2. 2. A magyar hallgatókat/ápolókat érintő főbb kérdések

Az új EU tagállamoknak, - így Magyarországnak is – különösen nagy kihívással kell szembenézniük, mert egyre több ápoló, illetve orvos vállal munkát Nyugat –Európában a jobb megélhetés érdekében (Betlehem, 2007). A humán erőforrás hiánya tehát úgy a régi tagállamokban, mint a kelet-közép-európai térségben, az elkövetkezendő években az egészségügy alapproblémája lesz, amely megelőzi a finanszírozhatósági gondokat is, és a fenntarthatóság legsérülékenyebb kritériumává válik (Borbás, Kincses, 2006; 2007).

A probléma súlya indokoltá tette azt, hogy tanulmány készült: „Tanulmány az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről és szerepükről az átalakuló egészségügyben” címmel az egészségügyi reform keretében 2004-ben (Varga, 2004). Ezen kívül egy magyarországi Zöldkönyv is megszületett (Zöldkönyv, 2004) a problémák megoldásának felvázolására. Az EEE (Egészségügyi Emberi Erőforrás) problémákhoz a munkaerő – vándorlás nemzetközi tendenciái és hazai hatásai is hozzájárulnak. A munkaerőhiány problémája nem csak Magyarországon jelentkezik, hiszen a fejlettebb országok aktív elszívást végeznek (szervezett munkaerőimport). Ez várhatóan tartós tendencia marad. Amíg más országokban természetes az idegen munkaerő alkalmazása, addig ez nálunk további problémák forrása. A magyar jogi és társadalmi / politikai környezet nehezíti a munkaerő-befogadást, nem támogatja az importot. Magyarországon mára megállapítható tény az, hogy az ápolói kar utánpótlása nem megfelelő, egyes területeken szinte hiánycikk.

Napjainkban a probléma jelentősége tovább nőtt. Ezt az is mutatja, hogy a Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) 2008. január 29-i ülésén első napirendi pontként az egészségügyi szakképzés és továbbképzés aktuális kérdéseit tekintette át (Csetneki, 2008). Megállapította, hogy a magasan képzett egészségügyi szakdolgozók áldozatos munkája nélkül nem létezne egészségügyi ellátás. Az egészségügyben végbement struktúraváltás és az európai uniós normák alkalmazása új elvárásokat fogalmazott meg a szakdolgozókkal szemben is. Az új szakképzési rendszerben egyre kevesebben jelentkeznék, egyre komolyabb probléma az utánpótlás kérdése. Hiányzik az anyagi megbecsülés, csökkent az utóbbi időkben a társadalmi elismertség. A Nemzeti Egészségügyi Tanács ezért azt javasolta, hogy a kormány az egészségügy átalakítása kapcsán kiemelten kezelje az EEE kérdését és ezen belül is az egészségügyi szakdolgozók helyzetét.

2008. május 15-én tartották a „Fórum az Ápolásról” rendezvényt. A fórum szerint az ápolás átfogó problémái a következők (Csetneki, 2008). Az ápolók létszámának csökkenése, az ápolásügy gondjainak rendszerszintű és teljes elhanyagolása miatt olyan helyzet állt elő, amelyben sérül az ellátás biztonsága, a betegek gyógyulási esélye. A túlterheltség az elkötelezett, és a pályát vagy az országot elhagyni nem kívánó ápolók teljes kiégésével fenyeget, veszélyezteti az ápolók egészségét és fizikális jólétét. Rövid- és középtávon az ország demográfiai helyzete az ápolói munka iránti igények további növekedésével, míg az egészségügyi dolgozók demográfiai helyzete az egészségügyi dolgozók teljesítményének további csökkenésével jár. Ennek társadalmi következményei beláthatatlanok. A negatív motivációs környezet, az anyagi és társadalmi megbecsülés teljes hiánya, a külföldi munkavállalás anyagi vonzása és végtelen lehetősége a szakma további, akár teljes elnéptelenedésével fenyeget, amit a jóformán nullával egyenlő ágazati iskolai jelentkezési adatok egyértelműen bizonyítanak, ezért azonnali válságkezelés szükséges. A Fórum az Ápolásról, a problémák kimondása miatt is, mérföldkő volt. A válságkezelés és az ehhez szükséges erőforrások mérete, a társadalmi prioritások átrendezése komoly következményekkel járhat, és társadalmi egyeztetést igényel.

2008-ban sor került az I. Egészségügyi Emberi Erőforrás Fórum megszervezésére, melynek középpontjában az EEE helyzetének áttekintése és a szakember képzés kérdései álltak (Girasek és munkatársai, 2007). Itt elhangzott az a tény, hogy 3.500 – 4.000 fős létszámhiány van ma Magyarországon a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) harminckilenc súlyponti kórház, és a kiemelt körében készült vizsgálata alapján (MESZK, 2008). Kivetítve ezt a teljes intézményi körre, hat-nyolcezerre becsülhető a hiányzó dolgozók száma az ápolási területről. (Balogh, 2009).

2010. április 29-30-án tartották a Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusát Nyíregyházán. Kimondásra került az, hogy az ápolóképzés ma már az uniós országok trendjeit követi. A minőségi problémát a kompetenciák tisztázatlansága, a mennyiségi problémát, az alacsony ápolói létszám jelenti (Ujváriné, 2010).

Egyre kevesebb fiatal választja az ápolói hivatást. Az pálya nem vonzó, nem kínál megfelelő egzisztenciát az egyének számára. A munkaerőpiac fő utánpótlása a nappali tagozaton végzett munkavállalókból meríthető. Csak ez a létszám vehető figyelembe, hiszen ők jelentenek mennyiségi változást, mert a levelezősök már dolgoznak az ellátórendszerben. Ez a szám idén 99 fő lesz várhatóan országosan nappalin és 250 fő a levelezőn tagozaton. (Balogh, 2009). A helyzetet rontja az is, hogy a nappali képzésben végzettek közül kevesen helyezkednek el az egészségügyben (4. melléklet, 6. a. táblázat).

Sajnálatos tény, hogy az OKJ nappali ápolóképzés is kiüresedett. 2001-ben 3.350 tanuló végzett, ami 2008-ban 1.397-re csökkent (Balogh, 2008) (4. sz. melléklet 7. a. táblázat). Az elmúlt hét évben a végzettek 87,78%-a OKJ ápolói bizonyítványát, munka melletti képzésben szerezte meg. A magyarországi ápolói szakma gyors változásait jól tükrözi a beiratkozások és a diplomások számának csökkenése.

A WHO adatbázisa szerint a magyarországi ápolói munkaerő komoly hanyatlást szenvedett el az 1980-as évek eleje óta (HFA-DB, 2009). A százezer főre jutó új ápolók száma 1986-ban érte el a csúcst, 80 fő végzett ekkor. 2007-re ez a szám csupán harminchat ápolóra esett vissza, ami kevesebb, mint a húsz évvel ezelőtti szám fele.

A HFA-DB ugyanilyen súlyos visszaesést mutat a kórházakban dolgozó ápolók arányával kapcsolatban. 1985 és 2000 között az ápolóknak viszonylag stabil 57%-a dolgozott kórházi szolgáltatásban. A 2000-es év óta ez az arány évről-évre meredeken esett, és 2007-ben érte el a legalacsonyabb 50%-ot. Ez azt jelenti, hogy az összes ápolói munkaerő csupán felét alkalmazzák a kórházi ágazatban, egy olyan országban, ahol az egészségügyi szolgáltatások és az egészségügyi ellátás nagy többsége egyenlő a kórházi ápolással. Annak oka, hogy csökkenő trendet tapasztalunk, nem az, hogy az ápolók az otthoni ápolásban, az idős ápolásban, vagy más nem kórházi alapú ápolói szolgáltatásokban vállalnak munkát, hanem a tervezett nyugdíj és az elvándorlás (vagy a hazai munkaerő piacon, vagy külföldi munkavállalással). Ez utóbbi komoly aggodalomra ad okot, mivel ha ez a csökkenő tendencia ilyen ütemben folytatódik, Magyarország a következő évtizedben, kifogy a döntő fontosságú ápolói munkaerőből. Az EEKH adatai szerint 2008- hoz képest 2009-ben már háromszoros nagyságrendű ápoló jelentkezett a hivatalnál, hogy külföldön dolgozhasson (2008-ban 153fő, 2009-ben már 419fő) (4.sz. melléklet 8.a. táblázat).

2010. január 1. és április 31. között ez a szám 86 fő volt ((Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal – EEKH - 2010). A kérelmezők közül legtöbben az Egyesült Királyságban kívántak munkát vállalni, de célszág volt Németország, Olaszország, Ausztria is. Saját szakmájában várhatóan kevesebb magyar egészségügyi dolgozó vállal külföldön munkát, mint ahány a statisztikákban szerepel. Az viszont tény, hogy az egyre több menni akaró szándéka kifejezetten aggasztó” (Balogh, 2010). A tények alapján már rövid és középtávon is megkérdőjelezhető az egészségügy működőképessége, a képzett egészségügyi munkaerő (orvosok, ápolók) hiánya, egyenlőtlen eloszlása, a megfelelő utánpótlás biztosítása, továbbá a pályaelhagyás és a külföldi munkavállalás miatt. Éppen ezért szükséges részletesen is megvizsgálni az ápolás magyarországi problémáit az oktatás az ápolók, az egészségügyi ellátó rendszer, és a társadalom oldaláról is, hogy feltárhassuk a bajok valódi hátterét.

2. 2. 1. Az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára

2. 2. 1. 1. Az ápolóképzés napjainkban

A rendszerváltással egy időben indult el a középfokú és felsőfokú ápolóképzés fejlesztése. A változtatás egyik sarkalatos eleme volt, hogy a tanulók már nem 14 éves korban döntöttek az ápolói hivatás választásáról (Balogh, Borbás, Lakó (szerk), 2008). 1993-ban sor került a képzés átalakítására, mely már figyelembe vette az Európai Unió és az Európa Tanács ápolóképzésre előírt irányelveit, illetve ajánlásait. A diplomás ápoló képzés a korábbi három vidéki orvosegyetem keretei között, a Project HOPE (Health Opportunities for People Everywhere) támogatásával indult. A következő fejlesztés időszakát az Országos Képzési Jegyzék (OKJ) hatályba lépése jelentette. (14/1994. (IX. 15.) NM rendelet). Az egyetemi szintű ápolóképzési program 2000-től valósult meg először a PTE Egészségügyi Főiskolai Karán (85/2000. (VI. 15.) Korm. Rendelet). A képzési szint emelkedésével párhuzamosan nem valósult meg a főiskolai, egyetemi szintre épülő szakirányú szakképzési rendszerek kialakítása és így a meghatározó területeken továbbra is megmaradt a korábbi, középiskolai szintre épülő, középfokú szakképzés rendszere. Ez a probléma napjainkban is tovább él.

Az Európai Felsőoktatási Térséghez való igazodásként valamennyi egészségügyi képzési programot az Európai Kreditátviteli Rendszer szellemében módosították. Ez megteremti a lehetőséget a tanulmányok folytatására, sőt más országok hallgatói hazánkban is folytathatnak tanulmányokat, konvertálható rendszerben. Az ápolóképzés szintjei ezzel már 2000-ben megvalósították a hazánkban 2006-ban a felsőoktatásban egységesen bevezetett lineáris kétfokú képzési rendszert a Bologna folyamat szellemében (Betlehem, 2005).

A munkaerő-piaci mobilitás fokozódó igénye, az ápolói szakma gyors fejlődése az élethosszig tartó tanulást is elvárásaként állítja a szakma képviselői elé, ami komoly kihívást jelent az egyén, és az oktatáson belül a továbbképzés vonatkozásában. Magas szinten és jól képzett, szakmát és hivatást szerető szakemberek aktív részvételére van szükség ahhoz, hogy a növekvő kihívásoknak az egészségügy területén eleget tudjanak tenni. Fel kell oldani az ápolóképzés szintjeinek, jelenlegi szerkezetének jelenlegi rugalmatlanságát, anomáliáit.

Az ezredfordulót követően újabb kihívás jelent meg az ápolásban, ami az önálló doktori iskolák megindulásának igényeként jelentkezett. A PTE Egészségtudományi Karán a Magyar Akkreditációs Bizottság engedélye alapján a 2005/2006. tanévben elkezdte működését az Egészségtudományi Doktori Iskola is (Bódis, Kriszbacher, 2006).

2. 2. 1. 2. Az ápolóképzés jogi szabályozásának rövid ismertetése

A szakképesítések elismerése az EU-ban irányelvekkel történik (Hudák, Gellérné, 2003): Az átmeneti irányelvek és az ágazati/szektoriális irányelvek esetében 1975-től napjainkig nyolc szakma gyakorlását szabályozó irányelv került elfogadásra. Az ápoló és szülésznő oklevelek/bizonyítványok automatikus elismerése – a többször módosított – ágazati direktívák alapján történik (Páva, Kovács, 2003). Ebbe a csoportba két szakképesítés tartozik:

- *Ápolói szakképesítésre vonatkozó irányelvek:*
 - a) 77/452 EGK irányelv
 - b) 77/453 EGK irányelv
- *Szülésznői szakképesítésre vonatkozó irányelvek:*
 - a) 80/154 EGK irányelv
 - b) 80/155 EGK irányelv

Ezen kívül ismeretesek az általános irányelvek. Itt már nem előzetes harmonizációról, hanem utólagos elismerésről van szó. Egy szakma akkor szabályozott, ha az adott tagállamban a gyakorlásához oklevelet, vagy bizonyítványt írnak elő (Hudák, Gellér, Kiss, Lukács, 2003). Az ápolók képzésére vonatkozóan a képesítési követelmények a meghatározók. Ha megnézzük a képesítési követelményeket (KKK) az egészségügyi szakképzések és a felsőfokú képzések kimeneti követelményei (SZVK) eltérő filozófia mentén szerveződtek. Ez sokszor megnehezíti az eltérő képzési szintek követelményeinek összevetését és ez ebből adódó tevékenységek összehasonlítását. Az ápolóképzés részletes bemutatása, a jogi szabályozás és az ápolóképzési rendszerek kimeneti követelményeinek részletes kifejtése a 4. sz. mellékletben olvashatók (4. sz. melléklet).

2. 2. 1. 3. Az ápolói pálya –néhány hazai kutatás bemutatása

Napjaink állandóan változó világában különösen nagy jelentőséget kapnak az egyén pályafejlődésével kapcsolatos kérdések. Életünk harmóniájához, teljességéhez szorosan hozzátartozik a személyiségnek, továbbá a társadalmi hatásoknak, munkaerő-gazdálkodási irányelveknek megfelelően választott pálya. Az önmegvalósítás, a hatékony munkavégzés fontos összetevője az egyén pályaképe, amely mindazokat a tényezőket magába foglalja, amelyek a pályaválasztási döntést, a pályánmaradást, a pálya szubjektív és társadalmi megítélését döntően befolyásolják (Csapóné, 2003). Bármely szakmára vagy hivatásra való felkészülés már gyermekkorban elkezdődik, a szocializáció során erősödik és céltudatosan a választás irányába, orientálódik. Az ápolók pályaválasztásában jelentős vonzerő az emberekkel való foglalkozás, a betegek és kiszolgáltatottak segítése iránti vágy (Kovácsné, Feith, Balázs, 2004). Az ápolói hivatás erős azonosulást feltételez a hallgatókról. Ezt támasztja alá a korai pályaválasztás is, amelynek motivációja a gyermekkori élményekben keresendő. Ápolóvá lenni nem egyszerűen bizonyos ismeretek és készségek, vagy bizonyos helyzetekhez illő magatartásformák elsajátítását jelenti, hanem magáévá kell tennie az ápolásnak azt a beállítottságát és értékrendszerét, mely mélységesen átalakítja az érintett egész gondolkodásmódját, személyiségét és életmódját. (Ian, Kath, Nenneth, 1999).

Az ápolás filozófiája Walsh szerint: tiszteletben tartani az emberi életet, az ember méltóságát és jogait, az egyént nemzetiségétől, fajtájától, bőrszínétől, korától, nemétől, vallási meggyőződésektől vagy társadalmi helyzetétől függetlenül ápolásban részesíteni, felelősséget viselni a végzett tevékenységekért, a rábízott személyekért, folyamatos tanulással naprakészen tartani a szakmai ismereteket, ez ezek alapján végezni a munkát (Walsh, 1998).

A 1997. Évi CLIV. Törvény az egészségügyről az ápolást az alábbiak szerint határozza meg: 98. §. (1) Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával. (2) Az ápolás: a) a beteg azon tevékenységének segítésére irányul, amely elvégzésére elvégzése speciális felkészültséget igényel. fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul, b) a tényleges vagy lehetséges egészségi problémákra bekövetkező reakciók, szükségletek felismerését szolgálja, c) a kezelőorvos által elrendelt terápiás tervben előírt beavatkozások végrehajtását szolgálja, d) egészségnevelési és tanácsadási feladatokat lát el (1997. Évi CLIV. Törvény az egészségügyről).

2. 2. 1. 4. Az ápolói pályára való jelentkezés motivációi

A diplomás ápoló szakos hallgatók jelentkezési motivációit magam is vizsgáltam 1998-ban a DE-EFK gyulai diplomás ápolók hallgatói körében. A megkérdezett hallgatók legnagyobb része motivációként a magasabb szakmai szint elérését jelölte meg és a tudás fontosságát. Jelentős hányadot képviselt azon hallgatók száma az első évfolyamon, akik csak az átjelentkezést említik meg. Azonos jelentőséggel bíró válaszok voltak a magasabb egzisztencia elérése és az egészségügyi diploma megszerzése. A levelező hallgatók válaszainak nagy része a munkaköri követelményt említi meg, a státusz betöltéséhez. A beteg embereken való segítség főleg a végzős évfolyamban volt gyakori (Siket, 2000).

Egy Semmelweis Egyetemen Bodrogi és Kálmán által végzett felmérés szerint arra a kérdésre, hogy „Miért választottad az ápolói pályát?”, a hallgatók 56%-a a beteg embereken való segítséget, 20%-uk az egészségügy iránti érdeklődést jelölte meg. 17% azért választotta az ápolói hivatást, mert más felsőoktatási intézménybe nem vették fel. Viszonylag szerény volt a szülői (5%), pedagógusi befolyás a döntésre (2%) (Bodrogi, Kálmán, 2006). A pályaaorientáció a társadalmi tagoltság dimenzióiban keletkezik, és ezen belül a szocio-kulturális háttér a legfőbb meghatározója. A pályakép sajátossága a szakmával összefüggő szerepekkel való azonosulás. Optimális a pályaaorientáció, ha az objektív és a szubjektív tényezők összhangban vannak egymással, és az egyéni és társadalmi érdekek is találkoznak.

Egy brit kutatás eredményei azt mutatják, hogy az önzetlenség és a segítőkészség továbbra is kulcsfontosságú tényező az ápolói szakma választásánál, mindemellett a hallgatók olyan karrierre vágynak, ahol a szakmai hozzáértés és a bérezés egyensúlyban van. A megfelelő bérezés hiánya a szakma korai elhagyásához és az ápolói szakma helyett más egészségügyi szakmák választásához vezethet (Miers és munkatársai, 2007).

Kovácsné és munkatársai ápoló hallgatók pályaválasztási motivációját és a pályaelhagyás kapcsolatát vizsgálták 3. és 4. éves ápoló hallgatók körében, országos mintával, kérdőíves módszerrel (Kovácsné és munkatársai, 2004). Eredményeik szerint az embereken való segítség a hallgatók 58, 4%-átjelentős mértékben befolyásolta a pályaválasztásban. Közel azonos arányban érvényesült a család és barátok hatása (33,9%, 28,7%). A karrier lehetősége kevésbé vagy egyáltalán nem befolyásolta hallgatók közel kétharmadát. A biztos állás lehetősége miatt a résztvevők több mint fele választotta az ápolói pályát. A megkérdezettek 65,5%-a mondta azt, hogy a tanulmányaik megerősítették a pályaválasztásukat, 78,3%-uk BSc ápolóként kíván elhelyezkedni. Átlagosan 56,2%-ban ezt külföldi munkavállalás keretében tervezik, Zalaegerszegen ez az arány 92,9%, Szombathelyen, pedig 69,6% volt.

Vagyis a hallgatók többsége BSc ápolóként kíván elhelyezkedni, de nem Magyarországon, hanem külföldön. Motivációként 52,25%-ban a jövedelmi lehetőségeket és 47,3%-ban a nyelvtanulást jelölték meg. Eredményeik hasonlítanak a Baráthné-Lantos szerzőpáros 1998-ban végzett kutatásának megállapításaihoz (Baráthné, Lantos, 1999). A család és barátok hatása közel azonos arányban érvényesült. A karrier lehetősége a hallgatók többségét (73,9 %) kevésbé vagy egyáltalán nem befolyásolta. A biztos munkahely kedvező lehetősége miatt a kutatásban résztvevők 58,0%-a választotta az ápolói pályát. Az emberekkel való foglalkozás és segítség szándéka meghatározó szakmaválasztási motívumként szerepelt. A pálya negatívumai ellenére úgy tűnik ez a hivatás Archimedes-pontja, amelyet próbál ellensúlyozni az emberekkel való segítség szándéka (Fónai, Pattyán, Szoboszlai, 2001). A pályaválasztásra való felkészülés folyamatában – tudatosan, vagy önkéntelenül – a hallgatók számos, a pályáról alkotott külső környezeti hatást is befogadnak. E hatások lehetnek jelentősek, vagy elhanyagolható mértékűek (Kiss, Schüttler, 1985).

2. 2. 1. 5. A hallgatói létszámcsökkenés okai

Jelenleg a szakképzés a társadalom általános képzettségi szintjének emelkedésével középszint helyett érettségi után történik, ami azt jelenti, hogy a szakképzett és a BSc ápoló képzési idejében mutatkozó különbség egy évre redukálódott. Így érthető, hogy a szakképzett ápolói képzésre jelentkezők száma a már említett drasztikus mértékben lecsökkent, ezzel is ellehetetlenítve az ápolói szakma utánpótlását (Neményi, 2005). Az ezredforduló óta gyors hanyatlás tapasztalható az újonnan végzettek számát tekintve; a hét országos egészségügyi oktatási intézményben (4.sz. melléklet 7.a. táblázat). A felsőoktatás esetében a főiskolai ápolói végzettséget szerzettek száma esetén is hasonló a trend. A BSc ápoló képzés a kezdeti dinamikus emelkedés után mára csökkenő tendenciát mutat.

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán ez a helyzet a következők szerint alakul: Az 1993-as induláskor 39 fő nappali és 42 fő levelező hallgató volt az Ápoló Szakon, 2009-ben 16 fő a nappali és 54 fő a levelező évfolyam létszáma. Itt az elmúlt 18 évben a nappali és levelező tagozaton 1.142 db BSc ápolói oklevél került kiadásra. (DEEK Tanulmányi Osztály, 2009). A hallgatói létszám kezdeti növekedését követően sajnos ma már drámai létszámcsökkenés tapasztalható, mind a nappali, mind a levelező tagozat esetében (4.sz. melléklet 8.a. táblázat). A képzőintézmények véleménye szerint az ápolói szakma továbbra sem vonzó a fiatalok körében. Ennek okaiként a folyamatos munkavégzést, az alacsony létszám miatti fokozott munkaterhelést, az egy ápolóra jutó 20-30 fős betegszámot, az alacsony társadalmi és szakmai presztízt jelölték meg.

Az utánpótlás hiányaért több jelenség is felelőssé tehető. Hiányzik az életpályamodell, mely tervezhetővé és vonzóvá tenné a fiatalok számára a hivatást. A bérek olyan alacsonyak, hogy Ausztriában is hatszorosát keresik az egészségügyben munkát vállalók.

2004-ben felmérést végeztünk itt a hallgatók körében: A Diplomás ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata címmel. Kutatásunk eredményei szerint a pályaválasztás fő motívumaként a magasabb szakmai szint elérését, a hivatástudatot, a munkaköri követelményt és a beteg embereken való segítség válaszokat jelölték meg leggyakrabban a megkérdezett hallgatóink. A diplomás ápolói végzettség elismerését magasabb bérbesorolással, a diplomás ápolói végzettségnek megfelelő új munkafeladatok adásával, magasabb munkakörbe helyezéssel, béremeléssel látnák leginkább megoldhatónak a megkérdezettek (Siket, Csontos, 2005).

A Bolognai típusú képzés 2006-tól kezdődött az Ápolás és Betegellátás Alapszakon. Sajnos az ápoló pálya nem vonzó a hallgatók körében, a szakirányok közül a legkevésbé preferált az ápoló szakirány választása.

2. 2. 1. 6. A végzettek létszámcsökkenésének következményei

A nappali képzésben végzettek közül mind a szakképzésben, mind a felsőfokú képzésben alacsony arányban vállalnak munkát az egészségügyben, főleg a fekvőbeteg ellátásban. Az elmúlt hét évben a végzettek 87,78%-a OKJ ápolói oklevelét munka melletti képzésben szerezte meg. A BSc ápolók esetében ez az arány: 67,7% (4.sz. melléklet 6.a. táblázat). Az egészségügyi reform okán nem szívesen vesznek fel ápolót a kórházak, főleg nem BSc ápolót, akinek nagyobb a bértömege. Nem jellemző ma már sem a tanulmányi szerződés kötése, sem az átsorolás magasabb bérfokozatba, ha ez nem egyértelműsíthető.

A végzett BSc ápolók közül a magyar ellátórendszer érdektelensége és saját kilátástalanságuk miatt igen sok a pályaelhagyó. Jobb esetben cégeknél „orvoslátogatók” lesznek, vagy a szociális szférába mennek át dolgozni. A végzettek nyelvvizsgával, nemzetközileg elfogadott diplomával rendelkeznek, ezért, mint munkaerő különösen keresettek a fejlett egészségügyi kultúrájú országokban is.

Különösen aktuális e tekintetben a nyelvvizsga kérdése. A Bologna - rendszer bevezetését követően, ma már nem elegendő az alapfokú államilag elismert nyelvvizsga megléte az oklevél átvételéhez, hanem középfokú nyelvvizsga teljesítése kötelező. Ez még inkább segíti a külföldi munkavállalását a frissen végzett magyar szakembereknek.

2. 2. 2. Emberi erőforrás hiány az ápolók körében, hatásai az ellátórendszerben

Jelenleg az egészségügyi intézeteket az alulfinanszírozottság, a szakemberhiány, a korszerűtlen géppark és épületállomány jellemzi. Az egészségügyi ágazat nagymértékben élők munkája igényes terület, így az intézmények munkaerő szükséglete igen számottevő. Napjainkban az egészségügyi intézmények elsősorban a működőképességük megtartására kényszerülnek, miközben számos humán-politikai funkció jelentőségét veszti (például az elismerés, jutalmazás). Helyette új és megváltozott tartalmú funkciók jelentkeznek: válságkezelés, létszámleépítés, külföldi állampolgárságú dolgozók alkalmazása, pályázati megoldások keresése. A túrhetetlen állapot okaként a 2007-es struktúraváltást jelölhető meg. Emellett új szakmai profilok és ellátási formák születtek az intézményekben a megfelelő Egészségügyi Emberi Erőforrás nélkül (rehabilitációs osztályok, egynapos sebészet, krónikus osztályok, stb.), tehát elvileg nemhogy kevesebb, de több ápolóra lenne szükség mind az alap, mind a szakápolók vonatkozásában. Az ország földrajzi elosztását tekintve aránytalanság figyelhető meg arra vonatkozóan, hogy egy ápolóra hány beteg ápolásának feladata hárul. Van, ahol 28 főről gondoskodik egy szakember, és van, ahol ennek négyszerese jut egy ápolóra. Mindez természetesen a betegbiztonság és az egyenlő hozzáférés kérdését is felveti.

2. 2. 2. 1. Az egészségügyi reform hatásai

Sorozatos forráselvonás történt az egészségügyben az elmúlt években (2009. szeptember 1. NM rendelet módosítása). Ennek hátterei a HBCS súlyszámok és a kódrevízió (a szolgáltató egy tevékenységért kevesebb finanszírozáshoz jut), a hosszú ápolási napok finanszírozásának megszüntetése, a járóbeteg szakellátásban a „minimumidő” bevezetése, a TVK újabb változtatása, úgy hogy a 100% feletti teljesítmény esetén nincs finanszírozás. Emellett a finanszírozás változatlan 2007. április 01. óta. A súlyszám: 146.000 Ft, a német pont: 1,46 Ft. 2007-ben még volt kiegészítő díjazás: 35-40 Md Ft, 2008-ban már nem. Ezzel párhuzamosan a költségek növekedtek, az energia árak: 25-30 %-al. Ellentételezés nem történt. A bekövetkezett struktúra átalakítás eredményeként az aktív ágyak száma 15 ezerrel csökkent, a krónikus ágyak száma közel 7 ezerrel nőtt. Azonban az átalakításnál nem vették figyelembe a kórházi szükségleteket, ez egyes kórházaknál kapacitásfelesleget, másoknál kapacitáshiányt eredményezett. A teljesítmény-volumenkorlát mértéke a kapacitások csökkenésével együtt változott, ezért több kórházban a pénzügyi helyzet tovább romlott. A fentiek eredményeképpen tovább romlott az intézmények gazdasági-pénzügyi helyzete.

2003-tól az egy kórházi ellátásra jutó intézményi bevétel gyakorlatilag változatlan, a közvetlen kiadások fedezete biztosított, a közvetett költségeké egyre kevésbé. A dologi költségek fedezete évek óta változatlan, a kötelező béremelések fedezetének biztosítása nehézkes. A szakmai színvonal megtartása, a minőségügyi rendszerek hatékony fenntartása kritikus. „Várólisták” alakultak ki, az előjegyzések gyakorisága, időintervalluma nőtt.

Emellett morális elemként megemlíthető az ellátási lehetőségek romlása (épület, gépműszer, humán erőforrás), a növekvő lakossági elégedetlenség (peres eljárások számának növekedése, agresszivitás), a szolgáltatói engedetlenségi törekvések (reformokkal szembeni ellenállás, védőoltások térítési kötelezettsége, stb.) és a sajtónyilvánosság általánosító hatása.

A humán erőforrás gazdálkodás tekintetében az intézmények EEE feltételeinek javítását a mobilitási program nem segítette, a megszűnő kórházak létszámából és a megszorítások miatti elbocsátásokból sem sikerült a kórházak munkaerő-utánpótlását biztosítani. Nehézségek közé tartozik az is, hogy nem biztosítható az új struktúrának megfelelő szakszemélyzet. A hiány különösen a krónikus és a rehabilitációs ellátásban jelentkezik. Az ellátást nehezíti, hogy a hiányszakmák regionális eloszlása nem egyenletes, jelentősek a különbségek a keleti és nyugati, az egyetemi és az ezen kívüli régiók között. A szakemberek kiválasztása, pótlása sok esetben egészségügyi szakképesítésű munkanélküli - munkavállalókkal történik. Ennek a minőségi problémán túl további akadályai is vannak: a mobilitás hiánya, a házastárs munkahelye, a gyermekelhelyezés nehézségei, az iskoláztatás. Ezen kívül gyakori az egészségüghöz „közelálló” szakmák (pl.: szociális ellátás) munkanélküli munkavállalóival (átképzés!) való feltöltése a létszámhiánynak.

A telephelyek megszüntetése és osztályok összevonása a kórtermek zsúfoltságát eredményezte, ami a körültekintő ápolás mellett is kedvez a fertőzések fellépésének. Ez az ápolási napok számának 5-10 nappal történő növekedését eredményezi, ami további költséget von maga után. Mindezek eredőjeként az ápoló személyzetnek többet kell dolgoznia zsúfolt kórtermekben, súlyosabb betegeket kell ápolniuk, kevesebb pénzért (Halmosné, 2008).

Az ápolói társadalmat is nehéz helyzetbe hozta az intézményi reform. Először a struktúra átalakítást követő létszám-racionalizálás okozott egzisztenciális problémát több ezer ápolónak, majd a leépítések következményeként keletkező többletterhelés sújtotta a rendszerben maradó ápolókat. Az egészségügyi reform során 3.500 ápoló veszítette el az állását és igen jelentős létszámúak a pályaelhagyók is (NAL, 2008). A megszüntetett, vagy profiljában átalakított kórházakból munkahelyet veszített ápolók a felmentési idő alatt nem helyezkedhettek el közalkalmazottként és inkább elhelyezkedtek más területeken. Sajnos közülük sokan nem térnek vissza a nagy felelősséggel és terheléssel járó fekvőbeteg ellátásba.

A közvetlen betegágy mellett dolgozó ápolók rendkívül túlterheltek és sokszor nem a képzettségüknek megfelelő feladatot látják el. A relatív alacsony szakképzetlenség aránya miatt, gyakran az alapápolási tevékenységet is a szakápolók, illetve a diplomás, rendkívül túlterhelt ápolók végzik (Csetneki, 2008). Az alacsony ápolói létszám következményeként gyakran hagy kívánni valót maga után az alapápolási tevékenység végzése, illetve előfordul, hogy ez a feladat a hozzátartozókra, vagy betegtársakra hárul. Az is előfordul, hogy nagyon alacsony képzettségi szintű dolgozók látják el a szakápolási feladatokat. Ez a végtelenségig sok veszélyt hordoz magával, ha a kompetenciák differenciájának hiányára gondolunk.

Az ápolás tárgyi feltételei csak részben biztosíthatók a nehéz finanszírozási helyzet miatt. Kevés az ápolók munkáját könnyítő eszköz (pl., betegemelő, fürdető kocsi, ágytálmósó). Emellett sokszor elavultak, az épületek, elhasználtak a betegágyak, a matracok is. A magyarországi gép-műszer eszközpark átlagéletkora 10 év fölött van. Az egy ágyra jutó műszerhányad értéke Magyarországon 2.173 EUR. A fejlett országok kórházainak esetében ez az érték 10–15 ezer EUR. intenzív ágyak esetében 20–30 ezer EUR. Több mint ötszörös a lemaradásunk (Bolváry, 2006).

2. 2. 2. 2. Fokozódó létszámhiány az egészségügyi dolgozók körében

Az ápolói pálya választásának csökkenése és a pályaelhagyás emelkedése jól megmutatkozik a létszámhiány növekedésében országszerte. Az egészségügyi létszámváltozásait 2005. januártól követve folyamatos létszám csökkenés tapasztalható: 2007. év végéig a foglalkoztatottak száma 12,5 %-kal, 2008. I. negyedév végére összesen 14,3 %-kal csökkent. A foglalkoztatottak létszámának változása az előző év végétől 2007. év végére 6, 8 %-kal, 2008. I. negyedév végére 2%-kal csökkent. Az intézményi struktúra átalakítással összefüggő létszámváltozást tükrözi a 2008. I. negyedéves és a 2007. I. negyedéves létszám adatok összehasonlítása. A 2007. I. negyedévi adatok még az intézményi struktúra átalakítás előtti adatok, a 2008. I. negyedévi adatok, pedig már az átalakítások befejezése utáni állapotot mutatják (4. sz. melléklet 10.a. ábra). Az egészségügyi szakdolgozók létszáma 4,5 %-kal csökkent. A teljes munkaidőben foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók létszáma 7,4 %-kal, a rész munkaidőben foglalkoztatottak létszáma 12,1 %-kal csökkent az ESKI szerint (ESKI, 2008). Fodorné az egészségügy humán erőforrás tendenciáit tekintette át 1970. és 2002. között. Eredményei szerint a betöltetlen állások aránya 5,4% volt. Az egészségügyi szakdolgozók száma 1990-hez viszonyítva 28,5%-al csökkent, míg az ápolók száma 40%-al emelkedett (38 ezerről 52 ezerre (Fodorné, 2003)).

A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása szerint 8.500 orvosi és szakdolgozói álláshelyet kellene betölteni ahhoz, hogy teljesüljenek a biztonságos egészségügyi ellátás minimumfeltételei (MOK, 2008).

Az OECD adatbázisa szerint 2000-ben ezer lakosra Magyarországon 4,8 ápoló jutott, az OECD átlag 8,1. (Health at a Glance, OECD indikátorok, 2003). Az EUROSTAT által az egészségügyi szakemberek számáról gyűjtött adatok a tagállamok által gyűjtött adatokra támaszkodnak. Ennek forrása az European Comission Health & Consumer Protection Directorat General. E szerint az adatbázis szerint a gyakorló ápolók és szülésznők száma 100.000 lakosra vonatkoztatva Magyarországon 2005-ben 459,6 fő, míg az EU (27) átlaga 699,9 (ECHI, 2005). A KSH szerint Magyarországon 2008-ban az egészségügyi szakdolgozók állásainak száma és létszáma: 90.020 fő (KSH, 2008). A betöltött teljes munkaidős és időszakos állások száma 3.716 a diplomás ápolók esetében.

Az európai unió új tagállamainak (Málta, Ciprus kivételével) humán erőforrás adatai az egészségügy területén azt mutatják, hogy Magyarországon 357 orvos és 385 ápoló jut 10.000 főre, az orvos: ápoló arány 1:1,08. Csehország, Észtország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, és Szlovénia is 1:2 és afeletti orvos: ápoló aránnyal rendelkezik (Forgács, 2006).

2. 2. 2. 3. Az egészségügyi dolgozók sokfélesége, a tevékenységi körök tisztázatlansága

Az úgynevezett kórházi minimumfeltételekben meghatározták, hogy ápolási egységeként mennyi betegre mennyi ápolónak kell jutnia (21/1998.(IV. 3.) NM rendelet). A rendelet 2003-as módosításánál a fenti konkrétumot az „amennyi a biztonságos ellátáshoz szükséges” megfogalmazás váltotta fel (60/2003.(X. 20.) ESzCsM rendelet). Az új ápolói létszám minimum rendelet tervezetében - mely 2010. 07. 01. napján lép hatályba – (48/ 2009. (XII. 29.) EüM rendelet) a szakdolgozói létszám külön meghatározásra került a felnőtt és gyermek ellátás vonatkozásában, valamint a speciális igényű osztályokra (intenzív ellátás, sürgősségi osztályok, szülészoba, újszülött ellátás, felnőtt rehabilitáció valamint az ápolási intézet). A fekvőbeteg ellátásban két ápolói kategória került meghatározásra. A direkt ápolói kategória (ágy mellett dolgozó ápolók), és az indirekt ápolói kategória (nem közvetlen, ágy mellett feladatokat végző ápoló, pl. osztályvezető ápoló, gazdasági nővér stb.). Az előírt létszám ápolói kategóriánként került meghatározásra, figyelembe véve a különböző kategóriák arányát műszakonként. A létszám kalkuláció alapját a naponta egy betegre fordítható garantált ápolási idő jelenti (Balogh, 2008).

A tevékenységi körök kérdését is befolyásolja létszám, hiszen ha tudnák az ápolási vezetők mennyi ápolóra lehet tervezni, akkor munkaköri szinten meg tudnák határozni minden egyes ápolói végzettségnek megfelelően a tevékenységek körét (Ujváriné és munkatársai, 2009). Jelenleg csak az OKJ ápolók esetében és csak a fekvőbeteg ellátásban szabályozták az ápolói tevékenység kompetenciákat rendeletileg, mely 2010. február 24-én módosításra került (3/2010. (I. 26.) EüM Rendelet). Ezt a problémakört egészíti ki a 15/2010. (IV. 9.) EüM rendeletben szabályozott licenc vizsgarendszerrel kapcsolatos probléma hogy nem különíti el a középfokú/emelt szintű ápolói végzettségek birtokában megszerezhető licenc vizsgák, valamint a diplomás ápoló/ápoló (BSc) oklevéllel, az egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc) oklevéllel és a BSc/MSc ápolói végzettségre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzésekben szerzett képesítésre épülő licencek körét (15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet). Továbbá ebből a feszültségből ered az is, hogy az ápolók gyakran nem a képesítési követelményüknek megfelelő munkát végeznek (lásd 4. sz. melléklet). Ennek eredője lesz az, hogy gyakran orvosi kompetenciába tartozó tevékenységeket is el kell végezniük a munkaidejük keretében, amely többletmunkát és hajszoltságot eredményez.

2. 2. 2. 4. A túlterheltség, a stressz és a kiégés fokozódása

Az ápolást, mit egy rendkívül stresszel teli, az ápolók életminőségére sok kockázatot hordozó szakmát tartják számon, különösen a betegágy mellett dolgozók körében (Hasselhorn és munkatársai, 2003). Elfogadhatatlan, hogy egy műszakban 40-60 beteget kell ellátni egy vagy két ápolónak, sokszor nem megfelelő szakképzettséggel. A megszakítás nélküli, állandó stressz, a fokozott munkaterhelés, az emberi bioritmushoz alkalmazkodni nem tudó munkarend, az ápolási eszközök hiánya az ápolók testi és lelki egészségromlásához vezet. A maximális túlórával dolgozó ápolók közül sokan - a magyarországi átlagnál jóval többen - küzdenek magánéleti válsággal és kiégési szindrómával.

Szicsek vizsgálatában a munkából adódó feszültségkiváltó tényezőket tárta fel. A munkatársak közötti meg nem értés, az ápolóhiány, a munkából fakadó lelki megterhelés, az anyagi, erkölcsi megbecsülés hiánya, az orvostól való függés, a halál, a halott ellátása, a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetése voltak a leggyakoribb válaszok (Szicsek, 2004). Pálfiné kutatása is megerősíti hogy az ápolói pálya halmozottan kockázatos a kiégés szempontjából, különösen azokon az osztályokon, ahol magatehetetlen betegeket kell ápolni, mozgatni. Az intenzív osztályokon dolgozó ápolók között több mint kétszer olyan magas a kiégettségi arány (10,7%), mint a krónikus ellátású osztályokon (3,6%), illetve az aktív ellátású osztályokon dolgozók esetében (0,6%) (Pálfiné, 2007; Pálfiné, 2008).

2. 2. 2. 5. A pálya elhagyás növekedése és annak okai az ápolók körében

A szakképzett személyzet fluktuációja már az Ápolási Egyesület 2001-es felmérése alapján 17-20%-os (Gyurisné, 2002). Ha a fluktuáció aránya eléri, illetve meghaladja a 10%-ot, akkor az adott intézmény munkája igen nehezkesse válik, hiszen a dolgozók folyamatos cserélődése nagy feladatokat ró a menedzsment munkájára (új dolgozók betanítása, helyi szokások megismertetése stb.). Az ápolóhiány kérdése nem egyszerűsíthető le csupán a bérek és a motiváció kérdésére, a dolgozók anyagi biztonsága, a megfelelő érdekelté tétel terén mutatózó hiányosságok is nagy szerepet játszanak a pályaelhagyásban.

2. 2. 2. 6. A társadalmi megbecsülés hiánya

Az ápolók szakma megbecsülése a társadalom felől folyamatosan csökken. Míg a hetvenes években a fehér köpenynek volt varázsa, addig ma az egészségügyben dolgozók azok, akik elveszik a betegektől a pénzt, akik felelőtlenül dolgoznak, és csak hibáznak. Magyarországon kizárólag az egészségügyi dolgozók hálapénzéről készülnek kalkulációk, tanulmányok. Természetesen ezzel a lakosságot még inkább sikerül az egészségügyi dolgozó ellen hangolni. Jelenleg igen nagymértékben változik az egészségügy társadalmi megítélése. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja által 2004-ben közzétett vitaanyag szerint a társadalom az ápolói pályát igen alacsonyra értékeli. A munkacsoport véleménye szerint a társadalomnak az egészségügyi dolgozókról alkotott képe alapvetően két okból romlott az utóbbi években. Az egyik az ellátás hiánya, vagy késedelem az ellátásban, a másik a média tévesen értelmezett szerepe az állapotok tükrözésében (ESZCSM munkacsoportja, 2004). A társadalom megbecsülésének hiánya két részre osztható, a szakmai megbecsülés és az anyagi megbecsülés hiányára.

A szakmai megbecsülés hiánya

Napjainkra az ápolás, mint szakma, elvesztette a társadalomban betöltött hivatás szerepét. A továbbra is uralkodó orvos-központú szemlélet nem ismeri el az ápolást, az ápolók elsősorban végrehajtó, de nem önálló tevékenységeket folytatnak. A 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, részletezi az ápolást, és rendelkezik arról, hogy az ápolási és gondozási tevékenységet ápolási és gondozási terv alapján kell végezni, melyet a kezelőorvos hagy jóvá. Ha az ápolás ténylegesen önálló szakmai tevékenység, és az ápolási-gondozási terv elkészítése kizárólag ápolói kompetencia, érthetetlen, hogy milyen módon felügyel az orvos egy olyan tevékenységet, amelyhez képzése során nem rendeltek elegendő tudást.

Az ilyen és ehhez hasonló korlátozások teszik lehetetlenné, hogy az ápolás önálló szakmaként viselkedjék, és saját tevékenységéért teljes körű felelősséget vállaljon (Cseri, 2002). Az ápolási vezetők felelőssége meghatározó az ápolás hanyatlásában és az ápolóhiány kialakulásában (Zrínyi, 2004). Elmaradt a differenciált ápolási struktúra kialakítása, a szakembereket ugyan képzik, de nem adnak karrier lehetőséget számukra, a fejlődés útjai korlátozottak. Nem tisztázták a szerepkörök, nincs érdemi különbségtétel a különböző munkahelyeken és funkciókban dolgozó ápolók között, hiába léteznek valóságos tudás, tapasztalatbeli különbségek. Az egészség-politikában nem kap kellő hangsúlyt az ápolás, ha szóba is kerül, alárendelt szerepet játszik más tényezőkhez képest.

Az anyagi megbecsülés hiánya

Az „újkori” ápolóképzésben kiválóan képzett szakemberek azzal szembesültek, hogy a végzést követően sem kellő mértékű szakmai sem megfelelő anyagi megbecsülést nem kapnak munkahelyükön. Azt érzékelték, hogy társadalmunkat a gazdaság, a politika és ezzel összefüggően a pénz határozza meg. Azt észlelték, hogy az egyén, az ember mára értékét veszítette. A beteget lassan csupán a pénzt hozó HBCS háttérében lehet elképzelni (Halmosné, 2008). Ennek megfelelően a társadalom megfélekedezik azokról is, akik nem csupán a kórházi bevételért, de a betegért is küzdenek, gyógyítják és megpróbálnak a nehéz órákban mellette lenni. Az egészségügyi dolgozók egyre többet kell hogy dolgozzanak egyre alacsonyabb bérért. Az évtizedes bér-politika oda vezetett, hogy a fizetések nem biztosítják a megélhetést. (Szlobodáné, 2003). A nemzeti össztermékből is egyre kevesebbet költünk egészségügyre. Igen sajnálatos, hogy éppen az alapvető jogokhoz fűződő szükségletek kielégítésére jut a legkevesebb pénz. Csak az egymáshoz hasonló fejlettségű országokban lehetséges a közel azonos egy főre jutó kereseti színvonal biztosítása. Magyarország GDP/fő szintje az EU átlag 64%-a – kb. ennek megfelelőnek kell lennie a bérszintnek is.

2. 2. 2. 7. Az ápolói hivatás presztízsének csökkenése

Napjainkban egyre divatosabbá válik beszélni a foglalkozások presztízséről, a sikerről, karrierről. Az elismertség erkölcsi és anyagi megbecsülést egyaránt jelent, és a két szempont többnyire elegendő ahhoz, hogy egy pálya vonzó legyen. A foglalkozáspresztízs-vizsgálatok eredményei, bár sohasem tények, mindössze adatok, és így jól tükrözik, hogy az emberek mennyire becsülik meg, mennyire és hogyan értékelik a különböző szakmákat (Léderer, 1977). A hivatás presztízs csökkenésének részletes okairól az 5. sz. mellékletben olvashatóak bővebb részletek (5. sz. melléklet).

2. 2. 3. A demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása

2. 2. 3. 1. A demográfiai kérdéskör, öregedő népesség

Az ENSZ becslése szerint 2050-ben a várható élettartam a jelenlegi 66 évről 76 évre fog emelkedni, és a nők 5 évvel mindig magasabb lesz (Szabadfalvi, 2004). Az EU-ban ez az évszám jelenleg 80, 1 és 73, 3 év (nők, férfiak). Az öregek aránya 1950-ben az egész világon 8%, 2000-ben 10% volt, 2050-ben azonban az emberiségnek már több mint egyötödét, Európában 36%-át 60 éven felüliek teszik majd ki. A fejlett országok többségében a társadalom korösszetétele az idősebb korosztályok felé tolódik el, az idősök gondozása az Európai Unió országaiban is megoldandó problémát jelent (Iván, 1999). Az időskorúak számának emelkedése általában együtt jár a fiatalok számának csökkenésével. Miközben az idősök száma nő, a fiatalok száma csökken, ezáltal a népesség korstruktúrája úgy módosul, hogy a népesség átlagéletkora és a születéskor várható átlagos élettartam nő. Tehát az öregedő népesség tagjai egyre tovább élnek, ami a társadalmi, politikai, gazdasági és egészségügyi területen számos megoldásra váró feladatot jelent. Az Európai Unió jövő foglalkoztatási politikájának legfontosabb négy teendői közül kettő az öregedés kérdéskörébe tartozik (Szónoky, 2004). Az átlagos életkor növekedése velejárója a gazdasági, tudományos és társadalmi fejlődésnek. Ez mind az egyén, mind a társadalom számára örömdetes. Következésményei ugyanakkor a gazdaság fejlődésére, a munkaerőpiacra, a generációs transzferekre jelentősek lesznek közgazdaságilag is. Már is egyre több jelzés érkezik a magas átlagéletkorral már büszkélkedő országokból a nagy ellátórendszerek-, például az egészségügyi és nyugdíjellátások-működési, finanszírozási zavarairól. Ezt a magas életkort megélő állampolgárok növekvő arányával magyarázzák. Több nyugat-európai ország kormánya ezért jelentette be a nyugdíjrendszer reformját, amelyre igen hevesen reagálnak a bérből és fizetésből élők. Az egészségügyi intézmények munkájában fokozódó többletterheként jelenik meg az ápolás, s ez várhatóan egyre erősödik a demográfiai tényezők következtében. Az idős embereknél szerencsés kivételnek számít a betegségektől való mentesség; annál gyakoribb azonban a polymorbiditás. Egyre több ember ér el olyan kort, amelyben több krónikus betegséggel kerül szembe. A krónikus betegségek magasabb prevalenciája miatt is gyakrabban fordulnak orvoshoz, és a kórházi ápolási napok folyamatos emelkednek, de az aktív ágyakat és az intenzív ellátás szervezeti alrendszerét is fokozott igénybevétel fenyegeti. A Német Ápolási Kongresszus 2001-es állásfoglalása szerint az idősebb emberek számának növekedése miatt 2050-ben háromszor annyi ápolónőre lesz szükség a német egészségügyi szolgáltatások terén, mint ma (Klinik Management, 2001).

A német szövetségi kormány jelentése szerint a 70 éven felüliek 80%-a önálló életvezetésre képes és rendszeres ápolást nem igényel. Ugyanakkor az ápolásra szorulóknak létszáma folyamatosan emelkedik és eltolódás következik be az ápolási fokozatokban a súlyos ápolásra szorulóknak irányában. Növekedni fog az otthonokban lakó, ápolásra szorulóknak száma is, amihez a DIW szerint Németországban 2020-ig további 160.000 nővér alkalmazására lesz szükség.

Magyarországon az EU-hoz hasonlóan csökken a népesség, 2050-re várhatóan 8 millió lesz. Az öregek arányának növekedésével párhuzamosan csökken a gyerekek száma. 2006-ban Magyarországon a születéskor várható élettartam 73,2 év, a férfiaknál átlagosan 69, a nőknél 77 év. Ez 2-3 évvel alacsonyabb, mint az EU átlag. A 65 éves korban a várható élettartam 15,6 év. Az elkövetkező években az ápolás szembe kell, hogy nézzen azokkal az új kihívásokkal, amelyeket az időskorúak, a krónikus és mentális betegségekben szenvedők, valamint emelkedő száma állít eléjük. Ilyen körülmények között a megelőzésre, a rehabilitációra, az egészségfejlesztésre hárul majd kiemelkedően fontos szerep. Az életkor előrehaladtával várhatóan emelkedik az ápolási ellátásra szorulóknak száma is. Az otthoni szakápolásra és a közösségi ápolásra is nagyobb igény fog mutatkozni, a kórházi ápolási idő csökkenése miatt (Patricia, Potter, 1999). A megnövekedett igényre nem kellően felkészültek az intézményi ellátó rendszerek. Ezt erősíti meg a 2009-ben készült EurHOMAP jelentés is, amely szerint az otthoni szakápolás fejlesztésére lenne szükség (EurHOMAP, 2009). Az uniformizált, intézményi ellátás helyett a társadalom egyre inkább egyénre szabott, családközpontú ápolást és gondoskodást igényel. Emellett olyan társadalmi hatásokkal is számolni kell, amelyek a családösszetételben, az egészségügyi ellátásban mutatkoznak majd meg. Egyre többen szorulnak majd ápolásra, gondozásra. Egy háziorvosi praxisokban végzett felmérés során, egy hét alatt egy átlagos rendelő esetében 7%-al növekedett a gondozást igénylő új betegek száma. Éves szinten 120 beteg kerül átlagosan gondozásba, ezért több ápoló alkalmazása lesz indokolt az alapellátásban (Ujváriné és munkatársai, 2009; Ujváriné, 2009). Az ellátórendszer kapacitásainak szabályozása elengedhetetlen feltétele a hazai egészségügy problémáinak megoldásának (Ágoston és munkatársai, 2009).

2. 2. 3. 2. Öregedő egészségügyi dolgozók

A jövőbeli gondok előrevetítése során mindenképpen fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az EU legtöbb országában ápolóhiány van. Ez a probléma a demográfiai fejlődés során a következő évtizedekben még fokozódni fog. Ezt sem a fokozódó képzések, sem a harmadik világ országaiból, illetve a jövőbeni EU-tagországokból való toborzás nem fogja tudni megoldani.

A probléma megoldásához emellett az is szükséges, hogy a szakképzett ápolónők hosszabb ideig maradjanak a pályán. A már említett európai NEXT-tanulmány szerint 2020-tól az európai munkaerőpiac mintegy 45%-át fogják „az idősebb munkavállalók” (45-65 évesek) csoportját alkotni ez ma 36%. Az egészségügyi ellátás számos területén már ma hiány van képzett szakemberekből, és ez a demográfiai változások eredményeként minden bizonnyal tovább fog fokozódni. Még a képzési kapacitás bővítése is csak akkor lesz elegendő, ha a foglalkoztatottak tovább dolgoznak az ápolás területén. Az, hogy a kórházi szolgáltatások iránti kereslet hogyan fog érvényesülni, nem csak az egészségügyi és szociális ellátás struktúrájától függ, hanem a demográfiai fejlődés további menetén túl a munkaerőpiac általános tendenciáitól is. Így például a nők kereső tevékenységben való részvételének további emelkedése csökkentheti a családon belül szervezett ápolás lehetőségeit, és ezzel emelkedhet a professzionális ápolás iránti kereslet. Magyarországon is jellemző az egészségügyben dolgozók átlagéletkorának emelkedése, amely tovább növeli a munkaerőhiányt, súlyos feladat elé állítja a képzést és a továbbképzést (Fodorné, 2004). Jelenleg a magyarországi szakdolgozók esetében az összes munkaerő 20 %-a 50 év fölött van és közeledik a nyugdíjazáshoz. Az éves fogyás 1.500 - 2.400 fő/év. Ha ez a tendencia így folytatódik, egy évtizeden belül több mint tízezer ápoló fog hiányozni a rendszerből. A probléma nagysága súlyos: évente megközelítőleg másfélezer ápoló vonul nyugdíjba, ezzel szemben helyüket jelenleg alig négyszáz ápoló tudja pótolni (Balogh, 2008). Jelenleg a középkorú, nagy tapasztalattal rendelkező ápolók aránya igen alacsony a rendszeren belül.

2. 2. 4. Az egészségügyi dolgozók vándorlása

Az ápolás hiányszakma, ezért ez tény a migrációt várhatóan nagyobb arányban fogja növelni, mint más szakágakban.

Célszerű –e kérdést a NEXT modell alapján tárgyalni és megismerni a magyar folyamatokat. A bemeneti oldalra (a képzés és az import), az aktív ápolók körére és a kimeneti oldalra (kivándorlás) vonatkozó magyarországi kutatások a 6. sz. mellékletben olvashatók részletesen (6. sz. melléklet).

A szakszemélyzet elszivárgása az importáló országokból súlyos csapást mérhet annak egészségügyi rendszerére és ezzel összefüggésben további feszültségeket kelt az egészségügyet érintő oktatási rendszerben is. Éppen ezért e két területet együttesen helyeztük vizsgálatunk tárgyává és helyszínévé. Meg kívántuk ismerni a valós magyarországi helyzetet és az ápoló hallgatók és a már dolgozó ápolók véleményét a fenti kérdéskörökben.

3. A kutatás célkitűzései és hipotézisei

3. 1. Célkitűzések

Magyarországon kevésbé kutatott terület az ápolók pályaelhagyási és elvándorlási szándékával, annak mértékével kapcsolatos kérdéskör, a probléma fontosságával ellentétben nem kap kellő figyelmet.

Ez igen lényeges kérdés, akkor, ha az egészségügyi kormányzat meg akarja érteni, milyen lépéseket kell tennie a jobb ápoló ellátottság, megtartás és személyzeti szervezés (motiváció és munkakörülmények) ügyében a munkaerők egyensúlyba hozásáért és stabilizálásáért.

Ahhoz, hogy a migráció jelenségének nagyságára keressünk választ leíró, összehasonlító, összefüggés-feltáró, keresztmetszeti vizsgálatot terveztünk ápoló hallgatók és gyakorlatban dolgozó ápolók körében.

Vizsgálatunk legfontosabb célkitűzése, hogy megismerjük az ápolók pályaelhagyási szándékát. Arra a kérdésre is szeretnénk választ kapni, hogy a migráció iránti igény mennyire látens jelenség, milyen mértékben fordul elő a jelenlegi ápolószemélyzet körében, mind magyarországon, mint Csehországban.

Célunk megismerni a válaszadó ápolók és ápolóhallgatók szociodemográfiai hátterét, az oktatással kapcsolatos véleményét. További céljaink közt szerepel az is, hogy a szakirodalom alapján feltárjuk az ápoló hallgatók pályaválasztásának okait és ezek kapcsolatát a pályaelhagyással, a hallgatók körében tapasztaltakat összehasonlítsuk a szakirodalom idekapcsolódó kutatásaival a magyar és a cseh ápolók körében egyaránt.

A kiindulási pontként alkalmazott és a 2.1.3.3. fejezetben ismertetett NEXT vizsgálat is hasonló célkitűzéseket fogalmazott meg, ezért annak modelljét alkalmazva célszerűnek tartottuk megvizsgálni az ápolás „input” oldalát, azaz a képzés felől érkezők késztetését arra, hogy az ápolásban helyezkedjenek el a végzést követően, illetve megvizsgálni az „output” oldalt is, azaz a gyakorlatban tevékenykedők hajlamát arra, hogy idő előtt megváljanak az ápolástól.

Nem utolsó sorban pedig, célunk volt az is, hogy felhívjuk az egészségpolitikáért felelősök figyelmét az ápolói létszámhiányra és ennek okaira és megoldási lehetőségeire egyaránt.

3. 2. Hipotézisek

Munkánk során a következő hipotézisek megválaszolására törekedtünk.

1. Feltételezésünk szerint, a magyar ápolóhallgatók elégedettek az oktatás és a gyakorlat színvonalával.
2. Feltételezésünk szerint, a magyar ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályával kapcsolatos elégedettségük alacsony az alkalmazott mérési skálán.
3. Feltételezésünk szerint, a magyar ápolóhallgatók és a magyar gyakorlatban dolgozó ápolók pályánmaradási szándékát befolyásolja a fizetés, a munkakörülmények és a továbblépési lehetőségek köre és az idegen nyelv ismerete.
4. Feltételezésünk szerint a magyar ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók körében a magasabb iskolai végzettség és a pályaelhagyás gyakorisága között szoros összefüggés tapasztalható.
5. Feltételezésünk szerint a magyar ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók nyelvtudása és külföldi munkavállalása között szoros pozitív -, illetve a családi állapota és külföldi munkavállalása között negatív összefüggés található.
6. Feltételezésünk szerint a magyar és a cseh ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók életkora és pályaelhagyási szándéka között is összefüggés van.
7. Feltételezésünk szerint a cseh és a magyar minta hasonló vonásait tekintve három évnyi különbség, eltolódás mutatható ki.

4. Módszerek és minta

A kutatás során a kutatás egyes lépéseinek összefoglaló bemutatását a 3. ábra tartalmazza. Az ábra egyes pontjainak részletes kifejtése az alábbi alfejezetekben kerül kifejtésre.

4. 1. A mérőeszköz kialakítása és mintavétel

Kutatásaink során fogalmi és mérési megközelítést alkalmaztunk, hasonlóan az európai NEXT-vizsgálathoz (NEXT, 2005). A NEXT-tanulmány összetett mérések kombinációit alkalmazta.

Ilyen például a kiégés, az elkötelezettség, a megterhelés-elismerés egyensúly, a pályaelhagyási szándék, a munkaelégedettség, a munkakedv, a fizikai terhelés, a szociális munkakörnyezet, a munkaképességi mutató és munkahely-otthon kölcsönhatása is (2.1.3.3. fejezet 1. és 2. ábra), aminek változatlan alkalmazására nem volt lehetőségünk.

Technikai, anyagi és időbeli korlátok okán úgy határoztunk, hogy kidolgozunk egy saját felmérési rendszert a NEXT fő irányelveire alapozva.

Kutatásunk során kezdetektől fogva törekedtünk a reprezentativitás elérésére, de a hivatalos források elemzése során arra jutottunk, hogy a többféle nyilvántartás (Tanulmányi Osztályok, Működési Nyilvántartás) néhol egymásnak ellentmondó adatokat tartalmaznak. Hasonló a helyzet a nemek aránya és az életkor esetében is.

A kérdőív kidolgozása során felkértünk hat neves ápolástudományi szakembert az általunk kidolgozott kérdőív értékelésére. A felkérés célja kérdőívünk és az eredeti NEXT-felmérés összehasonlítása.

A szakértőknek minden újonnan kidolgozott eszközt és minden NEXT eszközt elküldtünk összehasonlításra. A folyamat során először 74 %-os egyezéssel kaptuk vissza javításra a kérdéseket. A javítások által végül 88 %-ra emelkedett a szakértők által elfogadott szint. A megbízhatóság tesztelésére a Cronbach alfa koefficienszt használtuk, ami 0,78 volt a tanulók körében és 0,86 volt az aktív ápolók körében.

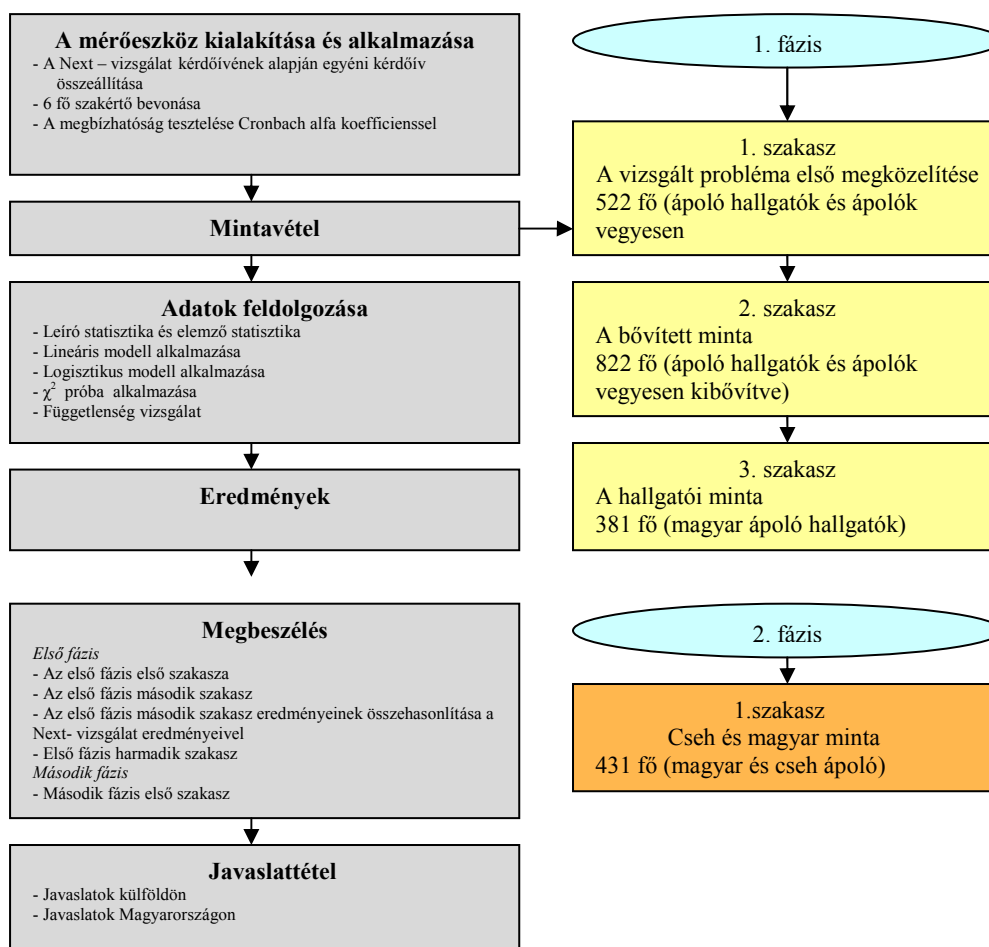
Méréseink alapján tehát eredményeinket a fenti modell bemeneti elemébe be lehet illeszteni, és vizsgálható az egyes tényezők hatása a pályaelhagyásra vagy pályán maradásra.

A kérdőív véglegesítése próbafelmérést (15 fő) követően történt. A kérdőív végső formája 37 zárt kérdést tartalmaz.

A válaszadók száma az ápoló hallgató és dolgozó ápolói -specifikus kérdések miatt helyenként teljesen eltér egymástól.

A kérdéscsoportok sorrendjének meghatározásánál gondot fordítottunk arra, hogy, minimálisra csökkentsük a válaszmegtagadás és visszautasítás arányát.

A beválasztás véletlenül történt, a kizárás 75% alatti kitöltöttség esetén került meghatározásra.



3. ábra: A kutatási folyamat vázlata

A kérdőív az alábbi kérdéscsoportokat tartalmazza:

1. Demográfiai kérdések

Életkor, nem, legmagasabb képzettség, családi állapot, gyermekek száma, egészségügyben dolgozott idő, jelenlegi foglalkozás.

2. Az ápoló hallgatók kérdőíve

A hallgatók tanulmányai: a képzés szintje (ápolás vagy egészségügyi szakma esetén), a jelenlegi évfolyam és a képzés formája.

A hallgatók egészségi állapota: egészségi állapot megítélése az elmúlt 6 hónap során.

Anyagi kérdések: saját tulajdonú ingatlan, saját tulajdonú gépjármű, visszafizetendő hitel.

A hallgatók oktatással kapcsolatos értékítéletei: elégedettség az oktatással, a gyakorlattal, az oktatók felkészültségével.

A hallgatók az ápolói pálya megítéléséről: az ápolói pálya megbecsültsége, pályaelhagyási szándék, szándék a tanulmányok abbahagyására, szándék más területen való tanulmányok folytatására, választandó tanulmányi területek, az ápolóképzés újraválasztásáról, az ápolóképzés ajánlása mások számára, ápolóképzés elhagyására buzdításának gyakorisága.

A hallgatók pályán maradási szándéka: a tanulmányok befejezésének biztossága, ápolóként való elhelyezkedés valószínűsége a következő egy évben.

3. A dolgozó ápolók kérdőíve

A dolgozó ápolók munkahelye: a főállás szakterülete, munkarendje, a mellékállás szakterülete.

A dolgozó ápolók elégedettsége jelenlegi munkahelyén: fizetéssel való elégedettség (főállás), kollégákkal való elégedettség, munkakörülményekkel való elégedettség, a munkaidő rugalmasságával való elégedettség, a fejlődési lehetőségekkel való elégedettség.

A dolgozó ápolók pályaelhagyási szándéka: a pályaelhagyási szándék gondolata, az egészségügyön kívül, más szakmában való elhelyezkedés, a következő egy évben ápolóként való tovább dolgozási szándék, az ápolói pálya elhagyásának érvei a következő egy évben, az ápolói hivatás újraválasztásának valószínűsége. Az ápolói hivatás ajánlása a tapasztalatok alapján, pálya elhagyására buzdítás gyakorisága az elmúlt 6 hónapban, nem magyar állampolgárságú közvetlen munkatársak száma.

Az ápolók és az ápoló hallgatók külföldi munkavállalási szándéka: nyelvtudása, egy európai idegen nyelv ismerete, külföldi munkavállalási tervek.

Külföldön való továbbdolgozás gondolata az ápolásban: közvetítő irodával való kapcsolat.

Az ápolók és az ápoló hallgatók külföldi munkavállalás során fontosnak tartott értékek: anyagi helyzet javulása, munkakörülmények javulása, a jobb tanulási lehetőség, kiemelkedés ebből a „jelenlegi kátyúból”. A munkavállalás során preferált országok (a kérdőív a 6. sz. mellékletben szerepel).

Az elégedettségi és valószínűségi válaszokat 5 pontos Likert-skálán értékeltük. A pályaelhagyásra és elvándorlása vonatkozó válaszok kiértékeléséhez szintén 5 pontos Likert-skálát alkalmaztuk. Az elmúlt 6 hónap egészségi állapotára vonatkozó válaszokat egy 10 pontos skálán mértük (1= nagyon rossz, 10=nagyon jó).

Az általunk elvégzett felmérés keresztmetszeti jellegű volt, adatgyűjtésünket nem követte további felmérés, ellentétben a NEXT-tel.

A hallgatók mintába kerülése véletlen, önkéntes és névtelen volt, nem munkaidőben történt. A kérdőívvel kapcsolatosan előzetesen tájékoztatást kaptak a kitöltők arról is, hogy visszaléphetnek a kérdőív kitöltése során és arról is hogy az eredményeket később megismerhetik. A kérdőíveket anonim módon kezeltük. Az eredmények publikálásakor szigorúan ügyeltünk a megkérdezettek személyiségi jogaira, a Magyar Ápolási Egyesület Etikai Kódexét vettük alapul. Az egyes személyekről, gyűjtött adatok gyűjtésénél és közzétételénél vigyáztunk arra, hogy a megkérdezettek személyiségi jogait ne sértsük meg.

Nem tettünk fel olyan kérdéseket, amelyek magánéleti területűek, bizalmasságra, valószerűsége és igazságosságra törekedtünk.

A mintaválasztás menete a 3. ábrán látható. A kialakított kérdőívet két kutatási fázisban, az első fázisban három-, a másodikban egy szakaszban alkalmaztuk.

Az első fázis első szakaszában először három helyszínen (Debrecen, Nyíregyháza, Pécs), 2006-ban alkalmaztuk a kérdőívet. A mintanagyság ebben a szakaszban 522 fő volt (Zrínyi és munkatársai, 2007). Az eredmények értékelése során világossá vált, hogy a hallgatókra vonatkozó regressziós modellek csak a vonatkozó mintanagyság bővítésével alakíthatók ki. Ezt sikerült elérnünk a második szakaszban, egy nagyobb, nyíregyházi ápolókat és ápolóhallgatókat tartalmazó minta bevonásával. Ebben a szakaszban elért mintanagyság 822 főre növekedett. A magyarországi működési nyilvántartásban szereplő 86.160 fős egészségügyi szakdolgozó számát vettük az ápolói alapsokaságnak. Mintánkban (828 fős minta esetében) 441 ápoló került be, ami 0.51 százalékos arányt jelent (Ujváriné és munkatársai, 2010).

A harmadik szakaszban az ápolóképzés viszonyait elemeztük. Az első két szakasz eredményei közül szűrtük ki a hallgatói mintát, valamint a korábbi felmérések helyszínén újabb kérdőíveket töltettünk ki. A mintanagyság ebben az esetben 381 fő volt (Ujváriné és munkatársai, 2010).

A kutatás folytatásaként a második szakasz hallgatói anyagát hasonlítottuk össze egy cseh mintával. Célunk kutatási eredményeink kiterjesztése volt. Az összehasonlítás eredményeként kialakított modell fő eredménye a magyar viszonyok jövőbeni előrejelzésének lehetősége (Ujváriné és munkatársai, 2010).

4. 4. Az adatok részletes feldolgozása, alkalmazott statisztikai módszerek

Az adatok feldolgozása során megtörtént az adatok kódolása és az adatok tisztítása. A hibajavítást követően az elemzést az SPSS Windows 15.0 verziójával végeztük. Első lépésben leíró statisztikai módszereket (gyakorisági, relatív gyakorisági eloszlások, hisztogram, középérték mutatók: medián, módusz, szóródási mutatók (terjedelem, szórás, szórásnégyzet). Egyes megoszlásokat hisztogram formájában is közlünk, aminek indoka a populáció két részre bomlása az adott kérdés esetén. Az elemző részhez lineáris – és logisztikus modelleket alakítottunk ki. Sor került egyes esetekben függetlenségvizsgálatra (χ^2 próba), Mann-Whitney próbára és kétmintás t- próba alkalmazására is.

A normalitásvizsgálat Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk próbával történt. A törtek kerekítésénél két tizedesjegyre értékeltünk. Az alkalmazott hibahatár 5%.

5. Eredmények

5. 1. Első fázis: belső és külső migráció Magyarországon

5. 1. 1. Első szakasz – a vizsgált problémák első megközelítése

Ezt a vizsgálatot, mint említettük, csak röviden mutatjuk be, mert eredményeinket később bővíthetjük újabb kérdőívek feldolgozásával. A vonatkozó részletesebb leíró statisztikai eredményeket a második szakaszban közöljük, ahol kapcsos zárójelben ({}) szerepeltetjük az első szakasz egyes eredményeit. Ennek oka az ismétlések elkerülése. Sok esetben nem tapasztaltunk lényeges eltérést a két minta között. A különbségek általában visszavezethetők és indokolhatók a később bevont részpoblációk egyes sajátosságaival. Ebben a fejezetben az első szakasz kutatási összegzése szerepel.

A leíró statisztika eredményeire alapozva (gyakorisági eloszlás, medián, módusz, számtani átlag, szóródási mutatók) vizsgáltuk a modell előrejelző képességét. Regressziós modellekkel teszteltünk mind a képzésben résztvevők, mind, pedig a dolgozók adataira alapozva. Ezekben a modellekben a függő változó annak a valószínűsége volt, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozik tovább a válaszadó, független változóként, pedig az életkor, egészségi állapot, egészségügyben eltöltött idő, családi állapot, szakdolgozó a családban, tanulási szándék, idegen nyelv ismerete, illetve a munkahelyi és oktatással való elégedettség szerepeltek. A hallgatókra nem sikerült eredményes modellt készíteni. Ennek oka talán az, hogy a minta elemszáma meglehetősen alacsony volt (86 válaszadó), a használt változók száma viszont relatíve magas.¹ A gyakorlatban dolgozók esetében a modell értékelhető volt ($F = 5,89$; $p < 0,001$), de a felhasznált változók igen szerény mértékben (11%-ban, $R^2 = 0,11$) adtak magyarázatot arra, hogy miért marad a következő évben is az ápolói pályán a válaszadó. A kutatás Beta értékeiből (egymás közötti relatív súly) látható, hogy a pályán maradáshoz elsősorban a műszakbeosztás ($B = -0,210$; $Beta = -0,150$; $t = 3,181$; $Sig. = 0,002$) és az idegen nyelv ($B = -0,367$; $Beta = -0,194$; $t = -2,718$; $Sig. = 0,007$) negatív értelemben határozta meg. A B értékek szerint minél több műszakban dolgozott az illető, annál kisebb volt annak a valószínűsége, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozik tovább. Ugyancsak igaz volt, hogy minél magasabb szinten beszélt az illető idegen nyelvet, annál kevésbé látszott valószínűnek pályán maradása.

¹ Ezeket a megfontolásokat erősítik meg Hair és munkatársai (Hair 1995) eredményei, amelyek szerint 5%-os hibahatár és 5-nél több független változó esetén legalább 250 elemszámú mintát igényel a szignifikáns kapcsolatok kimutatása.

Minél elégedettebb volt a válaszadó a munkaidő/műszakbeosztások rugalmas kezelésével ($B=0,132$; $Beta=0,147$; $t=2,812$; $Sig.=0,005$), valamint a továbbfejlődési lehetőségekkel ($B=0,135$; $Beta=0,137$; $t=2,608$; $Sig.=0,009$), annál valószínűbb volt, hogy a következő évben a pályán marad. Kismértékben az életkor ($B=1,38 \cdot 10^{-2}$; $Beta=0,101$; $t=2,081$; $Sig.=0,038$) is összefüggött a pályán maradással, minél idősebb volt a válaszadó, annál kevésbé gondolta elhagyni az ápolói hivatást a következő év során.

Regressziós modell gyakorlatban dolgozók esetére

Modell	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
1 (konstans)	2,322		6,481	,000
Beszél/nem beszél idegen nyelvet	-,367	-,194	-2,718	,007
Elégedettség a munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával	,132	,147	-2,812	,005
Elégedettség a fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrierrel	,135	,137	2,608	,009
Főállásodban hány műszakos munkarendben dolgozol?	-,210	-,150	3,181	,002
Életkor	1,382E-02	,101	2,081	,038

a: Független változó: Mennyire valószínű, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozol tovább?

1. táblázat: Regressziós modell gyakorlatban dolgozók esetére

A regressziós modellek közül ezután a loglineáris elemzés módszerét alkalmaztuk, amely az 1. táblázatban látható. A külföldi munkavállalás konkrét valószínűségét (odds) próbáltuk számszerűsíteni úgy, hogy más tényezők hatását is figyelembe vesszük. A modellbe négy tényezőt választottunk be, amelyekről feltételeztük, hogy a legnagyobb hatással lehetnek a külföldi munkavállalásra, ezek: gondolt-e arra, hogy külföldön dolgozzon (igen/nem), családi állapot (együtt él/egyedül él), legmagasabb végzettség (középfokú/felsőfokú), és végül a nyelvtudás (beszél/nem beszél). Mind a négy változót egyszerre használtuk fel, a számítógép 7 lépcsőben történő kiválasztással definiálta a legjobb összefüggést a változók között, amely jól illeszkedett az általunk gyűjtött adatokhoz. A legjobb összefüggés a „külföld – nyelvtudás – végzettség” ($\chi^2 = 4,7$; $p = 0,03$) illetve „külföld – családi állapot” változók között jött létre ($\chi^2 = 9,5$; $p < 0,01$). A véglegesnek tekintett modell alapján elmondhatjuk, hogy amennyiben a válaszadó párkapcsolatban élt, 0,45-ször nagyobb valószínűséggel választotta (azaz kevésbé választotta!) a külföldi munkavállalást ahhoz képest, aki nem élt párkapcsolatban. Magyarán, a párkapcsolatban élés visszahúzó erőként hat a külföldi munkavállalással szemben.

Együttesen vizsgálva a *nyelvtudás* és *végzettség* szerepét a külföldi munkavállalásban azt találtuk, hogy azok, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeztek, és nyelvet beszéltek, 2-szer nagyobb valószínűséggel választották a külföldi munkavállalást, mint azok, aki felsőfokú végzettséggel rendelkeztek, de nem beszéltek nyelvet.

Hogy a végzettség milyen módon befolyásolta a külföldi munkavállalást legjobban a nyelvet beszélő, felső és középfokú végzettséggel rendelkezők között mutatkozik meg. Felsőfokú végzettséggel 1,68-szor nagyobb valószínűséggel akartak külföldön dolgozni, mint nyelvet beszélő, középfokon végzett társaik. A nyelvtudás látszik azonban a legerősebb érvnek a külföldre távozás mellett. Azok ugyanis, akik akár felső vagy középfokú végzettséggel rendelkeztek, és beszéltek nyelvet, 2,875-ször nagyobb valószínűséggel választották a külföldi pénzkeresés lehetőségét, mint akik nem beszéltek semmilyen nyelven. Magyarán a külföldi munkavállalás kérdése egyértelműen a felsőfokú végzettség és nyelvtudás felé tolódik el.

5. 1. 2. Második szakasz – a bővített minta

Ahogy az előző fejezetben is hangsúlyoztuk, a hallgatói mintára nem sikerült eredményes regressziós modellt kialakítanunk. Ennek okát az alacsony elemszámban rögzítettük, és célul tűztük ki a kutatás ilyen irányú bővítését.

Ezt sikerült is megvalósítanunk egy nagyobb nyíregyházi ápolókat és ápoló hallgatókat tartalmazó mintarész bevonásával.

A fejezet első része leíró jellegű eredményeinket tartalmazza, majd a regressziós elemzés segítségével épített modelleket ismertetjük. Ezek az eredmények segítették a vizsgált ápolói populációban a pályaelhagyás és a migráció jelenségének további elemzését, a pontosabb megértést.

Az itt közölt adatok tehát a bővített, 828 fős mintavétel feldolgozott eredményei. Az első vizsgálati szakasz eredményei (Zrínyi és munkatársai, 2007) lényegében nem térnek el az itt közöltektől. A szövegben {}-ben szerepelnek az első felmérés eredményei. Azokban az esetekben, amikor az eltérés figyelmet érdemel, az okok a hallgatói válaszadók arányának növelésével magyarázhatók.

A dogozó ápolóknál megfigyelt kisebb eltérések szintén az előző gondolatmenetet támasztják alá. Az újabb kérdőívek bevonásával a **mintanagyság** 828 főre növekedett {522}. Az egyes vizsgált változók részletes megoszlása a következőképp alakult.

A **nemi eloszlás** esetében 771 fő (93,1%) volt nő és 50 fő (6,1%) volt férfi. Erre a kérdésre 821 fő válaszolt, így 99,2%-os volt a válaszadási arány.

Életkori eloszlás tekintetében 18 és 58 év közöttiek voltak a válaszadók, átlagosan 34,7 évesek. A válaszadási arány ebben az esetben 98,5% volt.

A **képzettségi szintek** igen vegyesek. Érettségivel 103 fő rendelkezett (12,7%), Segéd-ápoló volt 32 fő (3,9%). Általános ápolói végzettséggel rendelkezett 106 fő (13,0%), felnőtt szakápolóival 112 fő (13,8%). OKJ ápolói végzettsége volt 398 főnek (49,0%), diplomás ápolói 57 főnek (7,0%) és egyetemi okleveles ápolói végzettsége 5 főnek (0,6%) volt. Erre a kérdésre 813 fő válaszolt.

A **jelenlegi feladatok** szerint 65 fő (7,9%) tanul, 438 fő (53,5%) dolgozik, 316 fő (38,6%) tanul és dolgozik is jelenleg. Erre a kérdésre 819 fő válaszolt, a válaszadási arány így 98,9%-os volt.

A **nyelvtudás** alapján nem rendelkezik nyelvvizsgával 485 fő (63,3%), alapkú nyelvvizsgája 237 főnek van (30,9%), középfokúval 38 fő rendelkezik (5,0%) és felsőfokú nyelvvizsgájával 6 főnek van (0,8%). A válaszadók száma ebben az esetben 766 fő volt.

A **városenkénti** megoszlás a következők szerint alakult: Nyíregyháza – Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar hallgatói: 306 fő (37,0%), Pécs – Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Kar és Klinika hallgatói, illetve dolgozói: 164 fő (19,8%) és Debrecen – Kenézy Gyula Kórház dolgozói: 358 fő (43,2%).

A **családi állapot**ot elemezve azt kaptuk eredményül, hogy 483 fő (59%) {60%} élt párokban, 225 fő egyedülálló (27,5%), 94 fő (11,5%) elvált és 16 fő (2%) özvegy. Az, hogy a válaszadók közel 2/3-a (59%) párokban élt, öröndetes, de így is magas az elváltak aránya. Az egészségügyben végzett több műszakos munka emeli a konfliktusok számát, több a stressz-faktor az ápolók körében, ez állhat ennek a 11,5% -os arány hátterében. Erre a kérdésre mind a 828 fő válaszolt, így 100%-os volt a válaszadási arány.

A **gyermekek száma** átlagosan 1,08, ($\pm 0,992$), 775 válaszadó válasza alapján. Ez az országos magyar átlagnak megfelelő érték. Gyermek nélküli 288 fő, 1 gyerekes 193 fő, 2 gyerekes 239 fő, három, vagy több gyermeke van 55 főnek. N=775, nem válaszolt 53 fő.

Az **egészségügyi szakdolgozó léte a családban** igen érdekesen alakult. Viszonylag sokan - 343 fő (41,9%) {42,1%} - jelezték, hogy szakdolgozó családtagjuk van, vagy volt. 476 fő esetében (58,1%) nem volt olyan családtag, aki az egészségügyben dolgozott. Erre a kérdésre 819-en válaszoltak, ez 98,4%-os válaszadási arány jelent.

Az **egészségi állapot**ára rákérdezve, a következő eredmények adódtak. A teljes minta, az elmúlt 6 hónap során megélt egészségi állapotát egy 10 fokozatú skálán átlagosan 6,72 ($\pm 2,004$) $\{6,6 \pm 2,4\}$ pontra értékelte, a testi és lelki egészséget egyaránt figyelembe véve. Erre a kérdésre 411 fő válaszolt ez a minta 49,6%-a. Elmondható tehát, hogy az egészségi állapot tekintetében nem érzékelhető átlagostól eltérő különbség, annak ellenére, hogy az egészségügyben való munkavégzést a magas (testi, lelki) stressz-faktorok miatt magas kiégési arány jellemzi a segítő szakmák között.

Saját tulajdonú ingatlana 241 főnek (58,5%) van és 171 főnek (41,5%) nincs. Ez összesen 412 válaszadót jelent (49,8%). Azt láthatjuk, hogy erre a kérdésre főleg a már dolgozó csoport adott válasz, melynek körében fele arányú az ingatlan tulajdonlás, ami jónak mondható arány. Saját tulajdonú **gépjárműve** 153 főnek (37,5%) van és 257 főnek (62,7%) nincs. Erre a kérdésre 410 fő válaszolt (49,5%). A gépkocsi léte, már alacsonyabb arányú, mint az ingatlan tulajdonlása, valószínűsíthetően, ezt már nem tudják vállalni az alacsony fizetések miatt. **Visszafizetendő hitele** 286 főnek (70,4%) van és 120 főnek (29,6%) nincs. Ezt a kérdést 406 válaszadó (49%) válaszolta meg eredményesen. Ez a kérdés válaszolja meg az előző kettőt, és látható, hogy a lakás az, amely elsődlegesen fontos, és amelyet kétharmad arányban hitelből tudnak vállalni.

5. 1. 2. 1. Az ápoló hallgatók eredményei

A kérdőív kérdései alapján különválaszthatók a jelenleg is tanulmányokat folytatók köre. Az ide vonatkozó kérdések alapstatisztikái a következők.

A **tanulást megjelölő válaszadók** (fő foglalkozásként, vagy munka mellett) összesen 383-an voltak (46,3%). Közülük 338 fő (88,3%) $\{57,5\}$ az ápolás területén tanult. Más egészségügyi szakmát 23 fő jelölt meg (5,7%) $\{17,5\}$, és más, egészségügyön kívüli szakmát pedig 22 fő (5,7%) $\{25\}$.²

A **képzés szintjére** rákérdezve 32 fő (8,7%) $\{41,3\}$ főiskolainál alacsonyabb képzésbe járt, 324 fő (88,5%) $\{47,6\}$ főiskolai képzésben vett részt, és 10 fő (2,7%) $\{11,1\}$ egyetemi szintű programban tanult.³ Erre a kérdésre 366-an válaszoltak (44,2%). Természetesen a felsőfokú képző intézményekben felvett minta magyarázatot ad a főiskolai (ma már BSc) szinten tanulók 2/3-os arányára.

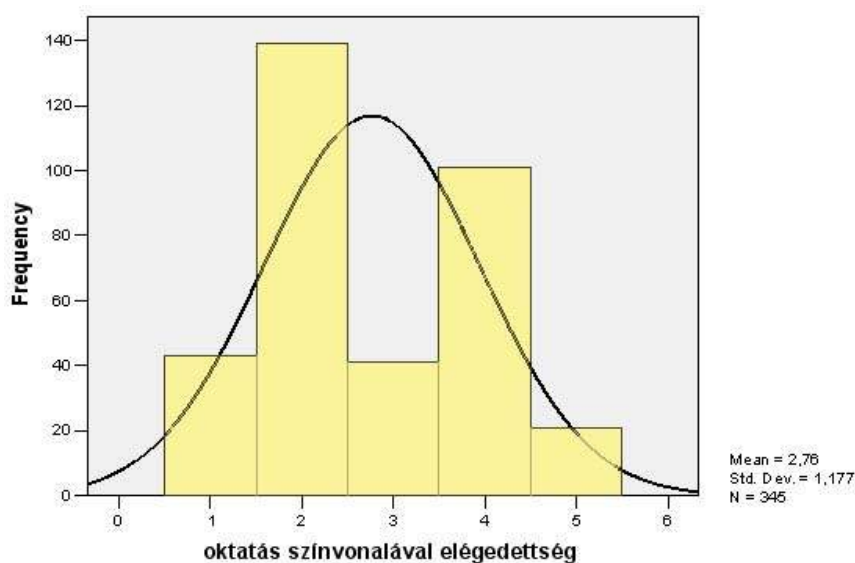
² Az eddigiekhez képest ezek az adatok lényeges eltérés mutatnak a két mintában. Ennek oka a bevont újabb kérdőívek ápoló hallgatóitól származtak.

³ Ebben az esetben is a minta hallgatók felé történő eltolódása okozza az eltéréseket.

Azon válaszadók, akik tanultak **évfolyamonkénti megoszlása** a következők szerint alakult. Első évfolyamos hallgató volt 89 fő (23,4%), második évfolyamos hallgató 108 fő volt (28,3%), harmadéves 115 fő (30,2%) és negyedéves 69 fő (18,1%). Erre a kérdésre összesen 381-en válaszoltak (46%). Tehát a legtöbb tanuló harmadévfolyamos volt.

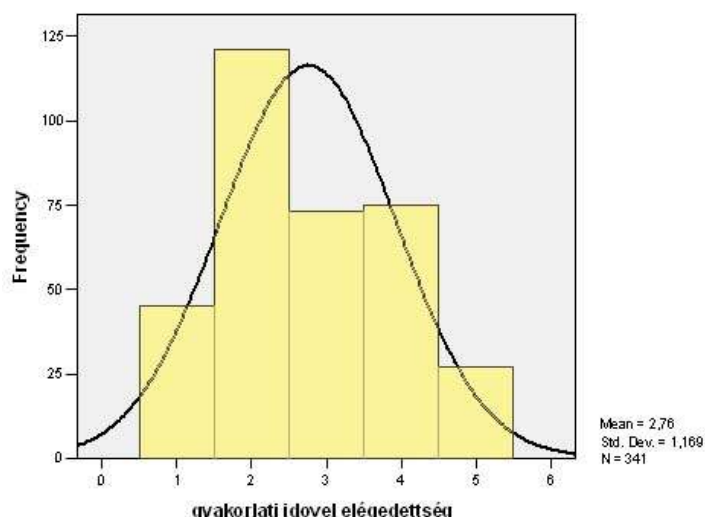
A **képzés formája** szerint 65 fő (17,2%) nappali tagozat volt, 292 fő levelező tagozatos (77,5%), és 20 fő (5,3%) esti tagozatra járt. Ezek szerint a főiskolai hallgatók 2/3-a levelező tagozatos hallgató volt. Összesen 377-en válaszoltak, ez 45,5%-os válaszadási arány a teljes mintára vetítve, és a 383 fő tanulóra vetítve pedig 98,4%-os válaszadási arányt jelent.

Az **oktatás minőségével, színvonalával** elégedetlen volt 43 fő (12,5%), megfelelőnek találta 139 fő (40,3%), nem tudta eldönteni 41 fő (11,9%), jónak találta 101 fő (29,3%) és elégedett volt 21 fő (6,1%) (4. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 2,76 ($\pm 1,177$). Erre a kérdésre összesen 345 fő válaszolt, a válaszadási arány így 41,7%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ha csak a 388 fő tanulóra vonatkoztatjuk, akkor 88,9%-os volt a válaszadási arány. Vagyis az oktatás színvonala átlagosnak mondható a válaszadók szerint, de amint a 4. ábra mutatja, a minta két részre különülő populációt tükröz.



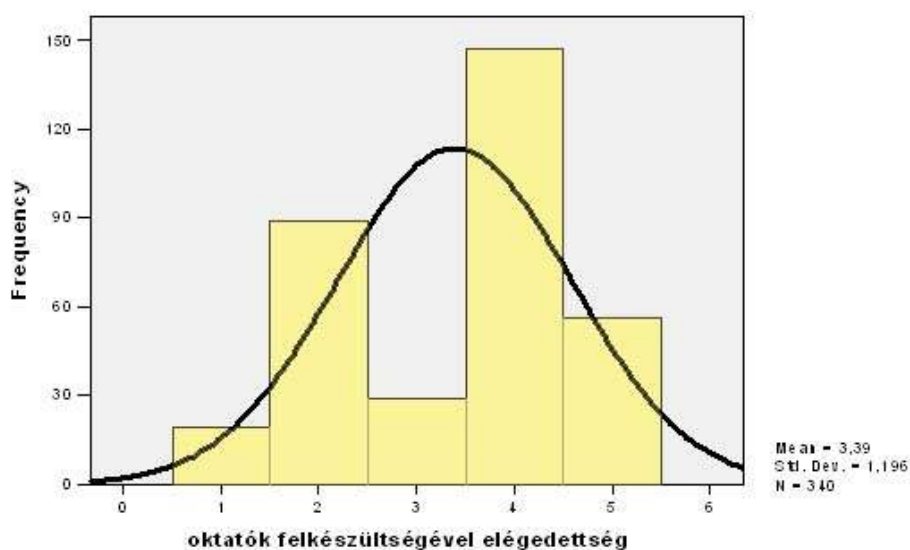
4. ábra: A válaszadók elégedettsége az oktatás minőségével, színvonalával

A **gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával** elégedetlen volt 45 fő (13,2%), megfelelőnek találta 121 fő (35,5%), nem tudta eldönteni 73 fő (21,4%), jónak találta 75 fő (22%) és elégedett volt 27 fő (7,9%). Átlagosan 2,76 ($\pm 1,169$). Erre a kérdésre összesen 341 fő válaszolt, a válaszadási arány így 41,2%-os a teljes mintára vonatkozóan. (5. ábra).



5. ábra: A válaszadók elégedettsége a gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával

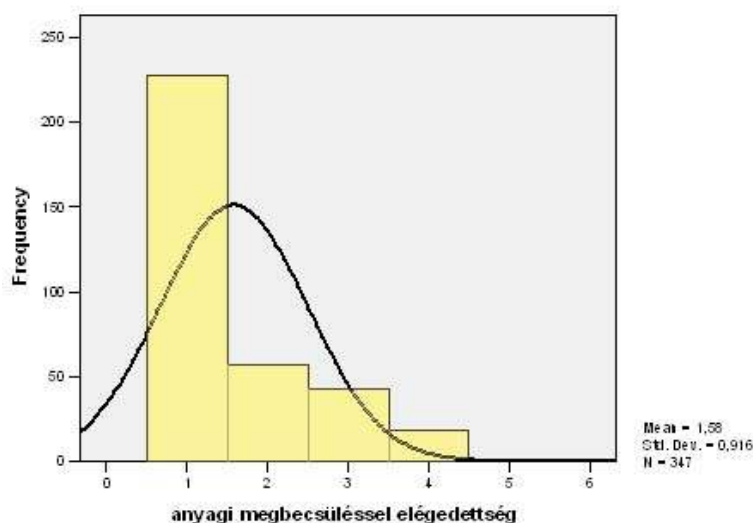
Az **oktatók felkészültségével** elégedetlen volt 19 fő (5,6%), megfelelőnek találta 89 fő (26,2%), nem tudta eldönteni 29 fő (8,5%), jónak találta 147 fő (43,2%) és elégedett volt 56 fő (16,5%). Az ötfokozatú skálán ez átlagosan 3,39 ($\pm 1,196$). Erre a kérdésre összesen 340 fő válaszolt, a válaszadási arány így 41,1% a teljes mintára vonatkozóan. Itt is két részre szakadó populáció tükröződik a minta. (6. ábra)



6. ábra: A válaszadók elégedettsége az oktatók felkészültségével

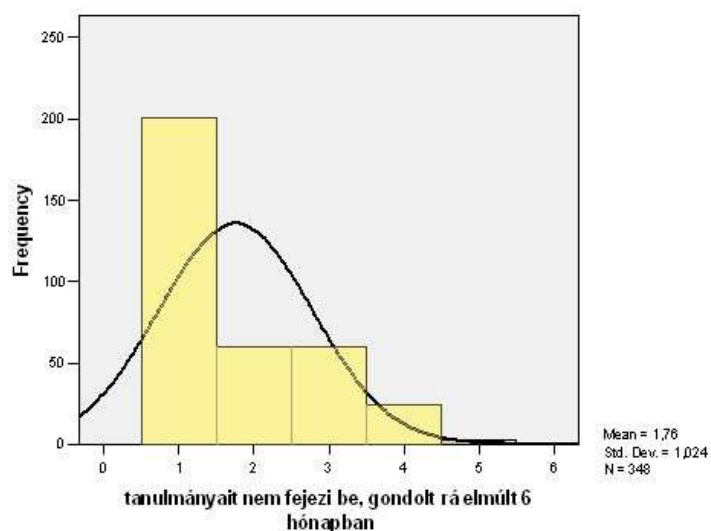
Az **ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével**, értékelésével elégedetlen volt 228 fő (65,7%), megfelelőnek találta 57 fő (16,4%), nem tudta eldönteni 43 fő (12,4%), jónak találta 18 fő (5,2%) és elégedett volt 1 fő (0,3%). (7. ábra) A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 1,58 ($\pm 0,916$).

Erre a kérdésre összesen 347 fő válaszolt, a válaszadási arány így 41,9% a teljes mintára vonatkozóan. Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy a megkérdezettek elégedetlenek a pálya anyagi és erkölcsi megbecsülésével egyaránt.



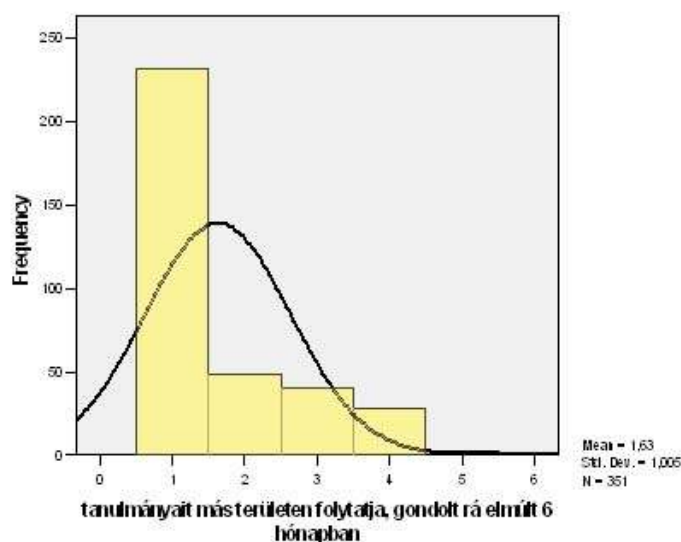
7. ábra: A válaszadók elégedettsége az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével, értékelésével

Arra a kérdésre, hogy gondoltak-e arra, hogy **nem fejezik be a tanulmányaikat** az elmúlt 6 hónapban a következő válaszok születtek: egyáltalán nem 201 fő (57,8%) {52,6%}, ritkán 60 fő (17,2%) {19,3%}, alkalmasszerűen 60 fő (17,2%) {15,8%}, gyakran: 24 fő (6,9%) {12,3%}, állandóan 3 fő (0,9%) {0,0%} (8. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 1,76 ($\pm 1,024$). Erre a kérdésre összesen 348 fő válaszolt, a válaszadási arány így 42,0%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ha az utolsó három kategóriát összeadjuk, akkor ez az arány 25%-os.



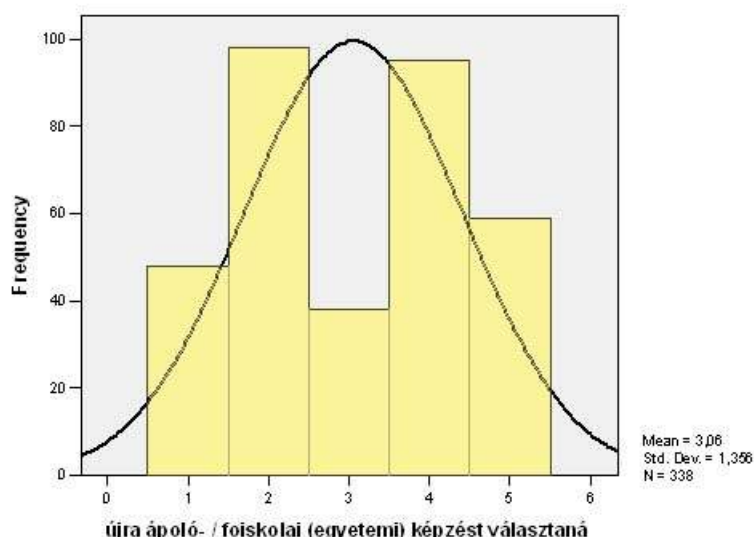
8. ábra: A válaszadók válasza arra a kérdésre, hogy az elmúlt 6 hónapban gondoltak-e arra, hogy nem fejezik be a tanulmányaikat

Tanulmányaik más területen való folytatásával kapcsolatosan egyáltalán nemmel 232 fő válaszolt (66,1%) {49,2%}, a ritkán megjelölést 49 fő választotta (14%) {20,3%}, az alkalmasszerűen alternatívát 40 fő (11,4%) {15,3%}, gyakran 28 fő gondolt erre (8%) {13,6%} és 2 fő (0,6%) {1,7%} állandóan (9. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 1,63 ($\pm 1,005$). Erre a kérdésre összesen 351 fő válaszolt, a válaszadási arány így 42,4%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ha az utolsó három kategóriát összeadjuk, akkor ez az arány 20%-os, ami igen magas aránynak mondható. Azok a válaszadók, akik a „ritkán” vagy ennél gyakoribb választ adták meg, tanulmányaikat a következő területeken folytatnák: orvosi pályán 46 fő (34,6%), más egészségügyi pályán 46 fő (34,6%), más, nem egészségügyi pályán pedig 75 fő (56,4%). Összesen 133 fő válaszolt a fenti alternatívák szerint, ez 16,1%-os válaszadási arány a 828 főre vonatkoztatva (9. ábra).



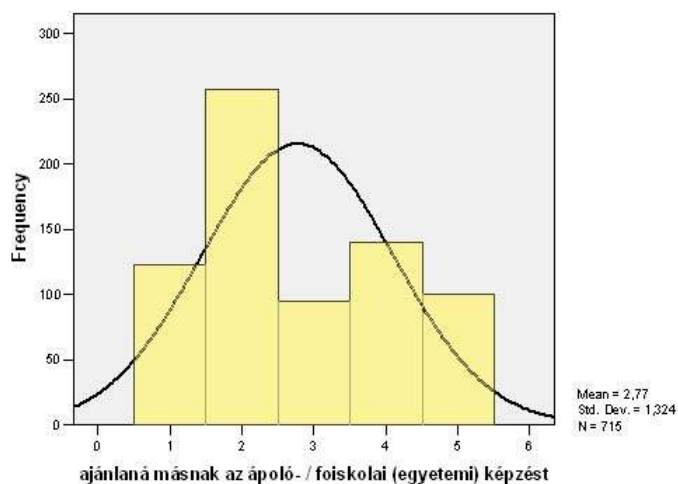
9. ábra: A válaszadók válasza arra a kérdésre, hogy az elmúlt 6 hónapban gondoltak-e arra, hogy más területen folytatják tanulmányaikat

Annak valószínűsége, hogy **újra az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést választanak** az egyáltalán nemmel válaszolóok száma 48 fő (14,2%), a talán megjelölést 98 fő választotta (29%), nem tudta eldönteni 38 fő (11,2%), nagyon valószínűnek 95-en gondolták (28,1%) és biztosan 59-en (17,5%) (10. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 3,06 ($\pm 1,356$). Erre a kérdésre összesen 338 fő válaszolt, a válaszadási arány így 40,8%-os a teljes mintára vonatkozóan. Véleményünk szerint a szakma iránti szeretet és az elhivatottság érhető tetten a kettéoszló populáció egyik felében.



10. ábra: Annak valószínűsége, hogy újra az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést választanák a válaszadók

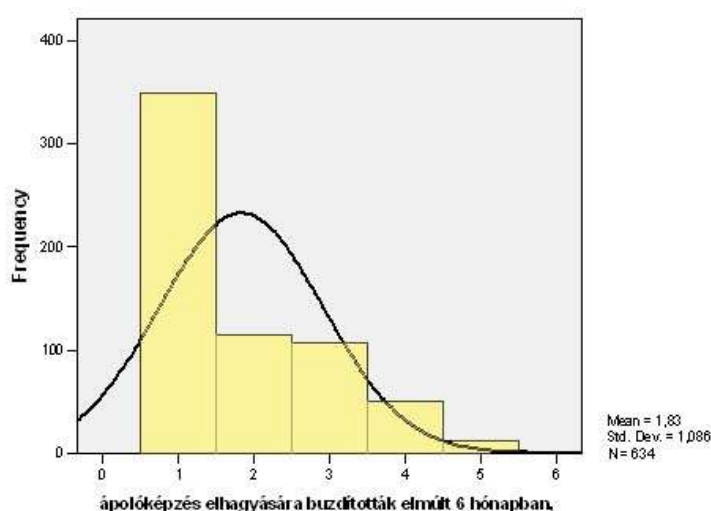
Arra a kérdésre, hogy **ajánlanák-e másnak az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést** a válaszadók, a következőképpen alakult. Egyáltalán nem 123 fő (17,2%), talán ajánlaná 257 fő (35,9%), nem tudta eldönteni 95 fő (13,3%), nagyon valószínű, hogy ajánlaná 140 fő (19,6%) és biztosan ajánlaná 100 fő (14%) (11. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 2,77 ($\pm 1,324$). Erre a kérdésre összesen 715 fő válaszolt, a válaszadási arány így 86,4%-os a teljes mintára vonatkozóan. A populáció két részre oszlik.



11. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi tapasztalataik alapján ajánlanák - e másnak az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést

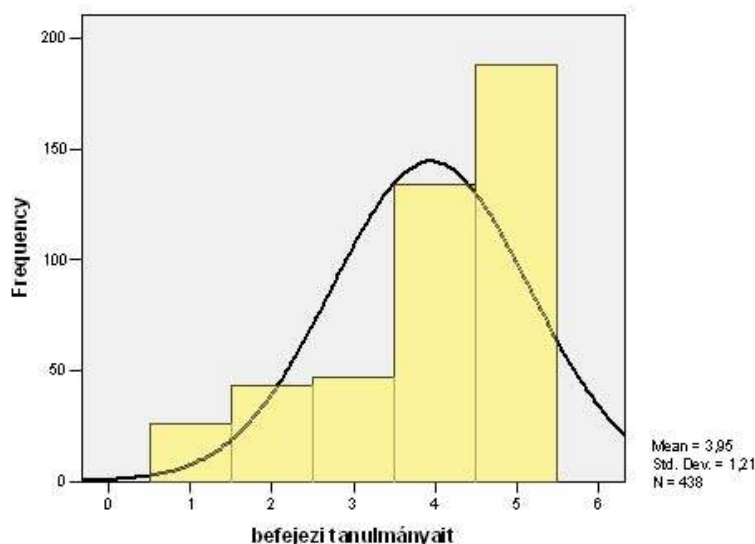
Az **ápolóképzés elhagyására történő buzdítás** (tantársak, kollégák, ismerősök által) az elmúlt 6 hónapban a következők szerint alakult.

Egyáltalán nemmel válaszolt 350 fő (55, 2%), ritkán megjelölést választotta 115 fő (18, 1%), alkalomszerűen érezte ezt 107 fő (16, 9%), gyakran választ 50 fő adott (7, 9%) és az állandóan megjelöléssel 12 fő élt (1, 2%). (12. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 1, 83 ($\pm 1, 086$). Erre a kérdésre összesen 634 fő válaszolt, a válaszadási arány így 76, 6%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy sajnos vannak elkeseredett kollégák, ápolók, akik ezt látják lehetséges alternatívának a probléma megoldására.



12. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy előfordult-e az elmúlt 6 hónapban, hogy az ápolóképzés elhagyására buzdították

Arra a kérdésre, hogy **mennyire biztosak abban, hogy befejezik tanulmányaikat** a következők szerint válaszoltak: egyáltalán nem 26 fő (5,9%) {14,7%}, talán befejezem 43 fő (10,7%) {12,0%}, nem tudta eldönteni 47 fő (10,7%) {10,0%}, nagyon valószínű, hogy befejezi 134 fő (30,6%) {25,0%}, biztosan befejezi 188 fő (42,9%) {38,0%} (13. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 3,95 ($\pm 1,21$). Erre a kérdésre összesen 438 fő válaszolt, a válaszadási arány így 52,9%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez az érték azt mutatja, hogy elkötelezettek a hallgatók tanulmányaik befejezésére.



13. ábra: A válaszadók válasza arra a kérdésre, hogy mennyire biztosak abban, hogy befejezik a tanulmányaikat.

Annak valószínűségére is kíváncsiak voltunk, hogy a következő egy évben / a **tanulmányok befejezése után ápolóként helyezkednek –e majd el**. Ez a következők szerint alakult: egyáltalán nem fog ápolóként elhelyezkedni 30 fő (7,8%) {11,4%}, talán ápolóként fog dolgozni 39 fő (10,1%) {13,2%}, nem tudta eldönteni a kérdést 36 fő (9,3%) {7,0%}, nagyon valószínű, hogy ápolóként fog dolgozni 138 fő (35,7%) {26,3%} és biztosan marad a pályán 144 fő (37,2%) {42,1%}. A skála melyen rangsort állítottak a hallgatók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 3,84 ($\pm 1,243$). Erre a kérdésre összesen 387 fő válaszolt, a válaszadási arány így 46,7%-os a teljes mintára vonatkozóan. Igen elgondolkodtató, hogy ha összeadjuk a nem és a talán válaszokat, akkor 17,9%-os eredményt kapunk, ami igen magas a jelenleg beiskolázási létszámok ismeretében.

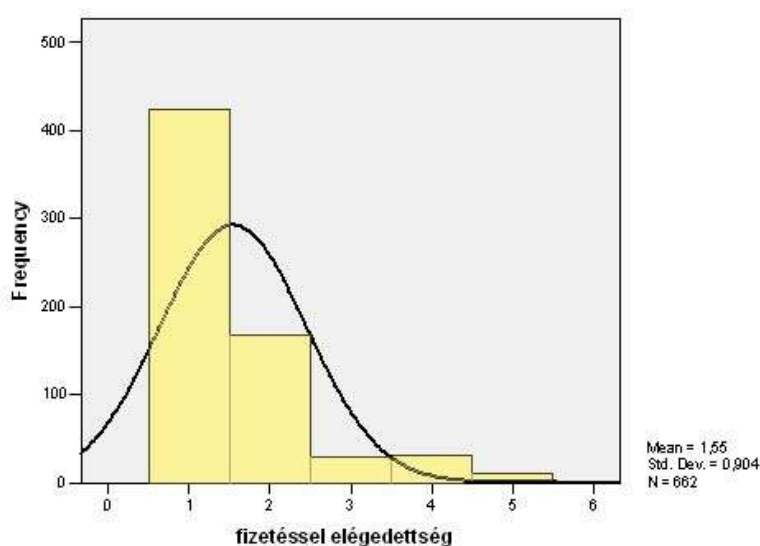
5. 1. 2. 2. Dolgozó ápolók eredményei

A **főállások szakterületenként** a következőképpen alakultak: fekvőbeteg szakellátásban 528 fő dolgozik (80,1%), járó beteg szakellátásban 94 fő (14,3%), az alapellátásban pedig 37 fő (5,6%). Összesen 659 fő válaszolt erre a kérdésre, a teljes minta 79, 6%-a.

A **mellékállások szakterületenként** a következőképpen alakultak: fekvőbeteg szakellátásban 34 fő dolgozik (51,5%), járó beteg szakellátásban 14 fő (21,2%), az alapellátásban pedig 18 fő (27,3%). Összesen 66 fő válaszolt erre a kérdésre, a teljes minta 8,0%-a. Egy műszakos munkarendben 225 fő dolgozik (34,3%), kétműszakos munkarendben 197 fő (30%), három műszakos munkarendben pedig 234 fő (35,7%).

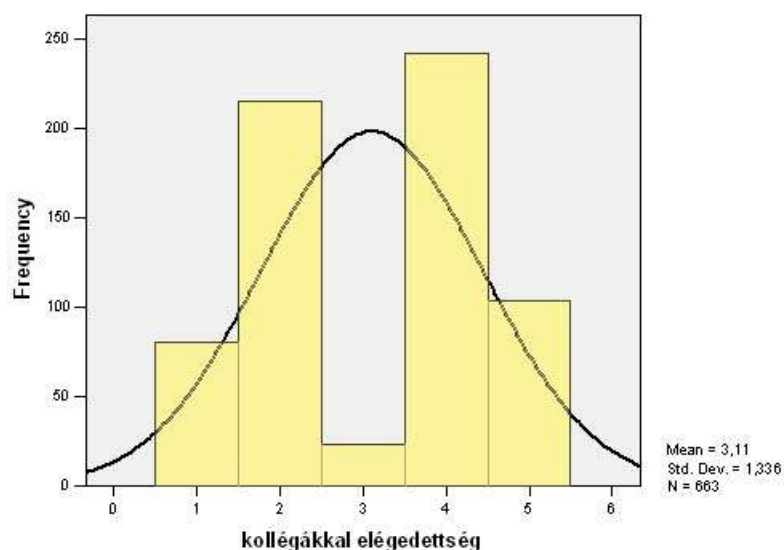
Összesen 65 fő válaszolt erre a kérdésre, a teljes minta 79, 2%-a. A skála melyen elhelyezkednek a válaszok háromfokozatú volt a munkarendnek megfelelően. Az átlag 2, 01 ($\pm 0,837$). Tehát, a legtöbben három műszakban dolgoznak a válaszadók.

Arra a kérdésre, hogy a jelenlegi munkahelyen **ennyire elégedettek a válaszadók a fizetéssel**: elégedetlen 424 fő (64%), megfelel 167 fő (25,7%) nem tudta eldönteni 29 fő (4,4%), jónak találta 31 fő (4,7%) és elégedett volt 11 fő (1,7%). (14. ábra). A skála melyen rangsort állítottak a válaszadók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 1, 55 ($\pm 0, 904$). Erre a kérdésre összesen 662 fő válaszolt, a válaszadási arány így 80%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez az eredmény igen alacsony elégedettségre enged következtetni a megkérdezettek körében.



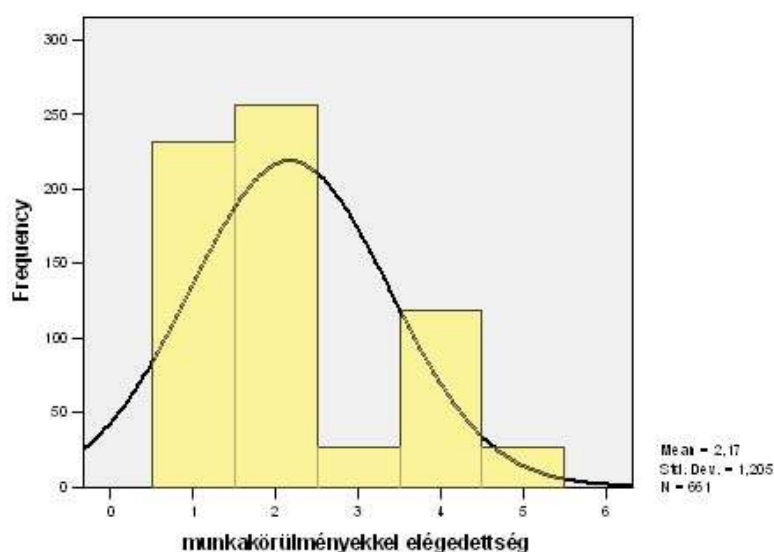
14. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi munkahelyükön (főállásukban) mennyire elégedettek a fizetéssel

Arra a kérdésre, hogy a jelenlegi munkahelyen **ennyire elégedettek a válaszadók a kollégák magatartásával**, segítőkészségével, emberi tulajdonságaival a következő eredmények születtek. Elégedetlen 80 fő (12,1%), megfelel 215 fő (32,4%) nem tudta eldönteni 23 fő (3,5%), jónak találta 242 fő (36,5%) és elégedett volt 103 fő (15,5%). A skála melyen rangsort állítottak a válaszadók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 3,11 ($\pm 1, 336$). Erre a kérdésre összesen 663 fő válaszolt, a válaszadási arány így 80,1%-os a teljes mintára vonatkozóan. A15. ábra a populáció két részre bontottságát jelzi.



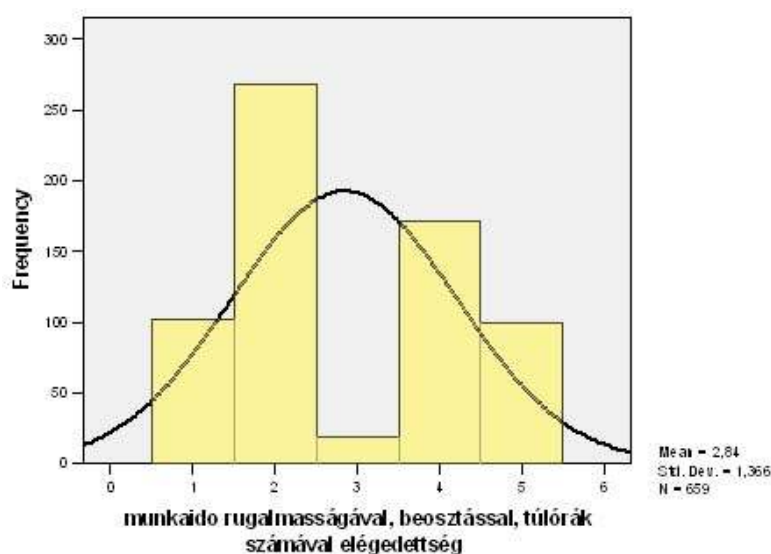
15. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi munkahelyükön (főállásukban) mennyire elégedettek a kollégák magatartásával, segítőkészségével, emberi tulajdonságaival

A jelenlegi munkahelyen **a munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal való elégedettségre** vonatkozó kérdéseinkre a következő eredmények születtek: elégedetlen 232 fő (35,1%), megfelel 256 fő (38,7%) nem tudta eldönteni 27 fő (4,1%), jónak találta 119 fő (18%) és elégedett volt 27 fő (4,1%). A skála melyen rangsort állítottak a válaszadók 1-5 fokozatú volt. Az átlag 2,17 ($\pm 1,205$). Erre a kérdésre összesen 661 fő válaszolt, a válaszadási arány így 79,8%-os a teljes mintára vonatkozóan. Az 16. ábrán látható eloszlás alapján sejthetjük, hogy a populáció két részre bomlik. A munkakörülményekkel való elégedetlenebben túlsúlya szintén valószínűsíthető.



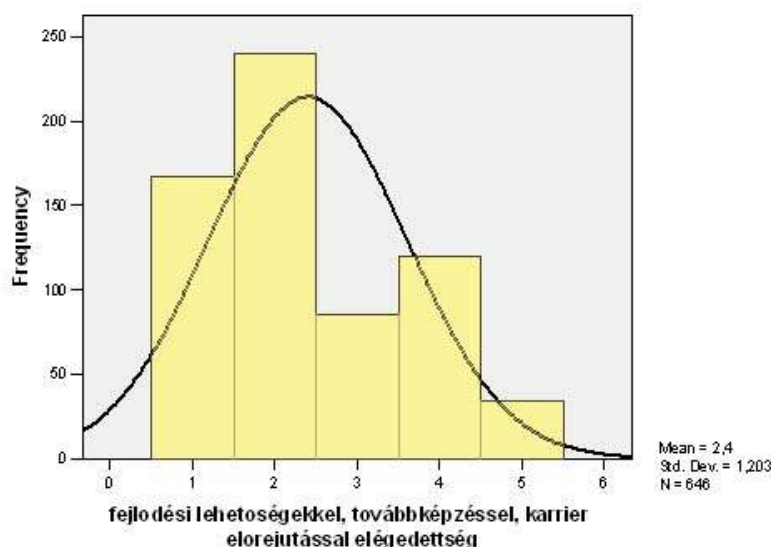
16. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi munkahelyükön (főállásukban) mennyire elégedettek a munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal

A jelenlegi munkahelyen a **munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával való elégedettség** a következőképpen alakult: elégedetlen 102 fő (40,7%), megfelel 268 fő (40,7%) nem tudta eldönteni 19 fő (2,9%), jónak találta 171 fő (25,9%) és elégedett volt 99 fő (15%) (17. ábra). A skála 1-5 fokozatú volt. Az átlag 2,84 ($\pm 1,366$). Erre a kérdésre összesen 659 fő válaszolt, a válaszadási arány így 79,6%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez az eredmény egyértelművé teszi azt, hogy a válaszadó ápolók sok esetben túlterheltnek és kimerültnek érzik magukat, ami a kiégés (burnout) első jelei közé sorolható. Itt is a két részre bomló populációs struktúrát fedezhetjük fel a 17. ábrán.



17. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi munkahelyükön (főállásukban) mennyire elégedettek a munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával

Arra a kérdésre, hogy a jelenlegi munkahelyen **mennyire elégedettek a válaszadók a fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrelépéssel** a következő eredmények születtek: elégedetlen 167 fő (25,9%), megfelel 240 fő (37,2%) nem tudta eldönteni 85 fő (13,2%), jónak találta 120 fő (18,6%) és elégedett volt 34 fő (5,3%) (18. ábra). A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 2,4 ($\pm 1,203$). Erre a kérdésre összesen 646 fő válaszolt, a válaszadási arány így 78,0%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez egy közepes elégedettségnek megfelelő eredmény, ahol szintén fellelhető a populáció két részre bomlása.



18. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy jelenlegi munkahelyükön (főállásukban) mennyire elégedettek a fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrelépéssel

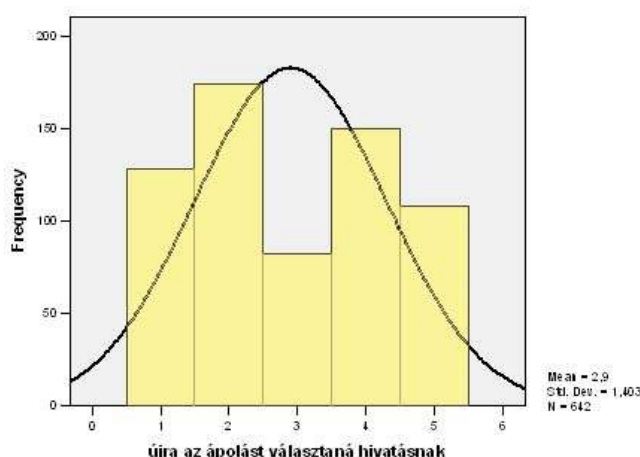
A pályaelhagyási szándékra vonatkozóan így szólt a kérdésünk: **Gondoltak-e arra az elmúlt 6 hónapban, hogy elhagyják az ápolói pályát, de az egészségügyön belül, más területen/munkakörben helyezkednek el.** Erre a következő válaszok érkeztek: egyáltalán nem 267 fő (41,1%) {40,4%}, ritkán 126 fő (19,4%) {21,1%}, alkalmasszerűen 137 fő (21,1%) {20,7%}, gyakran 96 fő (14,8%) {14,2%}, állandóan 23 fő (3,5%) {3,6%}. A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 2,2 ($\pm 1,223$). Erre a kérdésre összesen 649 fő válaszolt, a válaszadási arány így 78,4%-os a teljes mintára vonatkozóan. A 2,2-es átlagérték viszonylag alacsony, ami pozitív lehet a humánerőforrás tervezők számára. Ugyanakkor, ha összeadjuk az állandóan és a gyakran kategóriákat, akkor a 18,3% eredmény már nem annyira örömdetes az ápolói létszámhiányt is figyelembe véve.

Arra a kérdésre, hogy gondoltak-e arra az elmúlt 6 hónapban, hogy **az egészségügyön kívül, más szakmában helyezkednek el** a következő válaszok érkeztek a kérdőívet kitöltőktől. Egyáltalán nem: 339 fő (52,2%) {50,8%}, ritkán: 132 fő (20,3%) {19,9%}, alkalmasszerűen: 96 fő (14,8%) {14,9%}, gyakran: 60 fő (9,2%) {10,0%}, állandóan: 23 fő (3,5%) {4,4%}. A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 1,92 ($\pm 1,163$). Erre a kérdésre összesen 650 fő válaszolt, a válaszadási arány így 78,5%-os a teljes mintára vonatkozóan. Itt szintén elgondolkodtató lehet az, hogy akik már elgondolkodnak, akár alkalmasszerűen is előbb utóbb döntést is fognak hozni és könnyebb területet választanak esetlegesen. Ezzel nehezítve a maradók amúgy is súlyos terheit.

A **következő egy évben ápolóként való tovább dolgozási szándék** esetében: egyáltalán nem 36 fő (5,5%) {5,9%}, talán 64 fő (9,8%) {11,6%}, nem tudta eldönteni 50 fő (7,7%) {9,2%}, nagyon valószínű 220 fő (33,8%) {33,8%}, biztosan 280 fő (43,1%) {39,5%}. Az átlag 3.99 ($\pm 1,184$). Erre a kérdésre összesen 650 fő válaszolt, a válaszadási arány így 78,5%-os a teljes mintára vonatkozóan. A válaszok alapján kijelenthetjük, hogy a hivatástudat és a szakma szeretete még mindig legyőzi a változtatás szándékát.

Az **ápolói pálya elhagyásának érvei a következő egy évben** a következők voltak: továbbtanulok 34 fő (6,6%) {6,7%}, más munkahelyet választok az egészségügyön belül 205 fő (39,6%) {36,8%}, más szakmát választok az egészségügyön kívül 149 fő (28,8%) {33,9%}, gyermeket szülök 127 fő (24,5%) {22,7%}. Az átlag 2,9 ($\pm 1,403$). Erre a kérdésre összesen 518 fő válaszolt, a válaszadási arány így 62,6%-os a teljes mintára vonatkozóan. A válaszokból is látható, hogy a legtöbben maradnak az egészségügyi pályán belül, csupán vélhetően egy műszakos vagy „könnyebb” munkahelyet szeretnének. Ugyanakkor figyelemre méltó az, hogy igen magas azoknak is az aránya, akik más szakmát választanának az egészségügyön kívül.

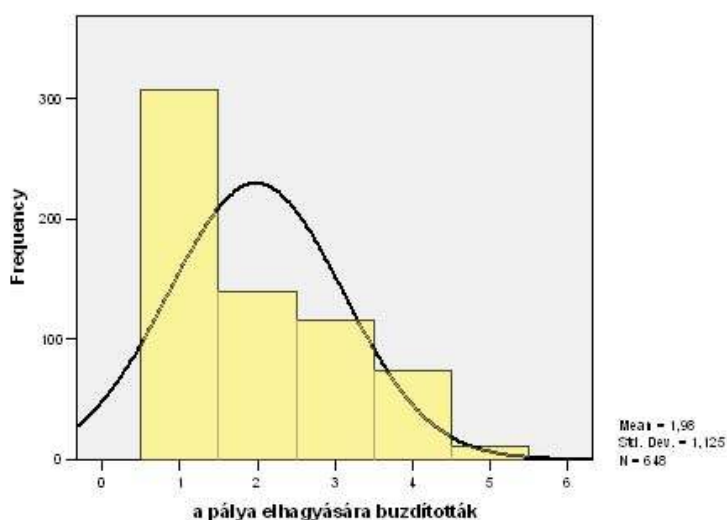
Az **ápolói hivatás újraválasztása** kapcsán az egyáltalán nem választ 128 fő (19,9%), a talán alternatívát 174 fő (27,1%) jelölte meg. Nem tudta eldönteni 82 fő (12,8%), nagyon valószínűnek tartotta, hogy újra ezt a hivatást választaná 150 fő (23,4%) és biztosan így gondolta 108 fő (16,8%) (19. ábra). Az átlag 2,9 ($\pm 1,403$). Erre a kérdésre összesen 642 fő válaszolt, a válaszadási arány 77,5%. Körülbelül annyian választanák újra az ápolói pályát, mint ahányan nem. A közel húsz százalékos nem válaszok aránya sajnos nem segíti az ápolói szakma képének javítását a jövőre nézve. A két részre bomló populáció itt is előrevetül.



19. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy mennyire valószínű, hogy újra az ápolást választanák hivatásnak

Arra a kérdésre, hogy jelenlegi tapasztalatai alapján **ajánlaná-e másnak az ápolási hivatást**, a következő eredmények keletkeztek: egyáltalán nem 185 fő (28, 2%), talán 256 fő (39%), nem tudta eldönteni 89 fő (13, 6%), nagyon valószínűnek tartotta 77 fő (11, 7%) és biztosan így gondolta 49 fő (7, 5%). Az átlag 2, 31 ($\pm 1, 21$). Erre a kérdésre összesen 642 fő válaszolt, a válaszadási arány így 77, 5%-os a teljes mintára vonatkozóan. Itt is az előző kérdéshez hasonlóan megerősíthető az, hogy igen negatív az ápolói pálya szakmai és társadalmi megítélése napjainkban.

Az elmúlt 6 hónapban a **pálya elhagyására való buzdítás kérdése** a következőképpen alakult: egyáltalán nem 308 fő (47,5%), ritkán 139 fő (21,5%), alkalmasszerűen 116 fő (17,9%), gyakran 74 fő (11,4%), állandóan 11 fő (1,7%) (20. ábra) Az átlag 1, 98 ($\pm 1, 125$). Erre a kérdésre összesen 648 fő válaszolt, a válaszadási arány így 78, 3%-os a teljes mintára vonatkozóan. A dolgozó ápolók esetében ez a szám alacsonyabb, mint a hallgatók esetében, ami a szakma iránti elköteleződésnek tudható be.



20. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy előfordult az elmúlt 6 hónapban, hogy (kollégák, ismerősök, család) a pálya elhagyására buzdították

Arra a kérdésre, hogy **hány közvetlen munkatársad nem magyar állampolgárságú ápoló** a következő számokat kaptuk. Nem volt nem magyar állampolgárságú munkatársa volt 390 főnek (77,5%), egy fő nem magyar állampolgárságú munkatársa volt 57 főnek (11,3%) {64,5%}, két fő volt 34 főnek (6,8%) {22,6%}, három fő nem magyar állampolgárságú munkatársa volt 10 főnek (2,0%) {8,1%}.

Ettől több munkatárs 10 alatti nagyságrendben jelentkezett a mintában (négy és öt fő nem magyar állampolgárságú munkatársa volt 4 főnek (0, 8 - 0, 8%) {1, 6% - 1, 6%}.

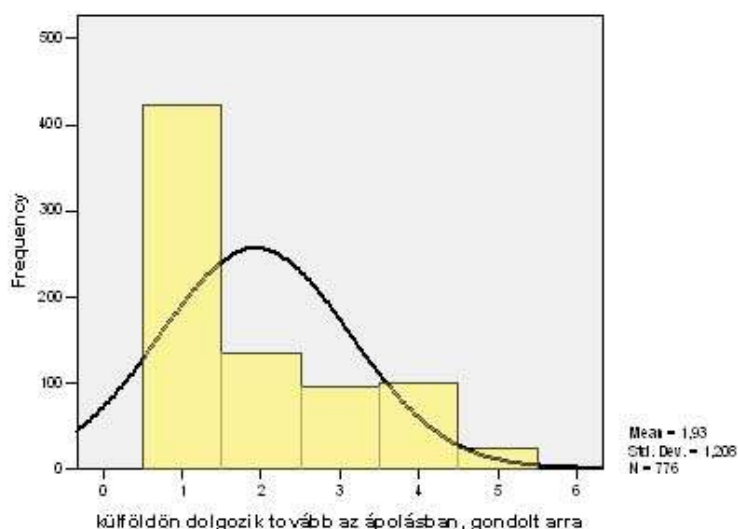
Erre a kérdésre összesen 503 fő válaszolt, a válaszadási arány így 60, 7%-os. Ez az eredmény azt mutatja, hogy jelen vannak az ellátó rendszerben a bevándorlók Magyarországon is, bár még igen szerény mértékben.

5. 1. 2. 3. Az ápolók és az ápoló hallgatók külföldi munkavállalási szándéka

Mind a dolgozó, mind a tanuló ápolók körében vizsgáltuk kutatási témánk egyik fő kérdését, a migrációt jelző külföldi munkavállalási szándékot. A csatlakozó kérdések (nyelvtudás, értékek megítélése, stb.) vonatkozásában eredményeink a következők.

Arra a kérdésre, hogy **beszélnek-e legalább egy európai idegen nyelvet** (angol, német, francia, olasz, spanyol stb.) a következő eredmények születtek: egyáltalán nem 485 fő (63,3%) {67,9%}, alapfokon 237 fő (30,9%) {25,3%}, középfokon 38 fő (5%) {5,3%}, felsőfokon 6 fő (0,8%) {1,1%}. Erre a kérdésre összesen 766 fő válaszolt, a válaszadási arány így 92, 5%-os a teljes mintára vonatkozóan. Ez az érték itt még nagyon alacsonynak mondható, bár ha a jövőt felé tekintünk ma már középfokú nyelvvizsgálathoz kötött az oklevelek megszerzése, így ez a kép változni fog a közeljövőben. A migrációs tervek szempontjából viszont releváns tényező a nyelvtudás mértéke.

Arra a kérdésre, hogy az elmúlt 6 hónapban **gondoltak-e arra, hogy külföldön dolgozzanak tovább az ápolásban** a következő válaszokat adták a résztvevők: egyáltalán nem 422 fő (54,4%) {57,6%}, ritkán 134 fő (17,3%) {20,3%}, alkalmanként 96 fő (12,4%) {10,2%} gyakran 100 fő (12,9%) {8,5%} állandóan 24 fő (3,1%) {3,4%} (21. ábra). A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 1, 93 (± 1 , 1208). Erre a kérdésre összesen 776 fő válaszolt, a válaszadási arány így 93, 7%-os a teljes mintára vonatkozóan. Vagyis az alkalmanként a gyakran és az állandóan kategóriákat összeadva látható, hogy a válaszadók 28, 4%-nak már vannak ilyen gondolatai, ami összességében így már magasnak mondható arány. Azokon kívül, akik a külföldön való dolgozásra az ápolásban egyáltalán nemmel válaszoltak a többiek a következők szerint vélekednek.



21. ábra: A válaszadók válaszai arra a kérdésre, hogy az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy külföldön dolgozz tovább az ápolásban

Arra a kérdésre, hogy **kapcsolatba léptek már valaha külföldi munkát közvetítő irodával** azt válaszolták: nem 247 fő (68,6%) {55,0%}, nem, de tervezi 65 fő (18,1%) {20,0%}, igen kapcsolatba lépett 48 fő (13,3%) {25,0%}. Erre a kérdésre összesen 360 fő válaszolt, a válaszadási arány így 43,5%. Ez azt jelenti, hogy jelen van a külföldi munkavállalás a váltás lehetősége, de még nem érett meg a döntés szintjéig.

A külföldi munkavégzésben az anyagi helyzet javulásának fontossága a résztvevők válaszai alapján a következők szerint alakult: nem fontos 12 fő (3,5%), részben fontos 35 fő (10,1%), nem tudta eldönteni 13 fő (3,7%), nagyon fontos 202 fő (58,2%), a legfontosabb 85 fő (24,5%). A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 3,9 ($\pm 0,995$). Erre a kérdésre összesen 347 fő válaszolt, a válaszadási arány 41,9%. Ez az eredmény egyértelművé teszi azt, hogy az egyik legfontosabb tényező a bér, ami a külföldi munkavállalás motivációjának az alapja. A kérdés megítélése érdekesen alakul a későbbiekben. A mélyebb elemzések kimutatják, hogy fontos az anyagi megítélés, de mégsem ez sorolódik a legelső helyre.

A munkakörülmények javulásának fontossága a külföldi munkavégzésben a következőket eredményezte: nem fontos 9 fő (2,6%), részben fontos 53 fő (15,2%), nem tudta eldönteni 15 fő (4,3%), nagyon fontos 220 fő (63%), a legfontosabb 52 fő (14,9%). A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 3,2 ($\pm 0,979$). Erre a kérdésre összesen 349 fő válaszolt, a válaszadási arány így 42,1%-os. Az eredmények szerint tehát, a bér mellett tehát a jobb munkakörülmények is fontosak.

Arra a kérdésre, hogy **mennyire fontos számukra a külföldi munkavégzésben a jobb tanulási, fejlődési (karrier) lehetőséghez való hozzájutás** a következők szerint válaszoltak a résztvevők. Nem fontos 11 fő (3,2%), részben fontos 89 fő (26%), nem tudta eldönteni 23 fő (6,7%), nagyon fontos 185 fő (54,1%), a legfontosabb 34 fő (9,9%). Az átlag 3,42 ($\pm 1,076$). Erre a kérdésre összesen 342 fő válaszolt, a válaszadási arány így 41,3%-os. Valószínűsíthetően a tanulás és a külföldi tapasztalatok gyűjtése is lényeges, nem mindegy tehát az alkalmazás módja és szintje, hisz ismeretes, hogy az oklevelek hivatalos elismerésén túl a gyakorlat nem mindig ezt mutatja.

Arra a kérdésre, hogy mennyire fontos számukra **a külföldi munkavégzésben kiemelkedni ebből a jelenlegi kátyúból** a következők szerint válaszoltak a résztvevők. Nem fontos 8 fő (2,4%), részben fontos 46 fő (13,6%), nem tudta eldönteni 10 fő (2,9%), nagyon fontos 171 fő (50,4%), a legfontosabb 104 fő (30,7%). A skála 5 fokozatú volt. Az átlag 3,94 ($\pm 1,044$). Erre a kérdésre összesen 339 fő válaszolt, a válaszadási arány így 40,9%. Ez arra enged következtetni, hogy sajnos nem Magyarországon látják a válaszadók a pozitív jövőképet, a változások elérését a szakmán belül, hanem külföldön.

Arra a kérdésre, hogy **hova mennének legszívesebben dolgozni külföldön** a válaszadók a következő országokat jelölték meg: Amerika/Kanada 41 fő (12,3%) {16,7%}, Nagy-Britannia 74 fő (22,3%) {27,8%}, Németország/Ausztria 142 fő (42,8%) {38,9%}, más európai ország 53 fő (16%) {5,6%} egyéb 22 fő (6,6%) {11,1%}.

Ez az eredmény azt mutatja, hogy a földrajzi közelség fontos az ápolók számára, mobilitásuk pedig alacsony. Valószínűsíthetően a nyelvtudás is közrejátszik a preferált országok választásában.

5. 1. 2. 4. Regressziós modellek

Munkánk folytatásaként a Next-vizsgálat 2.1.3.3. fejezet 1. és 2. ábráin vázolt modelljének előrejelző képességét teszteltük. Ennek megfelelően **regressziós modelleket** építettünk mind a képzésben résztvevők, mind pedig a dolgozók számára. Ezekben a modellekben a függő változó annak a valószínűsége volt, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozik tovább a válaszadó, független változóként pedig az életkor, egészségi állapot, egészségügyben eltöltött idő, családi állapot, szakdolgozó a családban, tanulási szándék, idegen nyelv ismerete, illetve a munkahelyi és oktatással való elégedettség szerepeltek.

Lineáris regressziós modell

Lineáris regressziós modell keretén belül a nyelvtudás foka, az elégedettség a munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával, az elégedettség a fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier lehetőséggel, a főállásban a műszakok száma, valamint az életkor bizonyos mértékben magyarázni képes a következő egy évben ápolóként tovább dolgozást ($F = 10,3$; $df=5$; $p<0,001$, $R^2 = 0,29$) ($F = 5,89$; $df=5$; $p<0,001$; $R^2 = 0,11$).

A pályán maradáshoz az életkoron kívül az összes többi magyarázó változó szignifikáns mértékben befolyásolja. A táblázat Beta értékeiből adódik, hogy a pályán maradáshoz az idegen nyelv ismerete ($B=-0,144$; $Beta=-0,152$; $t=-2,264$; $Sig.=0,004$) és a műszakszám ($B=-0,135$; $Beta=-0,108$; $t=-2,610$; $Sig.=0,009$) negatív értelemben határozta meg. A többi változó (a munkaidő rugalmas kezelése $B=0,105$; $Beta=0,121$; $t=2,076$; $Sig.=0,005$; a kollegák által nyújtott segítség $B=0,145$; $Beta=0,147$; $t=2,076$; $Sig.=0,028$; a továbbfejlődési lehetőségek $B=0,105$; $Beta=0,109$; $t=2,431$; $Sig.=0,015$; az életkor $B=0,123$; $Beta=0,107$; $t=2,068$; $Sig.=0,023$) kismértékben pozitív irányban befolyásolja a pályán maradáshoz. Tekintettel azonban arra, hogy a lineáris modell és a megfigyelt adatok viszonylag távol állnak egymástól ($R^2 = 0,29$), a következtetések tájékoztató jellegűek.

Loglineáris elemzés

Loglineáris elemzéssel a külföldi munkavállalás konkrét valószínűségét (odds) számszerűsítettük úgy, hogy más tényezők hatását is figyelembe vesszük. A modellbe négy tényezőt választottunk be, amelyekről feltételeztük, hogy a legnagyobb hatással lehetnek a külföldi munkavállalásra, ezek: gondolt-e arra, hogy külföldön dolgozzon (igen/nem), családi állapot (együtt él/egyedül él), legmagasabb végzettség (középfokú/felsőfokú), és végül a nyelvtudás (beszél/nem beszél). Mind a négy változót egyszerre használtuk fel, a számítógép 7 lépcsőben történő kiválasztással definiálta a legjobb összefüggést a változók között, amely jól illeszkedett az általunk gyűjtött adatokhoz ($\chi^2 = 5,88$; $df = 6$; $p = 0,44$). A legegyszerűbb modell egy grafikus modell, amely szerint egyszerű összefüggés van a következő tényezők között: Diploma (D_i) – nyelvismeret (L_j), diploma (D_i)-családi állapot, párkapcsolat (P_k), családi állapot, párkapcsolat (P_k) – külföldi munkavállalás (F_l), nyelvismeret (L_j) - külföldi munkavállalás (F_l). Ennek a modellnek nagy előnye, hogy a négy változó közötti kapcsolatok leírásához nincs szükség sem négydimenziós, sem háromdimenziós interakciókra, hanem a modell leírható pusztán kétdimenziós interakciós tagok összegeként: $\ln(m_{ijkl}) = \mu + \lambda_{ij}^{DL} + \lambda_{ik}^{DP} + \lambda_{kj}^{PF} + \lambda_j^{LF}$

Ahol m a modellnek megfelelő cellagyakoriság, i , j , k és l a megfelelő D (diploma), L (nyelvismeret), P (párkapcsolat) és F (külföldi munkavállalás) változók futóindexei, μ a modellben megfogalmazott általános hatás, a λ paraméterek pedig a megfelelő interakciós hatások (2. táblázat).

	B	S.E.	Wald	sig.
Állandó	-0.25	0.518	0.234	0.13
Családi állapot	-0.861	0.251	11.73	0.006
Legmagasabb végzettség	-0.362	0.815	3.19	0.005
Beszél-e idegen nyelvet?	0.695	0.187	13.72	0.002
Ápolásban dolgozott évek	-0.083	0.017	0.228	0.62
Saját tulajdonú ház	0.356	0.271	1.72	0.018
Banki kölcsön léte	-0.103	0.524	0.138	0.71

2. táblázat: A külföldi munkavállalást elemző logisztikus modell részletes adatai

A végleges modell alapján elmondhatjuk, hogy amennyiben a válaszadók legalább alapfokú nyelvtudással rendelkeznek, 66 százalékuk dolgozna külföldön és 34 százalékuk nem dolgozna külföldön. Viszont ha a válaszadók még alapfokú nyelvismerettel sem rendelkeznek, ebben az esetben csupán 35 százalékuk dolgozna külföldön és 65 százalékuk nem dolgozna külföldön. Szintén elmondhatjuk, hogy amennyiben a válaszadók diplomás képzésben részesültek, 58 százalékuk dolgozna külföldön és 42 százalékuk nem dolgozna külföldön. Viszont ha a válaszadók alapfokú képzésben részesültek, ebben az esetben csupán 48 százalékuk dolgozna külföldön és 52 százalékuk nem dolgozna külföldön. Amennyiben a válaszadók párkapcsolatban élnek, 38 százalékuk dolgozna külföldön és 62 százalékuk nem dolgozna külföldön. Viszont ha a válaszadók egyedül élnek, ebben az esetben csupán 61 százalékuk dolgozna külföldön és 39 százalékuk nem dolgozna külföldön.

5. 1. 3. Harmadik szakasz –a hallgatói minta

Ebben a fejezetrészen bemutatjuk az első kutatási fázis harmadik szakaszában elért eredményeinket. Az itt közölt eredmények két forrásból származnak. Első lépésben az első két szakasz eredményeit szűkítettük a nem dolgozó, csak tanulmányaikat végzők körére (dolgozói levelező hallgatók kizárása), illetve a korábbi felmérések helyszínén újabb kérdőíveket sikerült kitöltenünk. Célunk a modell hallgatói inputjának és az oktatással kapcsolatos viszonyoknak a vizsgálata.⁴Részletes eredményeink a következők.

⁴ Az itt ismertetett eredményeket a NET elfogadta közlésre, a közlemény megjelenés a közeljövőben várható.

381 kérdőívet sikerült az elemzés körébe vonnunk. A minták demográfiai adatai a következők: férfiak - nők aránya: 6,1% - 93,9%. Átlagéletkor: 31,1 év ($\pm 7,3$). Az ápolásban eltöltött átlagos évek száma: 10,7 év ($\pm 7,7$). Egészségügyi dolgozó a családban: 41 igen, 59 nem – a többi válaszadó nem adott választ. Idegen nyelv ismerete: nincs 67,9%, alapkó 25,3%, középfókó 5,3%, felsőfókó 1,1%. A következő összefoglaló a fő kérdések frekvencia disztribúcióját jeleníti meg (3. táblázat).

Gondolt rá az elmúlt 6 hónapban, hogy ... (%) N=381 fő	soha	ritkán	alkalom-szerűen	gyakran	állandóan	Összesen %
... nem fejezed be a tanulmányaidat?	58,6	17,2	17,2	6,2	0,9	100%
... más területen folytasd a tanulmányaidat?	67,5	13,9	10,9	7,1	0,6	100%
... külföldön dolgozz tovább az ápolásban?	46,1	19,1	15,4	16,2	3,2	100%
	egyáltalán nem	talán	nem tudom eldönteni	nagyon valószínű	biztosan	100%
Előfordult az elmúlt 6 hónapban, hogy a pálya elhagyására buzdítottak?	62,4	17,2	13,6	5,6	1,2	100%
Mennyire vagy biztos abban, hogy befejezed a tanulmányaidat?	2,4	8,2	10,6	32,9	45,9	100%
Mennyire valószínű, hogy a tanulmányok befejezése után ápolóként helyezkedsz el?	7,2	8,8	9,7	39,7	34,7	100%

3. táblázat: A fő kérdések frekvencia disztribúciói

A következő összesítés az elégedettségi mutatókat foglalja össze (4. táblázat).

Ha jelenleg ápoló vagy egészségügyi szakképzésben veszel részt, mennyire vagy elégedett...?	Elégedetlen vagyok (1)	Megfelel (2)	Nem tudom eldönteni (3)	Jónak találom (4)	Elégedett vagyok (5)	Átlag (1-5) Szórás SD
Az oktatás minőségével, színvonalával?	35,1	38,7	4,1	18,0	4,1	2,17 1,21
A gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával?	13,2	35,5	21,4	22,0	7,9	2,88 1,32
Az oktatók felkészültségével, színvonalával?	11,9	11,6	40,8	29,8	6,0	2,76 1,17
A kollégák magatartásával, segítőkészségével, emberi tulajdonságaival?	5,7	26,0	8,1	44,0	16,2	3,39 1,20
A munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal?	14,2	29,0	11,2	28,1	17,5	3,06 1,36
A fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrejutással?	65,4	16,0	13,0	5,4	0,3	1,58 1,20
Az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével, értékelésével?	17,2	35,9	13,3	19,6	14,1	2,91 3,06

4. táblázat: Elégedettségi mutatók

Az utolsó éves hallgatók többségében (58,6%) 6 hónappal a felmérés előtt nem merült fel, hogy tanulmányait ne fejezze be. Ebben a mintában lehetséges lemorzsolódást jelentett (nem fejezi be tanulmányait) az a 7,1% aki „gyakran” vagy „mindig” úgy gondolta, hogy diplomája megszerzése előtt abbahagyja a képzést. Ez összesen 27 diák elvesztését jelentené a 381-ből, amennyiben ezek a diákok valóban annak megfelelően döntenek, ahogy a kérdőíven jelezték. Azonos volt azoknak a diákoknak a disztribúciója, akik irányt akartak váltani (orvosi, egészségügyi vagy egyéb, nem egészségügyi területre), a függetlenségvizsgálat (χ^2 -próba) analízis nem mutatott szignifikáns különbséget a két disztribúció között ($\chi^2 = 15$, $p = 0,24$). Potenciális lemorzsolódási arány a tanulmányi terület változtatása miatt így kombináltan 7,7% lett volna (7,1% „gyakran” és a 0,6% „mindig”). Vagyis, a 381 megkérdezettből 29 hallgató hagyta volna el ápolói tanulmányait, hogy más oktatási programban vegyen részt, amennyiben valóban úgy döntöttek, ahogyan jelezték. Megfigyelhető volt a család és a hallgatók kortárs csoportjának nyomása az ápolói szakma elhagyására vonatkozóan.

A vizsgálatot megelőző 6 hónapban a válaszadók 5,6%-a számolt be arról, hogy „gyakran”, 1,2%-a pedig úgy érezte „mindig” nyomás nehezedik rá, hogy hagyja ott ápolói tanulmányait. Amennyiben ezek a diákok valóban úgy döntöttek, hogy befejezik tanulmányaikat, akkor megkérdezett 381 diákból összesen 26 hagyta el a szakmát külső nyomás hatására. Amikor kifejezetten rákérdeztünk a diplomázás valószínűségére, 2,4% válaszolta, hogy valószínűleg nem fog diplomázni. Ez a szám tényleges lemorzsolódási aránynak vehető. Ez a megkérdezett 381 hallgatóból 9 hallgató diploma előtti nagyon valószínű elvesztését jelenti. Ha a lemorzsolódási arányt a „nagyon nem valószínű”, „talán” és a „nem tudom eldönteni” kombinációjával határozzuk meg, akkor ez 2,4%-ról 21,2%-ra emelkedik. Ez 9 helyett 80 hallgató elvesztését jelenti. Még több hallgató (7,2%) számolt be arról, hogy nem valószínű, hogy a diploma megszerzése után ápolóként fog dolgozni. Ez a 7,2%-os veszteség a 381 potenciális új ápoló esetén 27-el kevesebb diplomás munkaerőt jelent. Ha azonban a fenti elvet alkalmazzuk (kombinált lemorzsolódás arány), ez a szám 7,2%-ról 25,7%-ra nő, ami a 27 potenciálisan nem a szakmában elhelyezkedni szándékozó hallgató számát 98 diplomás ápolóra emeli, akik nem akarnak ápolóként elhelyezkedni. A valószínűségi kérdések disztribúciójában nem volt szignifikáns eltérés ($\chi^2 = 20,0$, $p = 0,22$).

Ami az elégedettségi mutatókat illeti, az 1-től 5-ig terjedő skálán a hallgatók egyértelműen a karrier lehetőségeikkel nem voltak megelégedve (átlag: 1,58). Míg más mutatók viszonylag egyenlően oszlottak el, az oktatással és az oktatási intézmények támogatásával való elégedettség vezetett a listán.

Végezetül egy lineáris regressziós modellbe stepwise módszerrel független változókat építettünk be, a tanulók diplomaszerzési és a diploma megszerzése utáni elhelyezkedési szándékának valószínűsítésére. Mindkét modell tartalmazott korra, nemre, korábbi ápolói tapasztalatokra illetve egészségügyi dolgozó a családban vonatkozó adatokat az első kérdéscsoportban, elégedettségi mutatókat a második kérdés csoportban, családi és kortársak által gyakorolt nyomást az ápolói hivatás elhagyására, idegen nyelvi ismeretek, és külföldi munkavállalás mérlegelése a harmadik csoportban. Mindkét modell szignifikáns eredményt mutatott ($F = 53,5$; $p = 0,007$ és $F = 65,7$; $p < 0,001$). A jelentős előrejelzők magyarázzák a függő változók ($R^2 = 0,34$) 34%-os varianciáját a „diplomázni fog” modellben, valamint a 23%-os varianciát a „diploma megszerzése utáni elhelyezkedés” modellben ($R^2 = 0,23$). A 5-ös és a 6-os táblázatban láthatók mindkét modell számítási részeredményei.

Függő változó: Mennyire vagy biztos abban, hogy befejezed a tanulmányaidat?
 $R^2 = 0.34$; $F = 53,5$; $p = 0,007$

	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>sig.</i>
Konstans	3,83		5,17	0,00
Van-e, volt-e egészségügyi szakdolgozó a családban?	-0,21	0,17	2,23	0,03
Elégedettség a gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával?	0,62	0,46	2,84	0,001
Elégedettség a kar által nyújtott támogatásokkal?	1,24	0,90	3,64	0,001
Elégedettség a munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal?	0,79	0,33	2,12	0,02
Előfordult-e az elmúlt 6 hónapban, hogy (tantársaid, kollégáid, ismerőseid) az ápolóképzés elhagyására buzdítottak?	-0,11	0,09	2,08	0,03

5. táblázat: Lineáris regressziós modell, a tanulmányok befejezése

Függő változó: Mennyire valószínű, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozol tovább?
 $R^2 = 0.23$; $F = 65,7$; $p < 0,001$

	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>sig.</i>
Konstans	3,28		4,03	0,00
Van-e ápolói tapasztalatod? (Mennyi időt dolgoztál eddig az egészségügyben?(év))	-0,19	0,25	2,07	0,008
Elégedettség a gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával?	0,57	0,42	2,44	0,001
Elégedettség a kar által nyújtott támogatásokkal?	1,01	0,97	2,93	0,001
Elégedettség a munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal?	0,68	0,76	2,53	0,005
Az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy külföldön dolgozz tovább az ápolásban?	0,24	0,18	2,10	0,02

6. táblázat: Lineáris regressziós modell, az ápolói pálya elhagyása

A modellbe épített, de nem használt változók nem szerepeltek a végső modellben. Mindkét modellben, a kar által nyújtott támogatás tűnt a diploma megszerzésének, valamint ezután a szakmában maradás legerősebb előrejelzőjének. (legnagyobb béta-súly).

A kapcsolat pozitív volt, ahogyan ugyanis az oktatási intézmény vélt támogatása növekedett úgy növekedett a diplomaszerezés és a diploma megszerzése utáni elhelyezkedés a szakmában valószínűsége is. Az elégedettség a klinikai tapasztalatokkal és a klinikai személyzettel pozitívan befolyásolta a diákok döntését a diploma megszerzése majd ezt követően a munkába állás terén, bár ezek jelentősége kisebbnek tűnt, mint a karok támogatása. Az egészségügyben dolgozó családtagok illetve a család / kortárs csoport által gyakorolt nyomás az ápolói hivatás elhagyását illetően egyaránt negatívan befolyásolta a diákok döntését, hogy diplomát szerezzenek. Az egészségügyben dolgozó családtag jelenléte csökkentette a diploma megszerzésének valószínűségét azokkal szemben, akiknek nem volt ilyen családtagjuk. Minél nagyobb nyomás nehezedett a hallgatóra a család illetve a kortárs csoportok részéről, hogy hagyja abba ápolói tanulmányait annál kevésbé valószínű, hogy ezek a diákok befejezik tanulmányaikat. Az előzetes ápolói tapasztalatok negatívan befolyásolták a hallgatók szándékát, hogy a diploma megszerzése utáni a pályán helyezkedjenek el. Minél több ápolói munkatapasztalata volt a végzős hallgatónak (ledolgozott évek száma) úgy tűnt annál kevésbé szeretne a szakmában dolgozni. Érdekes módon, azok a hallgatók, akik a tanulmányt megelőző 6 hónapban egy külföldi munkavégzés lehetőségét mérlegelték, nagyobb hajlandóságot mutattak az ápolói pálya iránt a diplomájuk megszerzése után.

5. 2. Második fázis: összehasonlító elemzés két szomszédos európai államban – Csehország és Magyarország

A kutatás során kapcsolatba kerültünk külföldi kollégákkal (Tothova Valéria). A szakmai megbeszélések során felmerült annak lehetősége, hogy az átalakított NEXT alapú kérdőívet felhasználjuk Magyarország és Csehország viszonyainak összehasonlítására. Az itt közölt adatok ennek a vizsgálatnak az eredményei. Az elemzés a bővített minta (első fázis – 2. szakasz) és újabb, Csehországban kitöltött kérdőíveken alapul. Ennek során összesen 431 ápolói tanulmányokat folytató adatait elemeztük.⁵ Szándékunkban áll nemzetközi szinten publikálni eredményeinket. A vizsgálat részletei a következők.

Leíró statisztika – a minta

A két országból összesen 431 fő adatait elemeztük. A **nemenkénti megoszlás** megtartotta a „szokásos” női egyeduralmat: cseh minta: 163 nő (98,8%), 2 férfi (1,2%); magyar minta: 295 nő (96,7%); 10 férfi (3,3%). Az **életkor** leíró adatai a 7. táblázatban kaptak helyet.

⁵ Az itt ismertetett eredményeket legelőször a 2010.04.28-29. Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusán hoztuk nyilvánosságra.

A normalitás-vizsgálatok (Kolmogorov-Smirnov (KS) és Shaphiro-Wilk (SW) teszt) nem mutatták a csoportok normális eloszlását. A két csoport életkorát összehasonlítva (8. táblázat) szignifikáns különbség adódik (Man-Whitney $p=0,002$; kétmintás t -próba $p=0,001$). A két csoportátlag különbsége megközelítőleg három év.

Életkor

Cseh	Magyar	Együtt
N=128	N=303	N=431
Átlag=33,42	Átlag=30,91	Átlag=31,65
CI 95% (32,14; 34,70)	CI 95% (30,06; 31,75)	CI95% (30,94; 32,37)
SD=7,327	SD=7,486	SD=7,519
Variancia=53,679	Variancia=56,038	Variancia=56,534

Normalitás		
KS $p=0,2$	KS $p=0,006$	KS $p=0,014$
SW $p=0,045$	SW $p=0,000$	SW $p=0,000$
Hisztogram 2 v. 3 csúcsú	Hisztogram 2 v. 3 csúcsú	Hisztogram 2 v. 3 csúcsú

7. táblázat: A magyar és a cseh életkorok jellemző statisztikái

A legmagasabb képzettség

Legmagasabb képzettség/fő(%)	A magyar mintában:	A cseh mintában:
érettségi	67 (22%)	48 (28,7%)
segédápoló	2 (0,7%)	1 (0,6%)
általános ápoló	24 (7,9%)	8 (4,8%)
felnőtt szakápoló	43 (14,1%)	37 (22,2%)
OKJ ápoló	167 (54,8%)	15 (9,0%)
diplomás ápoló	2 (0,7%)	57 (34,1%)
egyetemi okleveles ápoló	0 (0,0%)	1 (0,6%)

8. táblázat: A legmagasabb képzettség jellemzői.

A **jelenlegi foglalkozás** besorolása három lehetőség között oszlik el: a csak tanulmányokat folytatók, a csak dolgozók és a munka mellett tanulók csoportjai között. A magyar adatok rendre (fő): 61 (20,1%); 5 (1,7%); 237 (78,2%). A cseh eredmények rendre (fő): 24 (14,5%); 1 (0,6%); 141 (84,9%).

A **tanulmányokat folytatók** csoportjai a magyar válaszadók között: ápolási terület 292 fő (95,4%); más egészségügyi terület 9 fő (3,0%); más nem egészségügyi terület 2 fő (0,7%). A cseh mintában ugyanezek a területek: 159 fő (98,8%); 2 fő (1,2%); 0 fő (0,0%). Az adatokból tükröződik, hogy a minták legnagyobb hányada kapcsolatban van valamilyen szinten az ápolás-oktatással.

A **képzés szintje** szerinti megoszlást a 9. táblázat mutatja be. A mintában kitűnik a cseh minta egyetemi szintű ápolói képzése.

A képzés szintje	középiskolánál alacsonyabb	főiskolai	egyetemi
Magyar	6(2,0%)	294(97,0%)	3(1,0%)
Cseh	0 (0,0%)	105(64,4%)	58(35,6%)

9. táblázat: A képzés szintje a magyar és a cseh mintában.

Kutatásunk egyik kulcsváltozója a nyelvtudás. Ennek megoszlását az 10. táblázat mutatja.

Nyelvtudás	nincs	alapfok	középfok	felsőfok
Magyar	164(55,8%)	116(39,5%)	13(4,4%)	1(0,3%)
Cseh	24(16,1%)	87(54,4%)	33(22,1%)	5(3,4%)

10. táblázat: A nyelvtudás megoszlása a cseh és a magyar mintában.

A kérdésekre adott válaszok feldolgozását ebben a tanulmányban két nagy csoportba soroltuk. Az első rész a tanulmányokra és a tanulmányok befejezése utáni helyzet megítélésére vonatkozik. A második csoport a külföldi munkavállalással kapcsolatos. Célunk a csehországi és a magyarországi viszonyok összehasonlítása.

Tanulmányok alatti és a tanulmányok befejezése utáni helyzet.

Vizsgálataink fő statisztikai módszere ebben a körben a függetlenségvizsgálat, a χ^2 -próba volt. A kérdőívre adott válaszok elemzése során **lényeges különbséget** találtunk a válaszadók legmagasabb **képzettsége** (középfok, felsőfok; $\chi^2=5,91$; $df=1$; $p=0,015$), a **képzés szintje** (főiskolánál alacsonyabb, főiskolai, egyetemi; $\chi^2=113,281$; $df=2$; $p=0,000$), az **évfolyam** (1, 2, 3, 4; $\chi^2=98,038$; $df=3$; $p=0,000$) és a **képzés típusa** között (nappali, levelező; $\chi^2=6,439$; $df=1$; $p=0,011$). A válaszok a két ország oktatási rendszerének különbségét tükrözik. A képzettség szerinti tagozódás Csehországban a diplomás ápoló (34,1%), Magyarországon az OKJ-s ápoló (54,8%) képzés magasabb arányát mutatja. Hasonló következtetésre jutunk a képzés szintjének elemzésekor is. Magyarországon kiemelkedik a főiskolai szint (97,0%), Csehországban, pedig a főiskolai szint (64,4%) mellett az egyetemi szint (35,6%) is jelentős. Az évfolyam szerinti megoszlásból a magyar adatoknál a 3., a cseh adatoknál pedig az 1. évfolyam a kiemelkedő. A képzés típusa szerinti megoszlás a cseh adatoknál a levelező képzés nagyobb arányát mutatja (magyar 81,5%; cseh 90,5%). Az **oktatás minőségének megítélése** is lényeges különbséget mutat. Az oktatás színvonala alapján mutatkozó különbség azt jelzi ($\chi^2=27,726$; $df=4$; $p=0,000$), hogy a cseh minta nagyobb arányban mutat elégedettebb hallgatókat (magyar 7,2%; cseh 23,0%). A gyakorlati idővel való elégedettség független a vizsgált csoporttól ($\chi^2=8,244$; $df=4$; $p=0,083$). Az oktatók felkészültségével való elégedettség hasonló különbséget jelez ($\chi^2=21,048$; $df=4$; $p=0,000$). Az elégedettebb hallgatók aránya a cseh mintában nagyobb (magyar 16,5%; cseh 32,5%).

A **tanulmányok befejezését** vizsgálva szintén különbség adódik a két mintában ($\chi^2=9,403$; $df=1$; $p=0,002$). A magyar hallgatók nagyobb arányban (41,2%) fontolgatják azt, hogy tanulmányaikat nem fejezik be, mint a cseh hallgatók (26,9%). A más területen történő tanulmányok folytatásának elképzelése szintén eltérő a két csoportban ($\chi^2=93,775$; $df=1$; $p=0,000$). A cseh hallgatók inkább gondolnak arra, hogy változtatnak tanulmányi területeiken (magyar 30,5%; cseh 77,6%). Aki változtatna tanulmányain, az a magyarok körében nagy arányban nem egészségügyi pályát választana (55,1%), a csehek körében, pedig az orvosi szakmát választanák (74,2%). Más képet mutat az, hogy milyen arányban buzdították a hallgatókat az ápoló-képzés elhagyására ($\chi^2=145,550$; $df=4$; $p=0,000$; egyáltalán nem buzdították, magyar 64,7%; cseh 8,5%). Ezek az adatok alátámasztják azt a feltételezésünket, hogy a cseh hallgatók körében sokkal nagyobb vonzóerőt jelent az orvosi hivatás, mint a magyar hallgatók körében. A pályaelhagyás megítélése szintén nem független az országtól ($\chi^2=54,993$; $df=4$; $p=0,000$). A biztosan és nagy valószínűséggel pályaelhagyók aránya a magyar hallgatók körében (35,2% és 39,6%) nagyobb, mint a cseh hallgatók között (15,7% és 29,5%). A bizonytalanok aránya a magyaroknál 19,1%, a cseheknél 51,8%. A magyar hallgatók tehát biztosabbnak ítélik meg a pályaelhagyást, mint a cseh hallgatók, akik sokkal inkább bizonytalanabbak a kérdés megítélésében.

Külföldi munkavállalás. Mint ahogy az első fázis vizsgálataiból is leszűrhető, a migrációs szándékok vizsgálatának egyik kulcspontja a nyelvtudás. A vizsgálatok alapján a két ország nyelvtudás szempontjából különbözőnek tekinthető ($\chi^2=63,719$; $df=1$; $p=0,000$). A magyar hallgatók körében egyáltalán nem beszél idegen nyelvet 55,8%, a cseheknél ez 16,1%. A külföldi munkavállalás szándéka mindkét mintában azonos megítélésű ($\chi^2=2,271$; $df=1$; $p=0,1318$). A döntés indoklásában viszont már eltérő álláspontok körvonalazódnak a két országban. A munkakörülmények javulásának fontossága ($\chi^2=11,363$; $df=4$; $p=0,023$); a jobb tanulási feltételek megítélése ($\chi^2=13,888$; $df=4$; $p=0,008$); és az általános helyzetmegítélés („kátyúból való kilábalás”; $\chi^2=27,574$; $df=4$; $p=0,000$) eltérő a két csoportban. Egyöntetűnek számít a megítélése az anyagi helyzet javulása iránti igénynek ($\chi^2=9,430$; $df=4$; $p=0,051$). Az első lépés a közvetítő irodák felkeresése. Ez különböző képet mutat a két országban ($\chi^2=16,160$; $df=2$; $p=0,000$). Nem fordult a magyarok körében irodákhoz a felmérésben részt vevők 68,0%-a, a cseheknél 89,2%-a. Tervezi, vagy már kapcsolatba is lépett irodákkal a magyarok 32,0%-a, a csehek 10,8%-a. Mindezek alapján számíthatunk arra, hogy az idegen nyelv ismeretének változása Magyarországon hatással lesz az ápolóképzésre, a külföldi munkavállalásra. A középiskolások körében, a felsőfokú képzésre jelentkezők arányában már napjainkban is megmutatkoznak ezek a tendenciák.

6. Megbeszélés

6.1. Az első fázis

6. 1. 1. Az első fázis első szakasza

A pályaelhagyás és migráció igénye mintánkban eltérő módon, de egyértelműen jelen volt. Jellemző inkább a más egészségügyi területre illetve más szakmába való átlépés igénye volt. A képzésben lévő hallgatók esetében a biztos lemorzsolódást 10%-ra prognosztizáltuk. A külföldön történő munkavállalás mellett a nyelvtudás és a felsőfokú végzettség szólt. A pályán maradás legfőbb motiváló tényezői a rugalmas munkaidő és a továbbfejlődés, karrierlehetőségek voltak. A jelen mintában igazolhatóan jelen voltak tehát a pályaelhagyás és a külföldi migráció iránti igények. Ahhoz, hogy a nagyobb mértékű pályaelhagyás valamint migráció elkerülhető legyen, a munkarend átszervezése és a karrier struktúra kialakítása fontosnak tűnik. Az első szakasz eredményei hasonlóak a második szakasz eredményeihez. A különbségek a később bevont mintarésszel egyértelműen magyarázhatók. Mindkét szakaszban hasonló megítélésű a migráció és a pályaelhagyás témaköre. A regressziós modellek szinte ugyanazokat a változókat vonják be az elemzésbe.

6. 1. 2. Első fázis második szakasz

Célunk az volt, hogy felmérjük az ápolók pályaelhagyási és/vagy külföldi munkavállalási szándékát, továbbá, hogy számszerűen megbecsüljük az ápoló hallgatók végzés utáni munkavállalási szándékát, és azt, hogy a gyakorlatban dolgozó ápolók milyen valószínűséggel fognak a következő évben is ápolóként dolgozni. Legelőször az ápolás „input” oldalát vizsgáltuk meg. Eredményeink szerint az ápoló hallgatók viszonylag kis száma tervezi, hogy abbahagyja az iskolát, és nem fejezi be a tanulmányait. Azok, akik már tettek befektetéseket diplomájuk megszerzése érdekében, félúton nem kockáztatják beruházásuk elvesztését. Hasonló reakciókat tapasztaltunk az ápolói tanulmányokról valamilyen más szakra való változtatás esetében is. Mindezen kérdések alapján megállapítottuk, hogy a hallgatók kb. 2/3-a érez motivációt tanulmányainak befejezésére és kitart az ápolói képzés mellett. Kevesebb, mint 1% azok aránya, akik szerint rosszul tették, amikor az ápolói képzés mellett döntöttek. Ez a kép megváltozott, amikor a végzésről kérdeztük a hallgatókat. A tanulmányok befejezését illetően bizonytalan vagy határozottan befejezni nem akaró hallgatók összesített aránya 16% körül volt. Ezt az arányt ebben a mintában lemorzsolódási arálynak neveztük. Ezt az adatot megzavarja az a tény, hogy mintánkban ugyanúgy szerepel nappali tagozatos ill. levelezős és emellett dolgozó hallgató is.

Először úgy hittük, hogy a végezni nem akaró hallgatók aránya sokkal alacsonyabb lesz a nappali tagozatos hallgatók alcsoportjában. Ennek ellenére, amikor különválasztottuk a csoportokat, a helyzet nem változott. Első feltételezésünk arról szólt, hogy hányan fogják végképp abbahagyni a tanulmányaikat; elméletileg 384-ből 61 hallgatót tekintettünk kiesettnek. De nem szabad azt gondolnunk, hogy ez rögtön 61 ápoló hiányát fogja jelenteni a jövőben. Mintánk néhány levelező tagozatos hallgatója munka mellett vagy sem, de megszerzi felsőfokú diplomáját. Ennek ellenére 78 olyan nappali tagozatos hallgatónk van, aki igazán elkötelezett az ápolás iránt, de valószínűleg nem fogja megszerezni a diplomáját. A 16%-os lemorzsolódási aránnyal számolva, legalább 12 ápoló hallgatóról mondhatjuk el, hogy tényleg abbahagyja tanulmányait. Ez sokkal kevesebb, mint a korábbi becslés. További 18% számolt be arról, hogy nem fog végzés után az ápoló szakmában elhelyezkedni. Ez a szám 2 lényeges dolgot összesít. Először: ez a 18% mutatja a kieső ápoló hallgatókat (akik soha nem fognak az egészségügyben dolgozni) és azokat a hallgatókat, akik legvalószínűbben fogják megváltoztatni ápoló szakmájukat, amint megszerezték felsőfokú diplomájukat.

A feltételezés megerősítéséhez kiválasztottuk azokat a levelezős hallgatókat, akik teljesen biztosak abban, hogy végzés után nem fognak ápolóként dolgozni és megvizsgáltuk az „egészségügyön kívüli munkavállalás” témakörére adott válaszaikat. Nem meglepő módon, keresztmetszeti egyezést tapasztaltunk. Ezért 2. következtetésünk szerint néhány hallgató azért szerez egészségügyi diplomát, hogy a későbbiekben legyen kitörési pontja az ápoláson kívülre. Korábbi becsült lemorzsolódási arányunkat felülvizsgálva elmondható, hogy további 45 ápoló tűnik el az ápolás számára végzés után.

Azon feltételezésünk, mely szerint, az ápolóhallgatók elégedettek az oktatás és a gyakorlat színvonalával a képzés során igazolódott. Az átlag: 2,76 ($\pm 1,177$) volt az oktatás esetén és 2,76 ($\pm 1,169$) a gyakorlat esetén, vagyis az oktatás és a gyakorlatok színvonala közepesnek mondható a válaszadók szerint. Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályával kapcsolatos elégedettségének alacsony volta is igazolódott. Az 1,58-as ($\pm 0,916$) átlagérték azt mutatja, hogy elégedetlenek az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével a hallgatók. Következő feltételezésünk az volt, hogy az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályán maradási szándékát befolyásolja a fizetés, a munkakörülmények és a továbblépési lehetőségek köre. Ez is alátámasztást nyert. A hallgatók pályán maradási szándékának átlaga 3,95 ($\pm$) volt, vagyis, hogy ez azt mutatja, hogy a legtöbben azt tervezik, hogy befejezik tanulmányaikat.

A következő egy évben való ápolóként való elhelyezkedés átlaga 3,84 ($\pm 1,243$) volt. Dolgozók esetében az ápolóként való tovább dolgozási szándék átlagosan 3,99-es ($\pm 1,184$) érték volt.

Vagyis a két csoport között nincs számottevő különbség a jövőt illető elképzelésekben. A munkakörülményekkel való elégedettség a dolgozók esetében 2,17 ($\pm 1,205$) volt. A fejlődési lehetőségekkel átlagosan 2,4-es ($\pm 1,203$) értéknek megfelelően voltak elégedettek a dolgozók. A következő egy évben, a pályaelhagyás lehetséges indokaként a legfontosabb érvként a más munkahely választását az egészségügyön belül és a továbbtanulást jelölték meg a dolgozók.

Azon hipotézisünk, hogy az ápolóhallgatók, és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályaelhagyási szándékát befolyásolja az idegen nyelv ismerete szintén igazolást nyert. Lineáris regressziós modellünk eredményei szerint a pályán maradáshoz az idegen nyelv ismerete negatív értelemben határozta meg, míg a munkaidő rugalmassága, a túlórák száma, a továbbképzési lehetőségek és az életkor kismértékben pozitív irányban befolyásolja a pályán maradáshoz.

Szintén igazolódott az is, hogy az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók körében a magasabb iskolai végzettség és a pályaelhagyás gyakorisága között összefüggés tapasztalható. A diplomás képzésben részesültek, 58 százalékuk dolgozna külföldön. Ha alapfokú képzésben részesültek, csupán 48 százalékuk dolgozna külföldön.

Statisztikailag is alátámasztható mértékű igazolást nyert azon feltételezésünk mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók nyelvtudása és külföldi munkavállalása között összefüggés van. Ha legalább alapfokú nyelvtudással rendelkeznek, 66 százalékuk dolgozna külföldön és 34 százalékuk nem. Viszont ha még alapfokú nyelvismerettel sem rendelkeznek, 35 százalékuk dolgozna külföldön és 65 százalékuk nem.

Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók családi állapota és külföldi munkavállalása között is találtunk összefüggést. Ha a válaszadók párkapcsolatban élnek, 62 százalékuk dolgozna külföldön. Viszont ha a válaszadók egyedül élnek, csupán 39 százalékuk dolgozna külföldön.

A szakaszra vonatkozó utolsó hipotézisünkre, mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók életkora és pályaelhagyási szándéka között összefüggés van erre nem találtunk bizonyosságot. Érdekes, hogy a második szakaszban a kérdések egy részénél a populáció két részre bomlott (4., 6., 10., 11., 15., 16., 17., 18, 19. ábra).

Ezt a kutatási irányt nem vizsgáltuk részletesebben, de véleményünk szerint az ápolói szakma gyakorlását és munkában töltött időt paraméterként tekintve a munkahelyi kiégés is jelen van ezekben az eredményekben. Ez egy következő tervezett vizsgálatunk lesz a jövőben.

6. 1. 3. Az első fázis második szakasz eredményeinek összehasonlítása a Next-vizsgálat eredményeivel

Megvizsgáltuk az ápolók munkahely-változtatási szándékát, az egészségügyön belül maradva. Eredményeink szerint Magyarország helyzete nem különbözik a NEXT többi országától. Egyedül Németországban magasabb azoknak az ápolóknak az aránya, akik szeretnék állást változtatni, de az egészségügyön belül maradva. Érdekes, hogy mind Magyarországon, mind a 10 európai országban, ahol vizsgálták az ápolók egészségügyön belüli vándorlását, 18% körül volt ez az arány, nem tekintve az országot és a minta nagyságát.

Következő feltételezésünk ezért az volt, hogy Európában az ápolók 18%-a hajlandó lenne az egészségügyön belüli állás-változtatásra. További vizsgálatok kellenének, hogy kimutassák, ez vajon kiégés, az érdeklődés hiánya vagy egyéb okok miatt van-e. Amikor a magyar eredményeket hasonlítottuk össze a NEXT átlageredményeivel, úgy találtuk, hogy Magyarország kicsivel jobb helyzetben van a pályaelhagyási szándékot tekintve.

Belgiumot és Hollandiát kivéve, Magyarországon kevesebb azok aránya, akik el akarják hagyni az ápolást. Ez azt is megerősíti, hogy Magyarország nincs egyedi helyzetben az ápoló munkaerőt vizsgálva, és hogy az ápolóknak egész Európában ugyanazokkal a problémákkal kell szembesülniük. A magyar adatokkal kapcsolatban sajnálatos, hogy 650 válaszadó közül 100 kerülhet ki az ápoló szakmából saját elmondásuk szerint. A pályán kívülre irányuló elvándorlás is gyakori jelenség a mintánk esetében. Mintánk 16%-a nagyon gyakran gondol a külföldi munkavállalásra, ez az eredmény valahol félúton van a NEXT során mért szlovák (11%) és lengyel (21%) adatok között. Németország és Ausztria a legnépszerűbb cél-ország, valószínűleg a földrajzi közelség és a jelöltek nyelvtudása miatt. Az Egyesült Királyság már nem annyira népszerű, de ez a helyzet hamarosan változni fog. A magyar ápolók újabb generációjának kötelező angol középfokú nyelvvizsgát tenniük diplomájuk megszerzéséhez.

Az 1993 óta érvényben lévő törvénykezés is közreműködik a magyar ápolók külföldi munkavállalásának elősegítésében. Sajnos nincs összevethető adatunk az 1993 előtti időszokról az ápolók külföldi munkavállalásával kapcsolatban.

A NEXT felmérésben a kutatók egy meglehetősen gyakori jelenséget is vizsgáltak Szlovákiában és Lengyelországban az elvándorlást figyelembe véve. Az elvándorló szlovák és lengyel ápolók nagy része fiatal volt, kevés családi kötelezettel rendelkezett, kevésbé volt képzett, kevésbé volt elkötelezett a szakmájához és főként az intézményéhez és kevesebb munkahelyi elismeréssel rendelkezett. Felmérésünkben az is kiderült, hogy a külföldi munkavállalási szándék 50%-kal csökkent, ha az egyén stabil párkapcsolattal rendelkezett.

Emellett ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk a képzés szintjét és a szakmai tapasztalatokat vizsgálva. A loglineáris elemzés kimutatta, hogy idegen nyelvet nem beszélő diplomás képzéssel rendelkezők 1,68-szor nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön, mint azok, akik alapfokú képzésben részesültek, de beszélnek valamilyen idegen nyelvet. Ez legalább 3 ok miatt ijesztő Magyarországra nézve:

1. a gazdasági veszteség sokkal nagyobb a felsőfokú diplomával rendelkezőket tekintve, részben mert a képzési/pénzügyi befektetés is nagyobb.
2. a gazdasági veszteség azért is nagyobb egy felsőfokú diplomás esetében, mert egy ilyen ápoló produktivitási szintje is magasabb, mint egy diplomát még nem szerzett ápolóé.
3. diplomával rendelkező ápolók oktatóként is funkcionálnak, így elvándorlásuk az egész magyar ápoló képzési rendszer jövőjét kockáztatja.

A külföldi munkavállalás mellett szóló legmeghatározóbb tényező a nyelvtudás. Azok, akik beszélnek legalább egy európai nyelvet, 2,9-szer nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön azokhoz képest, akik csak magyarul beszélnek.

Arra is megkértük válaszadóinkat, hogy sorolják fel az okokat, hogy miért is dolgoznának külföldön. Ez nem volt az eredeti elemzésünk része, de ide jól beilleszthető. A lista tetején a „magasabb fizetés, pénzügyi helyzet javítása” szerepelt, ezt követte a „munkafeltételek javítása”, és a „jobb karrierlehetőségek és önmegvalósítás”. A felsorolás megerősíti a NEXT vizsgálatokat, miszerint a kevésbé elismert ápolók (mind anyagi, mind karrier szempontból) sokkal szívesebben vonzódnak az olyan rendszerek felé, ahol ezek a feltételek megvalósíthatók.

Végezetül megvizsgáltunk két regressziós modellt, ami az ápolók végzés utáni munkába állását (hallgatói modell) és a következő évben is ápolóként funkcionálást (gyakorlatban dolgozók modellje) elemezte. Mindkét modell fontos üzenetet közvetített.

A hallgatókat vizsgálva a képzéssel való elégedettség és pozitív tanulási tapasztalatok nagyban befolyásolták a végzés utáni munkába állást. Azt is tapasztaltuk, hogy a felsőfokú képzésben részt vevő ápolók végzés után sokkal valószínűbben térnek vissza és folytatják ápolói munkájukat.

Érdekes, hogy egészségügyben dolgozó házastárs vagy családtag negatívan befolyásolja a hallgatók szakmában való elhelyezkedési szándékát. Ennek az ellenkezőjére számítottunk. Csak találgatni tudtunk, hogy a több tapasztalattal rendelkező, elégedetlenebb és a kiegészítés magasabb szintjén álló családtag nem szeretné, hogy gyermeke vagy házastársa elkövesse ugyanazt a „hibát”. Ez a feltételezés több kutatást igényel, mert nem történt adatgyűjtés ebben a felmérésben igazolni ezt az állítást.

A NEXT-felmérés során egészségügyi és személyes tényezők (kiégés, általános egészségi állapot), családi körülmények (munkahely – otthon konfliktus, anyagi helyzet, partnerrel töltött idő), szociális munka környezet (vezetőség milyensége, főnövérrel való kapcsolat, orvosokkal való kapcsolat), munkával való elégedettség (mennyiségi követelések, agresszív betegeknek való kitétel, betegségeknek, szenvedésnek, zajnak, éghajlatnak való kitétel) és munkaszervezés (fejlődési lehetőségek, munkahelyi hatások, nem ápoláshoz tartozó feladatok ellátása, ellentmondó sorrend, hatások beosztás-szervezéskor, időkényszer) játszották a legfontosabb előrejelző tényezők szerepét a pályaelhagyási szándék vizsgálatakor. A mi gyakorlatban dolgozó csoportunkban sok szerepelt a fenti tényezők közül, mint a pályán maradás fontos előrejelző tényezői (csökkent a pályaelhagyási szándék). A munkahelyi feltételek és a munkaszervezés (rugalmas beosztások, műszakok száma és fejlődési lehetőségek) és a szociális munka környezet (vezetés és munkatársak felől érkező támogatás) mindkét felmérésben gyakori előrejelző tényezők voltak. Azonban a személyes egészségi állapot nem jelentkezett szignifikáns tényezőként a mi felmérésünkben.

Ez talán köszönhető az egészségügyi állapotban mért különbségeknek vagy a ténynek, hogy a magyar társadalomban ez az alkalmazásnak nem meghatározó tényezője.

Mindemellett a nyelvismeret felmérésünkben szignifikáns előrejelző tényező (az európai felmérés során a nyelvtudás nem szerepelt az elemzett területek között). A nyelvtudás csökkentette az ápolásban való dolgozás valószínűségét. Ez azt jelenti, hogy nemcsak a külső, de a belső munkaerő piac is éppúgy elismeri a jobb nyelvtudással rendelkező ápoló jelölteket. Egyre elterjedtebb az ápolók körében, hogy sokan keresnek és találnak az egészségügyön kívül munkát, pl. multinacionális cégeknél, kommunikációs képességeik miatt.

Ugyancsak a nyelvi képességekkel összekapcsolva, ápolók gyakran bukkannak fel a kereskedelem, marketing pozíciókban.

A legnagyobb különbség a mi felmérésünk és a NEXT modell között a pályán maradást előrejelző ösztönzők szerepének meghatározásában volt. Az európai modell a megfelelő fizetést és a fejlődési lehetőségeket hangsúlyozta, melyeknek fontos szerepe van a pályán maradás eldöntésében. A magyar modell nem vizsgálta a fizetés szerepét a pályán maradás esetében. Ez ellentmondás a mi adatainkkal. Amikor a fizetést is bevettük a független változók közé a regressziós modellünkben, az eredmények nem tértek el jelentős mértékben. Azonban amikor arra kértük az alanyokat, hogy állítsák sorrendbe a külföldi munkavállalás mellett szóló legfontosabb okokat, a lista tetején a jobb fizetés és az anyagi biztonság állt. Az európai és a magyar eredmények közötti különbség a felhasznált mutatókkal magyarázható.

Mi nem igazán gyűjtöttünk információt arról, hogy az ápolók jelenleg hogyan vannak megfizetve. Ehelyett mi a „fizetéssel való elégedettség” kifejezést használtuk az anyagi elismerés mérésére. Ha tényszerű adatokat használtunk volna az ápolók jövedelmének vizsgálatára, a fizetésnek is más szerepet szánhattunk volna a pályán maradás előrejelzésében.

Végezetül alaposan megvizsgáltuk az Aiken és munkatársai által tett feltételt a korbeli különbségekről a pályaelhagyási szándékot tekintve. Az Aiken csoport (2001) úgy találta, hogy a 30 év alatti ápolók nagyobb valószínűséggel hagynák el az ápolást, mint idősebb kollegáik. Bizonyos fokig mi is találtunk bizonyosságot erre a mi modellünkben: a kor meghatározó kapcsolatban áll az ápolás folytatásával. Azonban amikor szétválasztottuk a 30 év alatti ápolók eredményeit a többitől, nem találtunk bizonyosságot arra, hogy a 30 év alattiak pályaelhagyási szándéka különbözne az ápoló társadalom többi tagjához képest. Az egyik lehetséges ok, amiért a mi felmérésünk nem tudta megfelelően mérni ezt a tényezőt, az lehetett, hogy az Aiken csoport sokkal nagyobb mintával dolgozott (43.000 ápoló).

6. 1. 4. Első fázis harmadik szakasz

A harmadik szakasz elsődleges célja az ápoló hallgatók lemorzsolódás arányának meghatározása volt egy magyar mintában. A vizsgált mintára lemorzsolódás volt jellemző, bár ennek szintje a kérdőív értékelése szerint változott. A hallgatóknak durván 7-8%-a jelezte azt a szándékát, hogy tanulmányait nem fejezi be illetve más irányban tanul tovább (orvosi és nem egészségügyi szakon).

Nemzetközi adatokkal összehasonlítva ez az arány összhangban van pl. az Egyesült Államok altató-nővérek lemorzsolódási arányával, de jóval kisebb, mint az egyéb forrásból származó adatok. Ez a különbség valószínűleg a hallgatói összehasonlításnak köszönhető, mert ebben a tanulmányban végzős diákok voltak a minták, míg más tanulmányok első éves hallgatókkal végzett eredményekről számolnak be.

Azt feltételezzük, hogy a lemorzsolódási arány az utolsó évben sokkal alacsonyabb, figyelembe véve a hallgatók tanulmányaikba fektetett energiáját, mint az első éves hallgatók esetén, akiknek kevesebb a veszténivalójuk amennyiben úgy döntenek, tanulmányaik kezdetén felhagynak azzal. Amikor kombinált lemorzsolódási mutatókat alkalmaztunk az arány jelentősen növekedett. Az így kapott 20 - 25%-os lemorzsolódás nagyobb összhangban van a korábbi tanulmányokban szereplő 19 - 27%-os lemorzsolódási aránnyal. A mi és más tanulmányok kutatási eredményei között fennálló különbségek a lemorzsolódási arány tekintetében rámutatnak a lemorzsolódás egységes mérésének és meghatározásának hiányára.

Szigorúan véve csak az egyértelműen negatív válaszokat lehetne elfogadni a lemorzsolódás bizonyítékeként, amikor a hallgatókat az ápolói diploma megszerzésének szándékáról kérdezzük (Mennyire biztos, hogy Ön végez? = „Nagyon bizonytalan”). Amikor bevesszük azoknak a hallgatóknak a válaszát, akik "talán" vagy „nem tudom eldönteni" választ adtak, akkor megnyitjuk a teret, hogy olyan jövőbeli viselkedést jósoljunk meg, amit nem tudunk ellenőrizni. Ahhoz, hogy valós számokat lehessen összehasonlítani a kutatóknak meg kell egyezniük, hogy melyik válaszokat kell számításba venniük a „lemorzsolódás" elemzéséhez, és melyek azok, amiket ki kell hagyni a további elemzésből. Itt az ideje tehát egy egységes, nemzetközi kutatási célokra használható mérési eszköz kidolgozásának, amivel mérni lehet az ápolói lemorzsolódást az oktatásban.

Megfigyeltük továbbá, hogy kisebb azoknak a hallgatóknak az aránya (7,2%), akik jelezték, hogy diploma után nem szándékoznak a pályán elhelyezkedni. Ez a szám nagyon elmarad a Lai és társai által közölt adatoktól (2006), miszerint azonos szándék a tajvani minta 65%-ára volt jellemző. Saját mintánk még akkor is messze e mögött marad, amikor további válasz kategóriákat vontunk be, megnövelve a munkával kapcsolatos lemorzsolódás arányát 25%-ra. Ez a hatalmas különbség lehet a tajvani mintára jellemző, de az is lehet, hogy a két kutatócsoport által alkalmazott mérési eszközök különbségéből adódott.

Sikerült megerősíteni Palese és munkatársai (2009) állítását, miszerint a kórházi elöljárók és főnővérek vezetői képessége nem elsődleges szempont, amikor a friss diplomások az ápolói hivatást választják. A modellbe mi is beépítettünk egy elégedettségi tényezőt, ami a leendő vezetők vezetői képességeivel való elvárásokra vonatkozott. Ez nem mutatkozott szignifikáns előrejelzőnek a diploma megszerzése utáni pályán maradási szándék tekintetében. Prymachuk és munkatársai (2009) valamint Stott (2007) nemekre vonatkozó következtetéseit azonban nem tudtuk megerősíteni. Ezek a szerzők azt állították, hogy az elszigeteltség és a társadalmi kirekesztés jobban befolyásolja a férfi ápoló hallgatók lemorzsolódását, mint női társaikét. Beépítettünk egy demográfiai tételt a felmérésbe a válaszadók nemének azonosítására, mindazonáltal a nemek alapján végzett analízis nem mutatott szignifikáns különbséget a két nem között a diploma megszerzési szándék illetve az ezt követő elhelyezkedési szándék tekintetében. A nemek közötti különbségeket valószínűleg az aktuális minta nemek közötti egyenlőtlensége miatt nem tudtuk kiszűrni (6% férfi, 94% nővel szemben). Végezetül, vizsgálatunk további bizonyítékkal szolgált arra nézve, hogy az oktatási intézmény támogatásának kritikus szerepe van a leendő diplomások pályán tartása szempontjából. Sajnos, megfigyelhető volt a család és a kortárs csoportok növekvő befolyása, ami a végzős diákokat el akarja terelni az ápolói pályától.

Főleg azok a családtagot jelentettek egyértelműen lehúzó erőt a diákok számára, akik az egészségügyben dolgoztak, ellentétben azokkal, akiknek nem volt ilyen közeli hozzátartozója. Minél nagyobb nyomást gyakorolt a család és a kortárs csoport a hallgatókra, hogy hagyjon fel ápolói tanulmányaival a tanulmányt megelőző 6 hónapban, annál kisebb az esély, hogy ez a diák befejezze tanulmányait. Jó hír azonban, hogy regressziós modellünkben a kar támogatása ellensúlyozza a család és a kortárs csoportok negatív hatását. A diákok nagyobb valószínűséggel fejezik be tanulmányaikat és helyezkednek el, mint ápoló, ha azt tapasztalják, hogy az oktatási intézmény és a klinikai személyzet figyelembe veszi egyéni igényeiket. Az üzenet tehát egyértelmű. Mint azt korábban a kutatók már jelentették: miközben a hallgatók különböző impulzusok hatására újraértékelik ápolói karrierjüket, semmi sincs olyan nagy hatással rájuk, mint az oktatási intézmény jó példája, támogatása, irányítása, átadott érték- és erkölcsrendszere, ami egy ápolót igazán jó ápolóvá tesz. Másrészt nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a riasztó ténytet, hogy a hallgatók előzetes ápolói tapasztalatai azonban erős visszahúzó erőnek bizonyult a tanulmányok befejezése és a további pályán maradás szempontjából. A kutatásnak nem volt alkalma felderíteni, hogy ennek oka vajon az, hogy ápolói szocializációjukból és a munkahelyi képzési programból hiányoztak az ápoló képzés megfelelő szakmai elemei, vagy, mert gyakran túl korán megerőltető munkakörülményeknek voltak kitéve. Eredményeink csupán kiemelik annak fontosságát, hogy érdemes azokat a tényezőket újragondolni, melyek úgy tűnik, meghatározóan befolyásolják a tanulók megtartását, és ezeket az iskola befolyásán túl érdemes kibővíteni. Gyakran magától értendőnek tűnik, hogy az előzetes ápolói tapasztalatok a hallgatókat a szakma felé húzzák.

Vizsgálatunk szerint ezek a tapasztalatok az utolsó pillanatig ugyanúgy visszahúzó erőt is jelenthetnek. Úgy véljük, hogy részletesen kutatást érdemes szánni annak felderítésére, hogyan az ápolással kapcsolatos korábbi beidegződések milyen módon akadályozzák a későbbi diplomaszerzést és az ápolói munkát. Ami pedig a regressziós modell prediktív megbízhatóságát illeti, a szerzők elismerik, hogy ezek a független változók csak részben magyarázzák a függő változó varianciáját (23% és 34%). Ez azt is jelenti, hogy a diákok diplomaszerzési szándékuk jelenlegi független változói mellett a variancia 77%-a maradt tisztázatlan, illetve az 66%-os variancia is megmagyarázatlan, hogy miért döntenek a pályán maradás mellett a hallgatók a diploma megszerzése után. Lehet, hogy számos további változó választ tudna adni a diákok döntéseire, amit eszközünkben nem mértünk. Ez nem jelenti azt, hogy a kutatásban használt eszköz nem volt érvényes, inkább felhívás az eszköz finomítására, hogy a jövőbeni kutatásoknál jobban alkalmazhatóvá váljon. Végül, de nem utolsósorban, a mintában jól látható a nemzetközi migráció húzóereje.

A diákok nagyobb valószínűséggel maradnak a pályán a diploma megszerzése után, amennyiben külföldi munkalehetőséget is szóba jön. Idéztük Lai és munkatársait (2008), miszerint a tajvani diák minta 19%-ának nem az ápolói szakma volt az elsődleges választása. Más szemszögből nézve azok, akik "sokszor" vagy "mindig" mérlegelték a külföldi munkavállalást a mi mintánkban 19,4%-ot jelentettek.

Lai és munkatársai tanulmányában lehet, hogy ez a 19% képviseli a hallgatóknak azt a csoportját, akik még a diploma megszerzése előtt elhagyják tanulmányaikat, más szóval, a lemorzsolódás aránya kezdettől fogva legalább 19%. A mi lemorzsolódási arányunk ugyancsak 19% ha a kivándoroló friss diplomásokat a szakma és általában a társadalom veszteségének tekintjük, de legalább is egy Magyarországról való lemorzsolódásnak. A rejtett lemorzsolódás is jellemző volt a megkérdezett hallgatókra, ami tanulmányaik befejezése után nyilvánult meg. Ezzel elismerjük, hogy az első és utolsó éves hallgatókra irányuló mintavételi stratégia olyan mértékben elfogult lehet, hogy a korai illetve látens motivációkat nem veszi figyelembe. A hallgatói lemorzsolódáshoz vezető viselkedési formák teljes körű felderítéséhez azonban több diák csoportot is be kell vonni a jövőbeni kutatások során.

Az elemzés megállapította, hogy a vizsgált mintára jellemző volt a lemorzsolódás. Megerősítettük, hogy az oktatási intézmény szerepe és támogatása befolyásolja leginkább a hallgatók döntését, amikor az ápolói szakma mellett kötelezik el magukat. Megfigyeltük továbbá a család és a kortárs csoportok jelentős negatív hatását a hallgatók diplomaszerezési és pályán maradási szándékát tekintve. Előző tanulmányok erről nem beszélnek, tehát a téma tüzetes vizsgálatot érdemel jövőben kutatások során. A módszertani szempontból egyetértünk Gaynor és munkatársai (2006) felvetésével, aki egységesebb módszereket szorgalmaz az ápolási programok nemzetközi lemorzsolódási arányának számszerűsítésére. Tisztában vagyunk azzal, hogy az általunk a lemorzsolódási változók mérésére kifejlesztett eszköz hiányos és kísérleti jellegű, mindazonáltal reméljük, hogy más kutatók pontosítják megközelítésünket és további értékelési szempontokkal egészítik ki az általunk használt mutatókat, melynek segítségével hatékonyabban előre lehet jelezni, hogy a hallgatók miért döntenek a szakmában maradás illetve annak elhagyása mellett. Arra a következtetésre jutottunk, hogy a lemorzsolódás komoly problémát jelent az ápolói oktatás számára, és ezt több oldalról is meg kell oldani. Az oktatási intézmény odafigyelése és folyamatos támogatása tűnik a legjobb, de nem egyetlen eszköznek a hallgatói lemorzsolódás megelőzésére. A tanulmány korlátai közé tartozik a saját fejlesztésű eszköz, melynek csak a tartalmi érvényessége volt megállapítható.

Nem-rétegzett és a földrajzilag kevésbé átfogó mintavétel további korlátozást jelentett, amely lehet, hogy a magyar ápoló hallgatóknak nem egy reprezentatív mintáját eredményezte. Végül, pedig a szerzők elismerik, hogy a diploma megszerzésére és azután a szakmában való elhelyezkedésre irányuló szándék csupán a tényleges viselkedés legközelebbi megközelítése. Azoknak az ápolóknak a tényleges arányát, akik a diploma megszerzése előtt abbahagyták tanulmányaikat vagy a diplomájuk megszerzése után nem ápolóként helyezkedtek el, csupán egy megfelelő nyomon követést is magába foglaló hosszanti kutatási módszerrel lehetne megbecsülni.

6. 2. Második fázis

A magyar és a cseh minta összevetéséből egyrészt a hasonlóságok megléte bizonyítja a hasonló ápolói magatartást a két ország ápolói körében. Az eltérések között figyelemre méltó a képzettség szintje, amelyben a csehországi főiskolai (és az egyetemi) szint erős jelenléte tükröződik. Az életkort, és a kapcsolódó változókat (gyermekek száma, stb.) is figyelembe véve olyan modell alakítható ki, amely szerint a csehországi hallgatók vagy ápolói tapasztalattal léptek az oktatásba, vagy a főiskolai szint befejezése után léptek még magasabb oktatási szintre. A külföldi kollégákkal is egyeztetve az eredményeket, az a kép bontakozott ki előttünk, hogy a cseh hallgatókban egy erős pozitív beállítottság figyelhető meg az orvosi hivatás iránt. Ennek elérésében közbülső állomásnak tekintik sok esetben az ápolói képzést és szakmai tapasztalatot. Mindezek alapján számíthatunk arra, hogy az idegen nyelv ismeretének változása Magyarországon hatással lesz az ápolóképzésre, a külföldi munkavállalásra. A középiskolások körében, a felsőfokú képzésre jelentkezők arányában már napjainkban is megmutatkoznak ezek a tendenciák. 3 év különbséggel a cseh eredmények lesznek itthon is tendenciózusak.

7. Javaslatok

7. 1. Az ápolás problémáinak megoldására tett javaslatok

A felmérés során kiderült, hogy a pályaelhagyási szándék és a külföldre történő elvándorlás jelen van. Más európai országokhoz hasonlítva Magyarország nem volt rosszabb helyzetben a pályaelhagyást fontolgató ápolók arányát tekintve. Mégis hazánknak komoly gondokkal kell szembenéznie az ápoló munkaerők számát és a nyugdíjazott ápolók utánpótlását tekintve, amely problémák **azonnali kormány-beavatkozást igényelnek.**

7. 1. 1. Javaslatok külföldön

Az EEE problematikája nem magyar sajátosság, a helyzet javítása nemzetközi szinten az egészségpolitika prioritásai között szerepel, ugyanis globális méretű krízis mutatkozik. Ugyanakkor a probléma bizonyos helyi sajátosságok miatt hazánkban még élesebben jelentkezik. Az ápolás problémáinak megoldása érdekében célszerű megismerni külföldi országokban alkalmazott megoldási javaslatokat, és figyelembe venni az európai szakmai szervezetek javaslatait is. E javaslatok a 7. sz. mellékletben kerülnek kifejtésre (7. sz. melléklet).

7. 1. 2. Javaslatok Magyarországon

Időről időre vannak jó kezdeményezések Magyarországon, melyek néhány rendszeresen előforduló hiba okán mégsem valósulnak meg. Így például megszületett a „Vitaanyag az egészségügyben dolgozók helyzetéről” c. munka, mely Kökény Mihály minisztersége idején látott napvilágot, vagy a Rácz Jenő idején született Fehér Könyv. Ezt követően 2008 –ban jelent meg a Biztonság és partnerség című munka, mely a jelenlegi egészségügyi kormányzat által kidolgozott javaslatokat tartalmazza. A programok mindegyike az egészségügy emberi erőforrás-stratégiáját kívánta kialakítani. Baukó és munkatársai is kidolgoztak egy programot a humánerőforrás-hiány probléma főbb okainak megállapítására és megoldási javaslatok megfogalmazására (Baukó, 2003). Úgy tűnik, hogy a politikai változásokra olyannyira érzékenyek ezek a stratégiák, hogy értékük ellenére sem kerülhetnek át a gyakorlatba egy-egy kormányváltás után. (Eke, 2007). A 2008-ban megtartott „Fórum az Ápolásról” rendezvény és az „I. EEE Konferencia” is kidolgozta javaslatait a válságkezeléshez, stratégia kidolgozását. Az egyes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer működésének részletes szabályairól szóló 36/2009. (XI.3.) EüM rendelet kiadása is ezt a célt kívánja megismerni, vajon, milyen létszámra is lenne igazán szükség.

Nehéz értékelni vajon jelenleg sok, elég, avagy kevés az egészségügyi szakember Magyarországon. Különösen nehéz feladat egy intenzív átalakulási fázisban lévő egészségügyi rendszerben (36/2009. (XI.3.) EüM rendelet).

Átfogó adatok hiányában is látszik, hogy baj van az egészségügy emberi erőforrásaival. Mindezek alapján ki kell mondani, hogy a humán erőforrással való ellátottság az egészségügy fokozódó és a rendszer lényegéből fakadó általános problémája, amely nem átmeneti jellegű és spontán megoldódó probléma, hanem átfogó, komplex intézkedést követel.

Szükséges ezért felhívni az egészségpolitikáért felelősök figyelmét az ápolói létszámhiány és okainak – így a pálya (nem) választása és elhagyása - kritikus helyzetére.

Mind országosan, mind egy terület vagy intézmény esetében alapvetően három módon lehetséges beavatkozni az egészségügyi munkaerő-hiány kezelésébe: a hiány kezelésére irányuló tervek elkészítésével, a megfelelő (jog) szabályok létrehozásával, és olyan intézményeket működtetve, amelyek alkalmasak, például a munkaerő-helyzet folyamatos figyelemmel kísérésére vagy pl. a hazatelepülés lehetőségeinek megkönnyítésére. Szükséges megoldási javaslatokat kidolgozni az oktatás helyzetét is figyelembe véve az ápolók szempontjait megnézve az egészségügyi ellátórendszer szintjén és társadalmi szinten is.

7. 1. 2. 1. Megoldási javaslatok a képzésben

Az ápolói pályát választó hallgatók létszámának emelése: A pályaválasztási kedv emelése érdekében növelni szükséges az egészségügy, mint pálya vonzerejét. A szakma vonzerejének növelése érdekében nemcsak a minisztériumnak, hanem az intézményeknek is többet kellene tenni az egészségügyi munka értékeinek, távlati lehetőségeinek bemutatására. Az ápolók és az egyéb szakdolgozók számára egy ösztöndíj-rendszer kialakítása megkezdődött, ez tovább fejlesztendő.

Az ápolóképzésben végzett hallgatók számának emelése: Szükséges a felvehető hallgatói keretszámok emelése. Az intézmények által a képzési lehetőségek támogatása, tanulmányi szerződések által. Szükséges lenne a hatékony kapcsolatépítés a képzőhelyek és a gyakorlóhelyek között.

Az oktatási rendszer átalakítása: A Felsőfokú BSc, MSc ápoló képzésben azon tarthatatlan, felsőfokú ápolóképzést hiteltelenítő szabályozás felszámolása, mely szerint a középfokú végzettségű ápoló ugyanazon, középfokú szakápolói képzést végezheti el, mint a BSc/MSc oklevéllel rendelkező ápoló, ezáltal kompetenciakörük is teljesen azonos. Ennek megvalósítása érdekében a középfokú ápoló képzésre épülő szakápoló képzések körének szűkítése. A BSc és MSc ápoló képzés jelenlegi formában történő továbbvitele mellett azon szakterületek meghatározása, amelyeken kizárólag BSc végzettség birtokában lehet szakosodni. Az orvoscépzés rendszerének megfelelően a BSc/MSc képzésre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzések felsőfokú szakirányú szakképzésekké – és ezáltal államilag finanszírozott képzéssé – történő átalakítása, a hiányzó szakképzések kidolgozása.

A középfokú képzésben képzés vonzóvá tétele a képzési idő csökkentésével és az elsajátítandó tananyagtartalom későbbi BSc képzésbe történő részleges beszámításával.

Ennek eléréséért az ápolási asszisztens képzés megtartása mellett az emelt szintű OKJ ápolóképzés képzési idejének – arányos óraszámcsökkentéssel járó – 3 évről 2 évre történő csökkentése.

Az OKJ ápolóképzés felsőfokú szakképzéssé alakítása (ezáltal a végzettség 30 kredit az esetleges későbbi BSc képzésbe beszámítandóvá válik). A betegellátásban közvetlenül résztvevő középfokú képzések megfelelő minőségének, valamint a középfokú képzések minőségi megszervezését biztosítani képes oktatási intézmények fennmaradásának biztosítása. Ennek megvalósítása érdekében szükséges a középfokú képzések megszervezésére kizárólag az egészségtudományi felsőoktatási intézmények keretében (és a velük együttműködő egészségügyi profillal is rendelkező középfokú oktatási intézményekben) nyíljék lehetőség. Meg kell szüntetni az iskolarendszeren kívüli képzések szabályozásából adódó visszaélések lehetőségét (pl. közel 2000 óras képzés akár töredékére is csökkenthető). A középfokú képzések képzési és vizsgarendszerének átalakításával lehetővé kell tenni, az alkalmatlan tanulók kiszűrését.

Elérni a diplomás ápoló/ápoló (BSc) oklevéllel, az egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc) oklevéllel, valamint a BSc/MSc ápolói végzettségre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzésekben (sürgősségi és triage szakápoló, intenzív szakápoló, műtő szakápoló, dializáló szakápoló, akut betegellátó) szerzett végzettséggel rendelkező ápolók kompetenciakörének rendeleti szintű meghatározását. A felsőfokú ápolóképzések kompetencia listáját érintő szabályozási hiányosság felszámolása. Ennek érdekében az egészségtudományi képzést folytató karok Ápolástudományi Tanszékei közös fórumon tekintsék át e területet és dolgozzák ki a tevékenységi listákat. A folyamat során szükséges a középfokú, emelt szintű ápoló képzések kompetenciakörének a szakmai hibák miatti, valamint a különféle képzési szintek figyelembe vételével történő módosítása, egységes elvek szerinti keretbe rendezése is.

7. 1. 2. 2. Megoldási javaslatok az ápolók számára

A kapacitás ismeretében történjen a létszám tervezése, az ápolói minimum meghatározása: feladatokhoz rendelt munkaerő meghatározása (a német A1S1 rendszer mintájára). Tisztázni kellene mekkora kapacitásra lenne igénye ez ellátórendszernek, ehhez mennyi és milyen képzettségű szakdolgozó szükséges, és a képzésnek ezt kitűzni célul megvalósításra. Az Egészségügyi törvény 98. §-a részletezi, hogy az ápolási folyamatokat az ápolási terv alapján kell végezni, amelyet a kezelőorvos hagy jóvá.

A kompetenciák fentiek szerinti kidolgozása és bevezetése minden egyes ápolói végzettségnek megfelelő szinten nem halogatható tovább. Ennek során a felelősség és a hatáskör delegálása, a feladatkörök és hatáskörök betartása, számonkérése, a képzettségnek megfelelő munka elérése a cél.

Ez adhat alapot a karriertervezés lehetőségeinek megteremtésére, EEE szervező osztályok általi kidolgozására intézményi szinten. Folyamatelemzés, munkaszervezés a szervezetben, az ágysztruktúra és a szervezeti struktúra átgondolása ápolói szemszögből.

A vezető ápolók részére gyakorlatorientált menedzsmentképzésen részvétel és az adminisztrációs terhek csökkentése. A munka elégítse ki a dolgozó szükségleteit, szükséges a munkakapcsolatok javítása, kollektív értékítéletet tükröző jutalmazási rendszer kidolgozása.

Stabilitásra, kiszámíthatóságra, biztonságra való törekvés, a munkahely megtartásának garanciája. Előmeneteli és besorolási rendszer kialakítása, egyéni karriertervek kidolgozása. Emellett maximális, tartós vezetői elkötelezettség, a munkatársak tájékoztatása a rövid-illetve hosszú távú célokról. Igény a fejlesztésre, Life Long Learning teamek létrehozása.

A megbecsültség növelése: A legsürgetőbb feladat a szakma megbecsülésének, presztízsének helyreállítása, a közbizalom visszanyerése. Az egészségügy egészében, de az egyes kórházakban, rendelőkben is komoly lépéseket kell tenni annak érdekében, hogy a felelős sajtó, televízió reálisan és hangulatkeltés nélkül mutassa be az egészségügyet, a benne dolgozókat. Komoly, ilyen érdekvédő szerepet kellene betöltenie a MESZK-nek, és más szakmai szervezetek számára is indokolt, hogy felvegyék a sajtóval való kommunikációt mindennapi feladataik közé.

A bér rendezése: A bérezés javítása megkezdődött, de, a felzárkóztatás a más ágazatokhoz képest sem fejeződött be, nemhogy az európai államokhoz. Reális célként kitűzhető, hogy belátható időn belül a GDP-ből biztosított bér azonos szinten legyen pl. Lengyelországéval. Az ápolási igazgatók szerint legalább 30-40%-os mértékű béremelés lenne szükséges az ápolók körében.

Az ápolói foglalkozás presztízsének növelése: Az ápolói, mint önálló hivatás megvalósulásának elérése. A Népjóléti Minisztérium szervezeti egységeként, 1993. szeptember 15-ével, Surján miniszter úr létrehozta az Ápolási Főosztályt, melynek feladatkörébe tartozott „kidolgozni a széles értelemben vett ápolási ellátás elvi, szakmai, fejlesztési irányait és elősegíteni azok megvalósulását”. Az Ápolási Főosztály keretében Szakképzettségi Osztály és Fejlesztési Szervezési Osztály működött.

A minisztériumból először az ápolási főosztály, majd az ápolási osztály tűnt el, mára a képviselő nem jelentékeny. Szükséges e helyzet sürgős megváltoztatása. Az ápolói intézetvezetők és a tanszékvezetők a mai napig nem a jól képzett ápolókból kerülnek ki. Szükséges e szemlélet és gyakorlat minél hamarabbi megváltoztatása. Az ápolásetikai kérdésekben nem mindig ápolók döntenek. Szükséges az ápolók számára is lehetővé tenni a döntéshozatalban való részvételt. Ausztriában az ápolók a foglalkozások ranglistáján a 4. helyen vannak, megelőzve a banki alkalmazottakat és jogászokat. Szükséges Magyarországon is cselekedni a rangsorban való feljebb jutás érdekében.

Mára éles ellentét alakult ki a magyar és külföldi ápolók helyzetét illetően. Finnországban még ma is „sorban állás” van az ápolói állásért. Amerikában a „regisztrált nurse” hallatára elismeréssel reagálnak. Magyarországon is törekedni kell arra, hogy az ápoló vissza kapja végre rangját és méltó helyét.

Szükséges ezért a társadalmi morál javítása, korrupció visszaszorítása. Ebben óriási szerepe van a bérrendezésnek és a médiának. Emellett helyi szinten is szükséges kidolgozni az ápolók értékelési rendszerét, javítani az elismerést. Jó példa erre a Pándy nővéri cím adományozása, például a gyulai kórházban.

A túlterheltség és a stressz csökkentése: Bizalmi légkör létrehozása és hatékony belső kommunikáció javítása. Személyekhez szabott munkarend: mivel itt közvetlen ember-ember közötti kapcsolatban megnyilvánuló, bizalmi szolgáltatásról van szó, a kapcsolattartás minden más területnél fontosabb. A részmunkaidős foglalkoztatás gyakorlattá válásának elérése, az intézményeket érdekeltté tétele a bevezetésében.

Segítő szolgáltatások kialakítása: elsősorban a gyerekes anyák gondjait csökkentené, ha a munkaidejükhez alkalmazkodva, hosszabban tartana nyitva a bölcsőde, óvoda. Nagyobb intézményekben megfontolandó, hogy célszerű felújítani a munkahelyi óvoda intézményét – vagy érdemes szerződést kötni egy közeli gyermekintézménnyel.

7. 1. 2. 3. Megoldási javaslatok az egészségügyi ellátó rendszerre

Az egészségügyi reform negatív hatásainak csökkentése: Alapvetően szükséges az egészségügyi ráfordítások növelése. Az egészségügyi reform negatív hatásainak csökkentése érdekében szükséges a jelenlegi létszám megtartása és az elbocsátások szűkítése, a jogállás bizonytalanságainak, a kiszolgáltatottságnak a enyhítése. Az önálló ápolási egységek fejlesztése.

A munkafeltételek javítása: Az ápolási eszközök segédeszközök vásárlásának és korszerűsítésének gyorsítása, a diagnosztikai eszközökével azonos ütemű fejlesztése.

Az ápolók munkahelyi egészségfejlesztési lehetőségeinek megteremtése. Az épületek felújítása, a műszerezettség szervezett javítása. Mindenki számára elvárható az, hogy kényelmes körülmények között, jó felszerelésekkel gyógyíthassanak. A nővérszállók fejlesztése lakástámogatási lehetőségek kidolgozása.

7. 1. 2. 4. Megoldási javaslatok társadalmi szinten

A létszámhiány mérséklése – a demográfiai kihívásoknak való megfelelés: Jelenleg kidolgozás alatt van az egészségügyi kormányzat által az Egészségügyi Humánerőforrás Fejlesztési Program. A cél a Támop segítségével humánerőforrás monitoring rendszer eredményes kialakítása és hatékony működtetése.

A pályaválasztási kedv növelésének elérése: A szakma fiatalok számára vonzóvá tétele (ösztöndíj-rendszer), tudatos médiapolitika a pálya vonzásának erősítésére, hiteles promóciós tevékenység.

A pályaelhagyás csökkenésének elérése: Pályán tartás, bérfelzárkóztatás, vidéki munkavállalás esetén lakástámogatás, pályára való visszaállítás. Pályázat útján átmeneti jövedelemtámogatások az „emlékeztető” képzések ideje alatt. Pályán tartás: ha tudjuk, hogy a kiképzett egészségügyi dolgozók egyharmada nem dolgozik az egészségügyben a végzéshez számított öt éven belül, nyilvánvaló, hogy javítani kell a pályán maradás feltételeit. Jogi eszközökkel azonban ma senki nem kötelezhető arra, hogy tanult mesterségét folytassa. Más módszereket kell keresnünk.

A külföldi munkavállalási kedv csökkenésének elérése: A bevándorlás és toborzás eszközeinek etikus használata. A visszatérés lehetőségeinek megteremtése, a fizetés nélküli szabadságra vonatkozó szabályozás felülvizsgálata. A külföldi munkavállalás előnyeinek és nehézségeinek tárgyilagos ismertetése. Hosszú távú humánerőforrás monitorozás és felkészülni a várható tendenciákra.

Államok közötti kétoldali megállapodások létrehozása a probléma megoldására.

8. Irodalomjegyzék

1. A content analysis of survey data. *International Journal of Nursing Studies* 44 (7), 1196-1209.
2. Adrienn S. U.; Miklos Z.; Helga T.; Ildiko Sz.; Ilona R. Z.; Jozsef B. (2010) Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary, *Journal of Clinical Nursing*, (2008. IF: 1.376) – közlésre elfogadva 2010.05.10.
3. Adrienn S. U.; Miklos Z.; Helga T.; Ildiko Sz.; Ilona R. Z.; Jozsef B. (2010) The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary: *Nurse Education Today* (2008. IF: 0.702) – közlésre elfogadva 2010.04.26.
4. Ágoston I., Vas G., Imhof G., Endrei D., Betlehem J., Boncz I. (2009) A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai, *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 5. 3-7.
5. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (16), 1987-1993.
6. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., Shamian, J. (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries [Electronic version]. *Health Affairs* 20(3), 43–53.
7. Alexander, M. (2001) Editorial. *Journal of Intravenous Nursing* 24, 143–144.
8. Alspach, G. (2000) Editorial: another nursing shortage wake-up call? *Critical Care Nurse* 20(6), 8–12.
9. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2001a) AACN's Nursing Shortage Fact Sheet. Retrieved 8 October 2001.
<http://www.aacn.nche.edu> Letöltve: 2010.06.06.
10. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2001b) Enrollments Rise at US Nursing Colleges and Universities Ending a Six-Year Period of Decline. Retrieved 20 December 2001.
11. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2002). Nurse Reinvestment Act at a Glance. Retrieved 16 December 2002.
<http://www.aacn.nche.edu/Media/NRAataglance.htm> Letöltve: 2010. 06. 06.
12. American Organization of Nurse Executives(AONE) (2001) Strategies to Reverse the New Nursing Shortage. Retrieved 9 October 2001,
http://www.aone.org/news/tricouncil_shortage%20strategies.htm,
Letöltve: 2010. 06. 06.
13. Anyangwe, S.C., Mtonga, C. (2007) Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 4(2), 93-100.
14. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health, WHO, (2007)
http://www.who.int/hrh/tools/assessing_financing.pdf Letöltve: 2010.06.06.
15. Balázs P. (2005) Migrációs hatások leképeződése a magyar orvostársadalomban, *IME* IV. 2.
16. Balogh Z. (2008) Doktori értekezés: Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén.
17. Balogh Z. (2010) „Tessenek minket jobban elismerni!”- Interjú Dr. Balogh Zoltánnal, *Motesz Magazin*, XVIII. (1), 29-34.
18. Balogh Z.(2009) Tények a szakdolgozók migrációjáról
<http://www.meszk.hu/index.php?content=171> Letöltve: 2010. 06. 06.

19. Balogh Z., Boldogné Cs. M., Borbás I., Bugarszki M., Jakab Zs., Kovács E., Kovácsné K. J., Lakó E., Simkó K., Tóthné F. Gy., Vártok J.(szerk.) (2008) Az ápolás helyzete Magyarországon. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
20. Balogh Z., Dr. Betlehem J., Papp K., Tulkán I., Kovácsné Dr. T. Á.(2009) Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban, *Nővér*, 22. (1), 8.
21. Balogh Z., Kárpáti Z. (2008) A Kamara módosító javaslatai a személyi minimumfeltételek átalakítására. *Hivatásunk* 3.(3), 2-3.
22. Baráthné, K. Á, és Lantos, Zs. (1999) Diplomás ápolók a munka világában a Vas Megyei Markusovszky kórházban. *Nővér*, (2) 3-8.
23. Barnett, T., Cross, M., Shahwan-Akl, L., Jacob, E. (2009) The evaluation of a successful collaborative education model to expand student clinical placements. *Nurse Education Practice* Epub 2009 Feb 23.
24. Baukó M.(2003): Humán erőforrás-hiány az egészségügyben – rövid vagy hosszú távú probléma? *Egészségügyi Menedzsment* (07-08), 45-52.
25. Beecroft, P.C., Santner, S., Lacy, M.L., Kunzman, L., Dorey, F. (2006) New graduate nurses' perceptions of mentoring: six-year programme evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 736-747.
26. Beszámoló az egységes ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer adatai alapján az ágazati humán erőforrás 2009. évi helyzetéről. Budapest, 2010. január
http://www.eekh.hu/letoltesek/HR_beszamolo.pdf Letöltve: 2010.06.06.
27. Betlehem J. - Sütő-N. T. - Goján R. (2003) Nemzetköziesedés az ápolóképzésben. Egy nemzetközi projekt tapasztalatai, *Magyar Felsőoktatás* 7. (9-10), 18-21.
28. Betlehem J.(2008): Átalakuló egészségtudományi felsőoktatás. *Nővér*, 18.(4), 27.
29. Betlehem J., Boncz I., Kriszbacher I., Illei Gy., Tahin T., Bódis J. (2008) Az ápolóképzés változása hazánkban az Európai Felsőoktatási Térségben, *IME VII.* (1), 28-32.
30. Betlehem, J., Boncz, I., Kriszbacher, I., Olah, A. & Bodis, J. (2007) The export of nurses from Europe to the United States. *American Journal of Public Health* 97 (12), 2119-2120.
31. Bódis József , Kriszbacher I. (2006) Elindult a doktori (PhD) képzés Karunkon, *Összekötő, A PTE EK Információs Lapja*, 15. (2), 5.
http://etk.ptt.hu/osszekoto/osszekoto_2006_marcus.pdf Letöltve: 2010. 06. 06.
32. Bodrogi B. és Kálmán Zs. (2001) Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrieréről. *Nővér*, 14.(5), 16-19.
33. Bolváry G. – Ágoston É.– Vargha K. (2006) Az egészségügyi eszközellátottság elemzése, a jelenlegi ellátottság mutatói. *Kórház és Orvosteknika XLIV.* (3), 75-81.
34. Borbás I. - Dr. Kincses Gy., (szerk.) (2007) Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Egészségügyi Rendszertudományi Iroda Budapest, Egészségügyi dolgozók c. fejezet.
35. Boyden K.M. (2000) Development of new faculty in higher education. *Journal of Professional Nursing* 16, 104–111.
36. Brendtro M. & Hegge M. (2000) Nursing faculty: one generation away from extinction? *Journal of Professional Nursing* 16, 97– 103.
37. Brewer C. & Kovner C.T. (2001) Is there another nursing shortage? What the data tell us. *Nursing Outlook* 49, 20–26.
38. Buchan J. (2000) Nursing Workforce Data 1999/2000. A Special Report, Chamberlain Dunn Associates, London.
39. Buchan, J., Parkin, T., Sochalski, J. (2003) International nurse mobility: Trends and implications. WHO: Genova: World Health Organization, Switzerland.

40. Buerhaus P.I., Staiger D.O. & Auerbach D.I. (2000) Implications of an aging registered nurse workforce. *The Journal of the American Medical Association* 283, 2948–2954.
41. California Nurses Association (2002) California Nurses Association Position Statement on RN Staffing Ratio. Retrieved 5 November 2002.
<http://www.calnurse.org> Letöltve: 2010. 06. 06.
42. Campbell, A.R., Davis, S.M. (1996) Faculty commitment: retaining minority nursing students in majority institutions. *Journal of Nursing Education* 35(7), 298-303.
43. Chris Mullen (2003) Commentary: an English perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 335–350 343.
44. Christmas, K. (2008) How work environment impacts retention. *Nursing Economics* 26(5), 316-318.
45. Cleary, M., Happell, B. (2005) Recruitment and retention initiatives: nursing students' satisfaction with clinical experience in the mental health field. *Nurse Education Practice* 5(2), 109-116.
46. Coenen A. & Schoneman D. (1995) The nursing minimum data set: use in the quality process. *Journal of Nursing Care Quality* 10, 9–15.
47. Coffey-Love M. (2001) Said another way: the nursing shortage: what is your role? *Nursing Forum* 36, 29–35.
48. Couch D. (2003) As if by Magic. *Nursing Times* 99, 21—23. Integrative literature reviews and meta-analyses Nursing shortage
49. Csapóné E. E. (2004) A diplomás ápoló hallgatók pályaképének alakulása, Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója, Nyíregyháza, 2001. április 20-21.
50. Cseri L. (2002) Az ápolói rang elvesztése és visszaszerzése, *Nővér*, 15 (5), 13-17.
51. Csetneki J. (2008) Ápolók kritikus helyzetben, *Ápolásügy*, 22. (1), 3-4.
52. Csetneki J. (2008) Nehéz helyzetben az ápolók, *Ápolásügy*, 22. (2), 2.
53. Csetneki J., Dr. Szócska M. (2008) Emberi erőforrás krízis az egészségügyben. Egy ápolói fórum ürügyén. *Semmelweis Egyetem IX. (8)*, 06.20.
<http://www.ujzag.sote.hu/se200808/20080815.html> Letöltve: 2010.06.06.
54. DE EK Tanulmányi Osztály (2009) A DEEK-n kiadott oklevelek száma ápoló szakon/ szakirányon 1997-2008 között
55. De Raeve P (2008) From Green Paper to Action: Political Commitment Needed. European Federation of Nurses Associations. Conference to launch the Green Paper on the EU Workforce for Health, Brussels, 10 December 2008.
56. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/ev20081210_co01_en.pdf
57. <http://www.eekh.hu/letoltesek/atadas/beszamolo.pdf> Letöltve: 2010. 06. 06.
58. De Raeve P. (1994) Human resources allocation based on the nursing minimum data set and the performance model. *The Belgium Hospital* 2, 8–17.
59. De Raeve P. (2003) Commentary: A European perspective *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 335–350.
60. Dean-Baar S. (2001) Nurses can help to counteract the nursing shortage. *Rehabilitation Nursing* 26, 2.
61. Department of Health (DOH) (1999) Agenda for Change: Modernising the NHS Pay system. Department of Health, London.
62. Department of Health (DOH) (2000) The NHS Plan. Department of Health, London
63. Department of Health (DOH) (2002) HR in the HNS Plan. Department of Health, London.
64. Diplomás ápolóképzés curriculumja, Bevezetésre kerül az 1993-94-es tanévtől a Debreceni Orvostudományi Egyetem, Pécsi Orvostudományi Egyetem, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskoláin

65. Domrose C. (2001) You can go home again. NurseWeek 1, 13–14.
66. Dosch, MR., Jarvis, S., Schlosser, K., (2008) Attrition in nurse anesthesia educational programs as reported by program directors: the class of 2005. AANA Journal 76(4), 277-281.
67. Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe (humán erőforrás az európai egészségügyben), Open University Press, Anglia. Edited by Hans-Martin Hasselhorn Bernd Hans Müller Peter Tackenberg University of Wuppertal NEXT-Study Coordination A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475) coordinated by the UNIVERSITY OF WUPPERTAL www.next-study.net
68. Egészségügy, Szociális és Családügyi Minisztérium (2004) Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről az átalakuló egészségügyben.
69. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv. Budapest. (2008)
70. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2008) Összefoglaló Tájékoztató az egészségügyben dolgozók létszám- és bérhelyzetéről 2008. I. negyedév http://ns1.eski.hu/new3/adatok/berstatisztika/negyedebes-CD/2008Q1_vez.pdf
71. Eke E., Girasek E., Szócska M., (2009) Egészségügyi emberi erőforrás kihívások és lehetőségek, Nemzetközi kitekintés, hazai kép, kutatási eredmények, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (SE EMK)
72. Eke E., Girasek E. , Szócska M.(2009) A migráció a magyar orvosok körében, Statisztikai Szemle, 87. (7-8), 795-827.
73. European workforce for health, Brussels, 15 July 2009
74. EUROPOP 2008 konvergencia-forgatókönyv (a 2008-as adatokon alapuló nemzeti népesség-előrejelzések szerint).
75. Farella C. (2001) Ten ways to nix the nursing shortage. Nursing Spectrum 2, 8–10.
76. Feith H. J., Kovácsné T. Á., Balázs P. (2008) Külföldi munkavállalási kedv diplomás ápoló hallgatók körében, Magyar epidemiológia, 5. 40.
77. Fésüs L (2004). Európai uniós ország lettünk!, MOTESZ Magazin 2-6.
78. Finlayson, B., Dixon, J., Meadows, S. & Blair, G. (2002) Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage. British Medical Journal 325 (7363), 538–541.
79. Fodorné, Z. O., Zagyi, B. (2004) Helyzetkép az egészségügy humán erőforrás ellátottságáról, különös tekintettel az oktatásra, Egészségügyi Gazdasági Szemle 42. (4), 24-32.
80. Fónai, M., Pattyán, L., és Szoboszlai, K. (2001) Szociális munkások pályaképének néhány eleme. Esély, (1), 114 -134.
81. Fónay M. – Péntes M. (szerk), (2009) A migráció integrált társadalmi megközelítései, Észak- Kelet Magyarországi szenvedélybetegségeket megelőző egyesület, Human — net Alapítvány, Nyíregyháza
82. Forgács I. (2006) Az egészségpolitika alapelvei, IX., 607. Megelőző orvostan és népegészségtan, (szerk.) Ádány Róza, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006.
83. Frits T. (2003): Hiány az egészségügyben: ahol a globalizáció, az ápolószemélyzet és a migráció találkozik. Egészségügyi Gazdasági Szemle 41. (3), 61-64.
84. Gabriel B. A. (2001) Wanted: a few good nurses addressing the nation's nursing shortage. Reporter 6. Retrieved 9 October 2001, <http://www.aamc.org/newsroom/reporter/march01/nursing.htm> Letöltve: 2010.06.06.
85. Gaillard A.-M. & Gaillard J. (2001) Brain drain to brain gain. Sources 132, 4–6.
86. Galambos A. - Vízvári L. (2002) Európai Uniós csatlakozásunk az egészségügyi szakképzés és ellátás szempontjából. Etinfo, V. (6), 6-7.

87. Garaj Erika: Pályakép, de kinek? - A migráció és kezelési stratégiái a hazai egészségügyi intézményekben (2008) Egészségügyi emberi erőforrás Fórum I. Országos Konferencia, Budapest, SE-EMK
88. Gaynor, L., Gallasch, T., Yorkston, E., Stewart, S., Turner, C. (2006) Where do all the undergraduate and new graduate nurses go and why? A search for empirical research evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing* 24 (2), 26-32.
89. Girasek E. – Eke E. – Szócska M. (2007) Külföldi munkavállalás Hogyan látják az elsőéves orvostanhallgatók? Felsőoktatási műhely
www.felvi.hu/bin/content/dload/felsooktatasiaruhely/FeMu_0701/faruhely_2007_01_girasek_eke_szocska.pdf Letöltve: 2010.06.06.
90. Glossop, C.,(2002) Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students' leaving reasons. *Nurse Education Today* 22 (5), 375-386.
91. Gyurisné P. Zs. (2002) Az ápolás humánereforrás kérdései. 15 (1), 18-22.
92. Halmosné M. M. (2008) „Volt egyszer egy ápoló” 7.(1), 32-36.
93. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH.(eds) (2003) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: Elanders Gotab.
94. Heller B.R. & Nichols M.A. (2001) Workforce development in nursing: priming the pipeline. *Nursing and Health Care Perspectives* 22, 70–74.
95. Hemsley-Brown J. & Foskett N.H. (1999) Career desirability: young people's perceptions of nurses as a career. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1342–1350.
96. HFA-DB. Koppenhága, WHO Regionális Európai Hivatala (2009)
<http://www.euro.who.int/hfadb> Letöltve: 2010.06.06.
97. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.
Letöltve:2010.06.6.
98. <http://intlnursemigration.org/> Letöltve: 2010. 06. 06.
99. <http://mighealth.net> Letöltve: 2010. 06. 06.
100. <http://www.aacn.nche.edu/Media/NewsReleases/enrl01.htm> Letöltve: 2010. 06. 06.
101. http://www.eszcsn.hu/eszcsn/eszcsn.news.page?pid=DA_23448Letöltve:2010.06.6.
102. <http://www.hhs.gov/news> Letöltve: 2010. 06. 06.
103. <http://www.novermunka.hu/> Letöltve: 2010. 06. 06.
104. http://www.nursingworld.org/ojin/ topic14/tpc14_4.htm Letöltve: 2010. 06. 06.
105. http://www.weborvos.hu/egeszseggpolitika/munkaerohiany_mindenutt_gond_van_nalu_nk/114694/ Letöltve: 2010. 06. 06.
106. <http://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf> Letöltve: 2010. 06. 06.
107. Hudák A. —Gellérné Dr. Lukács É. (2003) A magyar diplomák értéke az Európai Unióban. Európai Füzetek 25. MEH - Külügyminisztérium 10-12.
108. Hudák-Gellér-Kiss-Lukács (2003) A diplomák és szakképesítések kölcsönös elismerése az Európai Unióban és Magyarországon. EszCsM 2003.
109. Humphries, N., Brugh, R., McGee, H. (2008) Overseas nurse recruitment: Ireland as an illustration of the dynamic nature of nurse migration. *Health Policy* 87 (2), 264-272.
110. Ian E. T. - Kath M. M. - Nenneth M. B. (1999) Ápolási Etika, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
111. Illei Gy.(2003) Ünnepi beszéd, a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar diplomaosztó ünnepségén (2003. február 22.)
112. International Council of Nurses – (ICN) (2005) Career Moves and Migration: Critical Questions <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1141> Letöltve: 2010.06.06.

113. International Council of Nurses (2005)
<http://www.intlnursemigration.org/research.shtml#icn> Letöltve: 2010. 06. 06.
114. Iván, L. (1999) Az idősgondozás helyzete Európában. *Nővér*, 12. (6), 9-13.
115. Janiszewski Goodin, H. (2003) The nursing shortage in the United States: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4), 335–350.
116. Jeffreys, M.R. (2007) Tracking students through program entry, progression, graduation, and licensure: assessing undergraduate nursing student retention and success. *Nurse Education Today* 27 (5), 406-419.
117. Joint Learning Initiative Strategy Report (2005) Human Resources for Health, Overcoming the Crisis: Harvard University Press, September 2005.
118. Katalin É., Adrienn U. S., Gabriella Cs., József B., László G., (2009) EurHOMAP kutatás, országjelentés összeállításában való részvétel: Country Summary for Hungary
119. Kincses Gy., Ajtonyi Zs. (2006), A humán erőforrás-gondok okai és a megoldási lehetőségek, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 44. (2), 5-9.
120. Kiss, E. és Schüttler, T. (1985) A középiskolások pálya- és iskolaválasztási szándéka és értékorientációja. Országos pedagógiai Intézet: Budapest, 11-26.
121. Kline, M.W., Ferris, M.G., Jones, D.C., Calles, N.R., Mizwa, M.B., Schwarzwald, H.L., Wanless, R.S., Schutze, G.E. (2009) The Pediatric AIDS Corps: responding to the African HIV/AIDS health professional resource crisis. *Pediatrics*, 123 (1), 134-136
Klinik Management, (2009) 57. (3), 8-12.
122. Kober, K., Van Damme, W. (2004) Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet*, 364, (9428) 103–107.
123. Kovácsné, TA., Feith, H., Balázs, P. (2004) A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyása. *Nővér* 17. (6), 9-13.
124. Köbli M., Dr. Nagy L., Pálfiné Dr. Sz. I. (2008) Kiegészítő szindróma vizsgálata az ápolók körében. *Nővér* 21. (6), 11-20.
125. Lai, H.L., Lin, Y.P., Chang, H.K., Chen, C.J., Peng, T.C., Chang, F.M., (2008) Is nursing profession my first choice? A follow up survey in pre-registration student nurses. *Nurse Education Today* 28 (6), 768-776.
126. Lai, HL., Peng, TC., Chang, FM. (2006) Factors associated with career decision in Taiwanese nursing students: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (5), 581-588.
127. LaMastro, V. (2001) Influence of perceived institutional and faculty support on college students' attitudes and behavioral intentions. *Psychological Reports* 88 (2), 567-580.
128. Léderer P. (1977) A foglalkozások presztízse. Gondolat Kiadó, Budapest.
129. Lorenzo M, Galvez-Tan J, Icamina K, Javier L. (2007) “Nurse Migration from a Source of Country Perspective: Philippine Country Case Study” *Health Services Research*.
130. Magyarországi Női Alapítvány (MONA) tanulmánya az „Újra eséllyel” E/4. sz. Equal projekt részére, Neményi M.– Kende A.: Kórházi vezetőkkel készült interjúk elemzése
www.equalhungary.hu Letöltve: 2010. 06. 06.
131. Massachusetts Nurses’ Association (2001) The nursing shortage – A “to do” list for the profession: MNA issues report on short and long-term initiatives. *The Massachusetts Nurse* 71, 1–10.
132. Mee C.L. & Carey K.W. (2001) Nursing 2001 salary survey. *Nursing* 2001 31, 44–47.
133. Miers, M.E., Rickaby, C.E., Pollard, K.C., (2007) Career choices in health care: is nursing a special case?
134. Mullen C. (2003) A Force for Good. *Health Service Journal* 113, 34–35.

135. Munkaerőhiány: mindenütt gond van, nálunk pedig még nagyobb a baj
http://www.weborvos.hu/egeszseggpolitika/munkaerohiany_mindenutt_gond_van_nalunk/114694/ Letöltve: 2010. 06. 06.
136. Müncheni deklaráció (2000) Ápolók és szülésznők: erő az egészség szolgálatában, Nővér 13. (4), 27-29.
137. Myall M., Levett-Jones, T., Lathlean, J. (2008) Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. Journal of Clinical Nursing 17 (14), 1834-1842.
138. NAL (2008) Kritikus helyzetben az ápolás. Szakmai fórum az ápolásért, IME VII. (4), 21-22.
139. National League for Nursing (2001) A Washington Perspective: Nursing Shortage in the Limelight on Capitol Hill. Retrieved 9 October
<http://www.nln.org/misc/> Letöltve: 2010. 06. 06.
140. Nevidjon B. & Erickson J.I. (2001) The nursing shortage: solutions for the short and long term. Online Journal of Issues in Nursing 6. Retrieved 9 October 2001, from http://www.nursingworld.org/ojin/topic14/tpc14_4.htm
141. NEXT Scientific Report July 2005, Edited by Hans-Martin Hasselhorn Bernd Hans Müller Peter Tackenberg University of Wuppertal NEXT-Study Coordination A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475) coordinated by the UNIVERSITY OF WUPPERTAL
www.next-study.net Letöltve: 2010. 06. 06.
142. O'Brien, T. (2007) Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. Journal of Clinical Nursing 16 (12), 2229-2236.
143. OECD (2007) Trends in Severe Disability among Elderly People (időskori súlyos fogyatékosági trendek), DELSA/HEA/WD/HWP
144. OECD- tanulmány az egészségügyi dolgozók migrációjáról (2008)
145. OECD-Studie zur Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen: Länderübergreifende Ansätze erforderlich
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=32546> Letöltve: 2010. 06.
146. Ohio Hospital Association (OHA) (2001b) Nursing Shortage Bills Move on Capitol Hill. Retrieved 11 November 2001.
<http://www.ohanet.org/healthnews/> Letöltve: 2010. 06. 06.
147. <http://www.ohanet.org/healthnews/> Letöltve: 2010. 06. 06.
148. OPINION of the European Economic and Social Committee on the Green Paper - European workforce for health, COM (2008) 725 final
<http://www.eesc.europa.eu/documents/opinions/avis.asp?type=en>
 Letöltve: 2010. 06. 06.
149. Palese, A., Tosatto, D., Mesaglio, M. (2009) Process and factors influencing Italian nurse graduates' first choice of employment: a descriptive study. Journal of Nurses and Staff Development 25 (4), 184-190.
150. Pálfi F: (2006) Amikor már kihűlt a láng: A kiegészítő vizsgálata ápolók körében. Informatika és Menedzsment az egészségügyben (IME): Járóbeteg Szakellátási és szakdolgozói különszám IV. (10), 31-35.
151. Park, J.R., Chapple, M., Wharrad, H., Bradley, S. (2007) Early nursing career experience for 1994-2000 graduates from the University of Nottingham. Journal of Nursing Management 15(4), 414-423.
152. Patricia A. Potter-Anne Griffin Perry (1999) Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
153. Páva H.- Kovács R. (2003) Az egészségügyi diplomák és szakképesítések elismerési rendje. Európai Füzetek 29. MEH - Külügyminisztérium 19-22.

154. Pikó, B. (1999) Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. (1), 79-89.
155. Prymachuk, S., Easton, K., Littlewood, A. (2008) Nurse education: factors associated with attrition. *Journal of Advanced Nursing* 65 (1), 149-160.
156. Rella, S., Winwood, P.C., Lushington, K. (2009) When does nursing burnout begin? An investigation of the fatigue experience of Australian nursing students. *Journal of Nursing Management* 17 (7), 886-897.
157. Réthelyi M. (2003) Az ápolók szerepe, helye, kompetenciája a jövő egészségügyében. *Magyar Orvos* 3.(1), 3.
158. Royal College of Nursing (RCN) (1998) Snapshot Survey of Impact of Nurse Shortages on Patient Care. Royal College of Nursing (UK), London.
159. Royal College of Nursing (RCN) (2000) Local Needs, Local Solutions. Royal College of Nursing (UK), London.
160. Sharples, K., Kelly, D., Elcock, K. (2007) Supporting mentors in practice. *Nursing Standard* 21(39), 44-47.
161. Shih, W.M., Chuang, S.H., (2008) Factors influencing student nurses' career choices after preceptorship in a five-year junior nursing college in Taiwan. *Nurse Education Today* 28 (4), 494-500.
162. Sigma Theta Tau International (STTI) (2002) Johnson & Johnson launches campaign to reduce nursing shortage. *Excellence in Nursing Education and Research* 3, 2.
163. Siket A. (2000) Az oktatás és képzés kutatása. *Nővér*, 13. (4), 15 -23.
164. Siket A., Csontos A. (2005) A diplomás ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata, *Nővér Praxis*, (5), 12-16.
165. South Dakota Nurses' Association (SDNA) (2001) Addressing the shortage: South Dakota activities. *The South Dakota Nurse* 43, 16.
166. Stott, A. (2007) Exploring factors affecting attrition of male students from an undergraduate nursing course: a qualitative study. *Nurse Education Today* 27 (4), 325-332.
167. Strasszné B. C., Dr. Tiringier I. (2008) Egészségügyi dolgozók munkaerőpiaci helyzetének elemzése, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet <http://mediatar.eti.hu/medialib/2D2739CD-7BB5-252E-9A54-67ED35D434F8.pdf>
168. Szabadfalvi A. (2004) Emelkedő átlagéletkor, növekvő kór, Demográfiai változások hatása az egészségügyi ellátásra, *Kórház*, 11. 46-48. o. <http://www.biolabor.hu/korhaz-demogr.pdf> Letöltve: 2010. 06. 06.
169. Szicsek M. (2004) A kiegészítő és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában, *KHARON Thanatológiai Szemle* VIII. 4. (1-2), 88-131.
170. Szkrajcsics, D. (2005) A migráció jelentősége az ápolók körében. *ETInfo*, 8 (1), 16-19.
171. Szloboda I. (2004) A 2002. évi 50%-os béremelés és tanulói társadalmi ösztöndíj hatása a szakdolgozói létszámellátottságra és létszámutánpótlásra észak-kelet Magyarország hat megyéjében. *Nővér* 17. (3), 3-10.
172. Szócska M., Eke E., Girasek E. (2007) Az egészségügy emberi erőforrásai, Felmérés az orvosok migrációs szándékairól és azok motivációs erőteréről, a fizetési elvárásokról és a pályaválasztás faktorairól, Letöltve: 2010. 06. 06. http://hsmtc.hu/wp-content/uploads/2008/03/2007_2008_elsoeves_gyorsjelentess080311.pdf
173. Szónoky A. G. (2004) Európai kihívások a foglalkoztatás területén a csatlakozás előtt és után Magyarországon. In: II. Magyar Földrajzi Konferencia Szeged. 2004. www.geography.hu/rom Letöltve: 2010. 06. 06.

174. Texas Nurses' Association (2001) TNF's message: nursing is a great career choice! Resources expanding for nursing career information. Texas Nursing 75, 12–13.
175. The Bologna Declaration of June, 1999.
www.bologna-berlin2003.de/pdf/bologna_declaration.pdf Letöltve: 2010. 06. 06.
176. Thompson L.S., Young A.F., Heller B.R. & Farrow A.C. (2001) An educational model to build the future nursing workforce. Policy, Politics, and Nursing Practice 2, 196–199. USA Department of Health and Human Services (2001) HHS awards \$27.4 million to address emerging nursing shortage. HHS News. Retrieved 9 October
177. Tjadens, Frits (2003): Hiány az egészségügyben - ahol a globalizáció, az ápolószemélyzet és a migráció találkozik, In: Egészségügyi gazdasági szemle, 2003. (41) 3. 61.
178. Többen, jobban, tovább. Zöldkönyv az egészségügyről (2004)
<http://www.magyarorszag.hu/zoldkonyv/> Letöltve: 2010. 06. 06.
179. Ujváriné S. A., Becka É. Tóth I., Zrínyi M. A gondozási szükségletet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata Medicus Universalis XLII. (1), 13-25.
Ujváriné S. A., Becka É. Zrínyi M. (2009) A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata 1. (2), 59.
http://odin.de-efk.hu/library/090906_Magyar%20Gerontologia%201.2..pdf
Letöltve: 2010. 06. 06.
180. Ujváriné S. A., Papp K., Farkas N., Törő V. (2009) Tevékenységi körök a betegellátásban, IME Az egészségügyi vezetők lapja VIII. (9), 31-36.
181. USA Department of Labor (2002) Registered Nurses. Occupational Outlook Handbook. Retrieved 5 November
<http://stats.bls.gov/oco/ocos083.htm> Letöltve: 2010.06.06.
182. Varga, P. (szerk.) (2004) Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, szerepéről, jövőjéről az átalakuló egészségügyben.
http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.head.page?pid=DA_11029
Letöltve: 2010. 06.06.
183. Vingender I. (2005) Egészségügyi szakdolgozók immigrációja Magyarországon, A szakmai – munkahelyi integráció problémái 3.o. SE-EFK, Társadalomegészségtani Intézet Kutatási zárójelentés az "Egészségügyi szakdolgozók mobilitása, migrációja és társadalmi-szakmai beilleszkedése az európai integrációs folyamatok tükrében" című pályázathoz (kézirat).
184. Vízvári L.(2008) Mennyien kellene, hogy legyünk? (Hangolás) Egészségügyi Emberi Erőforrás Fórum I. Országos Konferencia Budapest, 2008. június 18.
185. Vízvári, L. (2005) Ápolók migrációja. ETInfo, 8 (1), 20-21.
186. Walsh M.(1998) Modellek a klinikai betegápolásban, az előremutató út, Medicina Budapest
187. Watkins, MP. (1997) Perceived impact of nursing faculty on the academic success of minority students. ABNF Journal 8 (6), 125-128.
188. WHO Observatory Policy (2006), 2006-os sorozat.
189. Williams C.A. (2001) The RN shortage: not just nursing's problem. Academic Medicine 76, 218–220.
190. Woods S.L., Craven R.F., Hirsch A. & Clark C. (2000) Nursing shortage study: Washington State survey of nurses and employers. Washington Nurse 30, 14–15.
191. World Health Organization (2004) International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
Letöltve: 010.06.06.

192. World Health Organization (2006) The World Health Report 2006 - Working together for health. <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>
193. World Health Organization Regional Office for Europe. (2006) "Human Resources for Health in the WHO European Region"
<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>
Letöltve: 2010.06.06.
194. www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSUHU
Letöltve: 2010. 06. 06.
195. www.meszk.hu/portal/downloads/reg/eumin_level_sebkezeles.doc
Letöltve: 2010.06. 6.
196. Zöld Könyv az európai egészségügyi dolgozókról
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf
Letöltve: 2010.06. 06.
197. Zrínyi M. (2004) Miért kellenek határozott vezetők az ápolásban? 17. (4), 29-33.
198. Zrínyi M. (2000) Az ápolástudomány szerepe az egészségtudományok rendszerében, Nővér 5. (2), 22-24.
199. Zrínyi M., Zékányné R. I., Tóth H., Siket A. (2007) Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 45. (1): 39-43.
200. Zrínyi, M. (2004) Előrelépés az ápolói életpályán és az elvándorlás: kritikus kérdések. Az ápolók nemzetközi tanácsának tájékoztatója. Nővér, 17 (1), suppl., A mű eredeti címe: Career Moves and Migration: Critical Questions. Fordította: Dr. Zrínyi Miklós Ph.D. A fordítást az eredetivel egybevetette és szerkesztette: Dr. Fedineczné Vittay Katalin. A magyar változat elkészítését és kiadását az International Council of Nurses a Nővér folyóirat számára engedélyezte.

Jogszabályi hivatkozások

1. 14/1994. (IX. 15.) NM rendelet a szakmai követelmények kiadásáról
2. 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről
3. 1612/68/EGK A TANÁCS 1968. október 15-i 1612/68/EGK RENDELETE a munkavállalók Közösségen belüli szabad mozgásáról
4. 1997. Évi CLIV. Törvény az egészségügyről
5. 21/1998.(IV.3.) NM rendelet: Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételei
6. 21/2002.(V. 3.) EüM rendelet- a szakmai követelmények kiadásáról szóló 14/1994. (IX. 15.) NM rendelet módosításáról
7. 3/2010. (I.26.) EüM Rendelet Az ápolói tevékenység kompetenciáiról
8. 381/2004. (XII. 28.) Korm. Rendelet a többciklusú felsőoktatási képzési szerkezet bevezetésének egyes szabályairól
9. 48/ 2009. (XII.29.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról
10. 60/2003.(X.20.) ESzCsM rendelet „Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
11. 85/2000. (VI. 15.) Korm. Rendelet az egyetemi szintű ápoló alapképzési szak képesítési követelményeiről
12. 89/2005. Korm. Rendelet Diplomás ápoló képzésről
13. A 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet A szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép-, emeltszintű, valamint felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
14. A TANÁCS 1968. október 15-i 1612/68/EGK RENDELETE a munkavállalók Közösségen belüli szabad mozgásáról
15. A Tanács 1971. június 14-i 1408/71/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról;
16. A Tanács 1972. március 21-i 574/72/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet végrehajtására vonatkozó szabályok megállapításáról.
17. Az egyes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer működésének részletes szabályairól szóló 36/2009. (XI.3.) EüM rendelet
18. Az Európai Közösségek Bizottsága Brüsszel, COM(2008) 725m,
19. AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2005/36/EK IRÁNYELVE (2005. szeptember 7.) a szakmai képesítések elismeréséről (EGT vonatkozású szöveg) (HL L 255., 2005.9.30., 22. o.) Általános ápolók 31. cikk Általános ápolók képzése (3.) bekezdés
20. COM (2004) 383, May (2004) The social dimension of globalisation – the EU’s policy contribution on extending the benefits to all.
21. COM(2005) 642, A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE A TANÁCSNAK ÉS AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK A fejlődő országokban az egészség terén mutatkozó emberi erőforrás-hiányra vonatkozó európai uniós cselekvési stratégiáról

22. COM(2006) 870. A Bizottság Közleménye a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek. A fejlődő országokban az egészségügyi dolgozók kritikus hiányának megoldására vonatkozó európai cselekvési programról (2007-2013)
23. COM(2008) 359: A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. „Közös bevándorlás-politika Európa számára: elvek, fellépések és eszközök
24. European Economic and Social Committee, SOC/331

Rövidítések jegyzéke

AACN	Amerikai Ápolóképzők Főiskolai Szövetsége (American Association of Colleges of Nursing)
ANA	Amerikai Ápolók Szövetsége (American Nursing Association)
BSc	Főiskolai ápoló (Bachelor of Science)
EEKH	Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
EGSZB	Európai Gazdasági és Szociális Bizottság (European Economic and Social Committee)
ENIC	Európai Hálózata (European Network of National Information Centres on Academic Recognition)
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete
EPSU	European Federation of Public Service Unions
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
ESzCsM	Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió (European Union)
EurHOMAP	Country Summary for Hungary –Otthonápolási projekt
EUROSTAT	Statistical Office of the European Communities)
GHWA	Globális Fórum a Humán erőforrás Hiány Kezeléséért (Global Forum on HRH)
HFA-DB	Egészséget Mindenkinek, a WHO adatbázisa (Health For All)
HOSPEEM	European hospital and healthcare employers' association
HPRO Card	Health Professional Card
HR	Emberi Erőforrás (Human Relation)
ICN	Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nursing)
KKK	Képesítési követelmények
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MÁT	Magyar Ápolástudományi Társaság
MESZK	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
MoHProf	Mobility of Health Professionals
MOK	Magyar Orvosi Kamara
MSc	Mester ápoló (Master of Science)
NARIC	Network of National Academic Recognition Information Centres
NEXT	Ápolók Korai Pályaelhagyása Vizsgálat (Nurses Early Exit Study)
NHS	Angol Egészségügyi Minisztérium (National Health Service)
NM	Népjóléti Minisztérium
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development, Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete
OKJ	Országos Képzési Jegyzék
PCN	Európai Unió Ápolóinak Tanácsa
Project HOPE	Health Opportunities for People Everywhere
PROMeTHEUS	projekt HEALTH PROfessional Mobility in THE European Union Study
RCN	Királyi Ápolási Szakmai Kollégium (Royal College of Nursing)
RN4CAST	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) project
STTI	Sigma Theta Tau International
SZVK	Az egészségügyi szakképzések és a felsőfokú képzések kimeneti követelményei
WHA	A Világ Egészségügyi Közgyűlése (World Health Assembly)
WHO	Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

Összefoglalás

Az értekezés tárgyai a pályaválasztás, a pályán maradási és pályaelhagyási szándék, illetve a migrációval kapcsolatos, az egészségügyi ellátást veszélyeztető kérdéskörök.

A bevezetésben nemzetközi és hazai adatok alapján bemutatásra kerülnek fenti témakörök. A tudományelméleti bevezetés összefoglalja az ápolás nemzetközi kérdéseit (az ápolóképzés problémáit, a lemorzsolódás kérdéskörét, az aktívan dolgozó ápolók helyzetét, a külföldi munkavállalási szándékot, a migrációs trendeket és projekteket). A magyar hallgatókat/ápolókat érintő főbb kérdéseket (az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára, emberi erőforrás hiány az ápolók körében, hatásai az ellátórendszerben, a demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő fenntartása, az egészségügyi dolgozók vándorlása. Az első fejezet áttekinti a témát, bemutatja a kutatás irányát.

Kutatásunk során azt a célt tűztük magunk elé, hogy a magyar ápolók/ápolóhallgatók és a cseh ápolóhallgatók pályaelhagyási és elvándorlási szándékait, az ápolók és ápolóhallgatók szociodemográfiai háttérét, oktatással kapcsolatos véleményét, az ápoló hallgatók pályaválasztási okait megvizsgáljuk. Ennek során összehasonlító, összefüggés-feltáró, keresztmetszeti vizsgálat készült. A cél, felhívni az egészségügyi vezetés figyelmét az ápolói létszámbírányra, ennek okaira és segíteni azoknak a lépéseknek a megtételében, melyek szükségesek a jobb ápolói ellátottság, emberi erőforrás menedzsment és munkaerő stabilitás érdekében. Hét hipotézis érvényességének vizsgálata történt meg a munka során. Az oktatás és a gyakorlat színvonalával, a pályával kapcsolatos elégedettséggel és a pályán maradási szándék okaival, illetve a pályaelhagyást és a külföldi munkavállalást befolyásoló tényezőkkel, végezetül pedig a cseh és a magyar ápolóhallgatók véleményének összehasonlításával kapcsolatosan történt a hipotézisek felállítása.

Módszerként saját kérdőív került kidolgozásra, melyet 6 szakértő értékelt alkalmazása előtt. A vizsgálatok két fázisban folytak, az első fázis három szakaszból állt. Az első szakaszban 522 fő (ápoló hallgatók és ápolók vegyesen) került beválasztásra, a második szakaszban az első minta került kibővítésre 828 fős mintanagyságra (ápoló hallgatók és dolgozó ápolók vegyesen). A harmadik szakaszban az ápolóképzés viszonyai kerültek elemzésre 381 fős hallgatói minta alapján (magyar ápoló hallgatók). A második fázis első szakaszában a cseh és magyar minta került összehasonlításra 431 fő (magyar és cseh ápolóhallgatók) bevonásával. A kérdőív első része a hallgatók és ápolók képzettségre, foglalkozásra, egészségi állapotra, anyagi helyzetére vonatkozott. A szakképzésben résztvevő hallgatók oktatással és annak folytatásával kapcsolatos véleményére fókuszáltak a következő részkérdések. A dolgozó ápolók véleményét munkájukról, pályához való viszonyukról és jövőbeni munkaterveikről további részkérdésben kérdeztük. Végül tájékozódunk a hallgatók és a dolgozó ápolók külföldi munkavállalói szokásairól. Az elégedettségi és valószínűségi válaszok, a pályaelhagyásra és elvándorlása vonatkozó válaszok kiértékeléséhez Likert-skálát használtunk. Kutatásunk során fogalmi és mérési megközelítést alkalmaztunk, hasonlóan az európai NEXT-vizsgálathoz (NEXT, 2005). A vizsgálat keresztmetszet jellegű volt, további felmérés nem követte. A válaszadók anonimitását biztosítottuk, személyiségi jogaik nem sérültek. Az adatok feldolgozaskor az elemzést az SPSS Windows 15.0 verziójával végeztük. Első lépésben leíró statisztikai módszereket (gyakorisági, relatív gyakorisági eloszlások, hisztogram, középérték mutatók: medián, módusz, szóródási mutatók (terjedelem, szórás, szórásnégyzet). Egyes megoszlásokat hisztogram formájában is közlünk, aminek indoka a populáció két részre bomlása az adott kérdés esetén. Az elemző részhez lineáris – és logisztikus modelleket alakítottunk ki. Sor került egyes esetekben függetlenségvizsgálatra (χ^2 próba), Mann-Whitney próbára és kétmintás t- próba alkalmazására is. A normalitásvizsgálat Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk próbával történt.

Az eredmények fejezet tartalmazza az általunk elvégzett és közleményekben publikált kutatások összefoglalását. Az eredményeink két fázisra és további szakaszokra oszthatók. Elsőként megtörtént az első fázis első szakasza adatainak -522 fő- elemzése. Független változó annak valószínűsége volt, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozik tovább, a független változó, pedig az életkor, egészségi állapot, egészségügyben eltöltött idő, családi állapot, egészségügyi dolgozó a családban, tanulási szándék, idegen nyelv ismerete, illetve a munkahellyel-oktatással való elégedettség. Az esetszám a hallgatók esetében alacsony volt ahhoz, hogy körükben eredményes modellt lehessen készíteni. A dolgozó ápolók esetében a felhasznált változók csak szerény mértékben adtak magyarázatot arra, miért marad munkahelyen a következő ében is a megkérdezett. Negatív hatású volt a műszakbeosztás és idegen nyelv ismerete, az idősebb kor, műszakbeosztással való elégedettség, továbbfejlődési lehetőség marasztaló hatású. A párkapcsolat is maradásra készített. Az idegen nyelvet beszélő felsőfokú végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban választottak a külföldi munkavállalást, mint a nyelvtudással nem rendelkezők.

Az első fázis második szakaszában 828 fő adatainak elemzésére került sor. Az oktatás minőségét közepesen jónak tartották. Hasonló volt a vélemény a gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével és színvonalával kapcsolatos vélemény is. Az oktatók felkészültségével nagyobb arányú volt az elégedettség. Az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével közel kétharmad volt elégedetlen. Tanulmányai megszakítására a többség nem gondolt, hasonlóan tanulmányaikat más területen a többség nem kívánja folytatni, de az ápoló- /főiskolai (egyetemi) képzést egy negyedük nagyon valószínűen választaná. Az ápoló képzésben való részvételt másoknak csak egyötödük ajánlaná. Az ápolóképzés elhagyására az elmúlt hónapokban fele arányban nem történt buzdítás. Tanulmányait a válaszadók közel fele biztosan befejezi. A dolgozó ápolók többsége a fizetéssel elégedetlen, a kollegák magatartásával kb. fele-fele arányban voltak elégedettek-elégedetlenek, a munkakörülményekkel, felszereléssel stb. a többség nem volt elégedett. A munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával a minta közel fele elégedetlen volt. A fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrejutással elégedetlen egynegyedük. Arra a kérdésre: Gondoltak-e arra az elmúlt 6 hónapban, hogy elhagyják az ápolói pályát és az egészségügyön belül más területen helyezkednek el, nyegyvenegy százalék egyáltalán nem gondolt, a többiek ritkán, alkalmasszerűen, gyakran vagy állandóan gondoltak. Arra, hogy az egészségügyön kívül más szakmában helyezkednek el, alkalmasszerűen egyharmaduk, gyakran ill. állandóan egyötödük gondolt. A következő egy évben ápolóként kíván tovább dolgozni biztosan a minta közel fele. Az ápolói pályát újra ugyanannyian választanak, mint ahányan nem, de kevesebben ajánlanák biztosan másoknak ezt a pályát, mint ahányan egyáltalán nem tennék ezt. A pálya elhagyására a többség esetében nem történt buzdítás. A minta kétharmadának egyáltalán nem, a többieknek egy főtől hat főig terjedően volt nem magyar állampolgárságú munkatársa. Az ápolók és ápoló hallgatók külföldi munkavállalói szándékára vonatkozó kérdések közül elsőként az európai idegen nyelv ismeretére vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kiderült, hogy idegen nyelven egyáltalán nem beszél hatvanhárom százalék, alapfokon egyharmaduk, középfokon és felsőfokon minimális arányban beszélnek. Külföldön történő munkavégzéssel kapcsolatosan több mint egynegyedüknek ezzel kapcsolatos gondolatai. Külföldi munkát közvetítő irodával már kapcsolatba lépett tizenhárom százalékuk. A külföldi munkavállalás motivációjának alapja a hely, de igen fontos indok a jobb munkakörülmény, a jobb fejlődési (karrier) lehetőség. A jelenlegi kátyúból való kiemelkedés lehetőségét a külföldi munkavégzésben látja a válaszadók nyolcvan százaléka, ami jelzi, hogy a pozitív jövőképet a szakmán belül nem idehaza látják. A legtöbben legszívesebben Németország/Ausztria, Nagy-Britannia területen kívánnának dolgozni.

Lineáris regressziós modell kereten belül a nyelvtudás és a műszakszám negatívan, míg a munkaidő rugalmas kezelése, a kollegák segítsége, a továbbfejlődési lehetőségek, az életkor kismértékben pozitívan befolyásolják a pályán maradást. Loglineáris elemzéssel kimutatásra került az, hogy alapfokú nyelvtudás esetén a válaszadók hatvanhat százaléka dolgozna külföldön. A diplomás képzésben részesültek több mint fele, az alapfokú képzésben részesültek fele, a párkapcsolatban élők egyharmada, míg az egyedül élők kétharmada dolgozna külföldön.

Az első fázis harmadik szakaszában az első két szakasz eredményeit a hallgatókra szűkítettük, továbbá a korábbi felmérések helyszínén újabb kérdőíveket töltöttünk ki. Cél az oktatással kapcsolatos viszonyok részletesebb vizsgálata volt. 381 kitöltött kérdőívet elemeztünk. Ami az elégedettségi mutatókat illeti, a hallgatók egyértelműen a karrier lehetőségeikkel nem voltak megelégedve. Az oktatással és az oktatási intézmények támogatásával való elégedettség vezetett a listán.

A második fázisban 128 cseh és 303 magyar ápoló adatait hasonlítottak össze. A képzés szintje a cseh mintában jóval magasabb a főiskolai és egyetemi szinten, mint a magyarban. A nyelvtudás a cseh mintában minden fokozaton magasabb a magyarnál. A cseh mintában több az oktatással elégedett hallgató, mint a magyar mintában. A magyar hallgatók, nagyobb arányban fontolgatják, hogy tanulmányaikat nem fejezik be, mint cseh társaik. A cseh hallgatók körében nagyobb vonzerőt jelent az orvosi hivatás felé való orientálódás, a pályaelhagyás szándéka a magyaroknál erősebb. A külföldi munkavállalás szándéka mindkét mintában azonos, de a döntés indoklása különbözik. Célunk kutatási eredményeink kiterjesztése volt. Az összehasonlítás eredményeként kialakított modell fő eredménye a magyar viszonyok jövőbeni előrejelzésének lehetősége.

Következtetésként elmondhatjuk a következőket: Az első fázis első szakaszában a pályaelhagyás és migráció igénye mintánkban eltérő módon, de egyértelműen jelen volt. Jellemző inkább a más egészségügyi területre illetve más szakmába való átlépés igénye volt. A hallgatók esetében a biztos lemorzsolódást tíz százalékra prognosztizáltuk. A külföldön történő munkavállalás mellett a nyelvtudás és a felsőfokú végzettség szólt. A pályán maradás legfőbb motiváló tényezői a rugalmas munkaidő és a továbbfejlődés, karrierlehetőségek voltak. A jelen mintában igazolhatóan jelen voltak a pályaelhagyás és a külföldi migráció iránti igények. Ahhoz, hogy a nagyobb mértékű pályaelhagyás valamint migráció elkerülhető legyen, a munkarend átszervezése és a karrier struktúra kialakítása fontosnak tűnik.

Az első fázis második szakaszában célunk az volt, hogy felmérjük az ápolók pályaelhagyási és/vagy külföldi munkavállalási szándékát, továbbá, hogy számszerűen megbecsüljük az ápoló hallgatók végzés utáni munkavállalási szándékát, és azt, hogy a gyakorlatban dolgozó ápolók milyen valószínűséggel fognak a következő évben is ápolóként dolgozni. Legelőször az ápolás „input” (képzés) oldalát vizsgáltuk meg. A hallgatók kétharmada érez motivációt tanulmányainak befejezésére és kitart az ápolói képzés mellett. Kevesebb, mint egy százalék azok aránya, akik szerint rosszul tették, amikor az ápolói képzés mellett döntöttek. Ez a kép megváltozott, amikor a végzésről kérdeztük a hallgatókat. A tanulmányok befejezését illetően bizonytalan vagy határozottan befejezni nem akaró hallgatók összesített aránya tizenhat százalék körül volt. A feltételezés megerősítéséhez kiválasztottuk azokat a levelezős hallgatókat, akik teljesen biztosak abban, hogy végzés után nem fognak ápolóként dolgozni és megvizsgáltuk az „egészségügyön kívüli munkavállalás” témakörére adott válaszaikat. Nem meglepő módon, keresztmetszeti egyezést tapasztaltunk. Ezért második következtetésünk szerint néhány hallgató azért szerez egészségügyi diplomát, hogy a későbbiekben legyen kitörési pontja az ápoláson kívülre. Korábbi becsült lemorzsolódási arányunkat felülvizsgálva elmondható, hogy további negyvenöt ápoló tűnik el az ápolás számára végzés után. Azon feltételezésünk, mely szerint, az ápolóhallgatók elégedettek az oktatás és a gyakorlat színvonalával a képzés során igazolódott.

Az átlag közepesnek mondható a válaszadók szerint. Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályával kapcsolatos elégedettségének alacsony volta is igazolódott. A hallgatók elégedetlenek az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével. Következő feltételezésünk az volt, hogy az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályán maradási szándékát befolyásolja a fizetés, a munkakörülmények és a továbblépési lehetőségek köre. Ez is alátámasztást nyert. A hallgatók pályán maradási szándéka szerint a legtöbben azt tervezik, hogy befejezik tanulmányaikat. Azon hipotézisünk, hogy az ápolóhallgatók, és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályaelhagyási szándékát befolyásolja az idegen nyelv ismerete szintén igazolást nyert. Lineáris regressziós modellünk eredményei szerint a pályán maradást az idegen nyelv ismerete negatív értelemben határozta meg, míg a munkaidő rugalmassága, a túlórák száma, a továbbképzési lehetőségek és az életkor kismértékben pozitív irányban befolyásolja a pályán maradást. Szintén igazolódott az is, hogy a hallgatók és a dolgozó ápolók körében a magasabb iskolai végzettség és a pályaelhagyás gyakorisága között összefüggés tapasztalható. A diplomás képzésben részesültek, ötvennyolc százalékuk dolgozna külföldön. Statisztikailag is alátámasztható mértékű igazolást nyert azon feltételezésünk mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók nyelvtudása és külföldi munkavállalása között összefüggés van. Ha legalább alapfokú nyelvtudással rendelkeznek, 66 százalékuk dolgozna külföldön. Viszont ha még alapfokú nyelvismerettel sem rendelkeznek, harmincöt százalékuk dolgozna külföldön. Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók családi állapota és külföldi munkavállalása között is találtunk összefüggést. A szakaszra vonatkozó utolsó hipotézisünkre, mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók életkora és pályaelhagyási szándéka között összefüggés van erre nem találtunk bizonyosságot.

Az első fázis második szakasz eredményeit összehasonlítottuk a Next-vizsgálat eredményeivel. Megvizsgáltuk az ápolók munkahely-változtatási szándékát, az egészségügyön belül maradva. Eredményeink szerint Magyarország helyzete nem különbözik a NEXT többi országától. Egyedül Németországban magasabb azoknak az ápolóknak az aránya, akik szeretnék állást változtatni, de az egészségügyön belül maradva. Mind Magyarországon, mind az európai országokban, ahol vizsgálták az ápolók egészségügyön belüli vándorlását, tizennyolc volt ez az arány, nem tekintve az országot és a minta nagyságát.

Következő feltételezésünk ezért az volt, hogy Európában az ápolók tizennyolc százaléka hajlandó lenne az egészségügyön belüli állás-változtatásra. További vizsgálatok kellenének, hogy kimutassák, ez vajon kiégés, az érdeklődés hiánya vagy egyéb okok miatt van-e. Belgiumot és Hollandiát kivéve, Magyarországon kevesebb azok aránya, akik el akarják hagyni az ápolást. Ez azt is megerősíti, hogy Magyarország nincs egyedi helyzetben az ápoló munkaerőt vizsgálva, és hogy az ápolóknak egész Európában ugyanazokkal a problémákkal kell szembesülniük. A magyar adatokkal kapcsolatban sajnálatos, hogy hatszázötven válaszadó közül száz kerülhet ki az ápoló szakmából saját elmondásuk szerint. A pályán kívülre irányuló elvándorlás is gyakori jelenség a mintánk esetében. Mintánk tizenhat százaléka nagyon gyakran gondol a külföldi munkavállalásra, ez az eredmény valahol félúton van a NEXT során mért szlovák (tizenegy százalék) és lengyel (huszonegy százalék) adatok között. Németország és Ausztria a legnépszerűbb cél-ország, valószínűleg a földrajzi közelség és a jelöltek nyelvtudása miatt. Ez a helyzet hamarosan változni fog. A magyar ápolók újabb generációjának kötelező angol középfokú nyelvvizsgát tenniük diplomájuk megszerzéséhez. Felmérésünkben az is kiderült, hogy a külföldi munkavállalási szándék fele arányban csökkent, ha az egyén stabil párkapcsolattal rendelkezett. Emellett ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk a képzés szintjét és a szakmai tapasztalatokat vizsgálva.

A loglineáris elemzés kimutatta, hogy idegen nyelvet nem beszélő diplomás képzéssel rendelkezők több, mint másfélszer nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön, mint azok, akik alapfokú képzésben részesültek, de beszélnek valamilyen idegen nyelvet.

A külföldi munkavállalás mellett szóló legmeghatározóbb tényező a nyelvtudás. Azok, akik beszélnek legalább egy európai nyelvet, közel háromszor nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön azokhoz képest, akik csak magyarul beszélnek.

Az első fázis harmadik szakaszában a vizsgálat elsődleges célja az ápoló hallgatók lemorzsolódás arányának meghatározása volt egy magyar mintában. A vizsgált mintára lemorzsolódás volt jellemző, bár ennek szintje a kérdőív értékelése szerint változott. A hallgatóknak nyolc százaléka jelezte azt a szándékát, hogy tanulmányait nem fejezi be illetve más irányban tanul tovább (orvosi és nem egészségügyi szakon). Amikor kombinált lemorzsolódási mutatókat alkalmaztunk az arány jelentősen növekedett. Így huszonöt százalékos lemorzsolódást kaptunk eredményként. Vizsgálatunk további bizonyítékkal szolgált arra nézve, hogy az oktatási intézmény támogatásának kritikus szerepe van a leendő diplomások pályán tartása szempontjából. Sajnos, megfigyelhető volt a család és a kortárs csoportok növekvő befolyása, ami a végzős diákokat el akarja terelni az ápolói pályától. Regressziós modellünkben a kar támogatása ellensúlyozza a család és a kortárs csoportok negatív hatását. A diákok nagyobb valószínűséggel fejezik be tanulmányaikat és helyezkednek el ápolóként, ha azt tapasztalják, hogy az oktatási intézmény és a klinika figyelembe veszi egyéni igényeiket.

A második fázis, a magyar és a cseh minta összevetéséből egyrészt a hasonlóságok megléte bizonyítja a hasonló ápolói magatartást a két ország ápolói körében. Az eltérések között figyelemre méltó a képzettség szintje, amelyben a csehországi főiskolai (és az egyetemi) szint erős jelenléte tükröződik. A külföldi kollégákkal is egyeztetve az eredményeket, az a kép bontakozott ki előttünk, hogy a cseh hallgatókban egy erős pozitív beállítottság figyelhető meg az orvosi hivatás iránt. Ennek elérésében közbülső állomásnak tekintik sok esetben az ápolói képzést és szakmai tapasztalatot. Mindezek alapján számíthatunk arra, hogy az idegen nyelv ismeretének változása Magyarországon hatással lesz az ápolóképzésre, a külföldi munkavállalásra. A középiskolások körében, a felsőfokú képzésre jelentkezők arányában már napjainkban is megmutatkoznak ezek a tendenciák. 3 év különbséggel a cseh eredmények lesznek itthon is tendenciózusak.

Mindezek alapul szolgálnak arra, hogy a következő javaslatokat fogalmaztuk meg. Célszerű lenne az ápolói pályát választó hallgatók és az ápolóképzésben végzett hallgatók számának emelése. Szükséges lenne az oktatási rendszer átalakítása, illetve a középfokú képzésben képzés vonzóvá tétele a képzési idő csökkentésével és az elsajátítandó tananyagtartalom későbbi BSc képzésbe történő részleges beszámításával. Szükséges lenne elérni a diplomás ápoló/ápoló (BSc) oklevéllel, az egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc) oklevéllel, valamint a BSc/MSc ápolói végzettségre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzésekben (sürgősségi és triage szakápoló, intenzív szakápoló, műtő szakápoló, dializáló szakápoló, akut betegellátó) szerzett végzettséggel rendelkező ápolók kompetenciakörének rendeleti szintű meghatározását. A kapacitás ismeretében történjen a létszám tervezése, az ápolói minimum meghatározása. Fontos lenne a stabilitásra, kiszámíthatóságra, biztonságra való törekvés. Ezeken kívül a megbecsültség növelése, a bér rendezése, életpálya modell kidolgozása és alkalmazása, az ápolói foglalkozás presztízsének növelése. Szükséges lenne a túlterheltség és a stressz csökkentése, segítő szolgáltatások kialakítása, a munkafeltételek javítása. Humán Erőforrás Stratégia keretében a létszámihiány mérséklése – a demográfiai kihívásoknak való megfelelés. A pályaválasztási kedv növelésének, illetve a pályaelhagyás csökkenésének elérése. A külföldi munkavállalási kedv csökkenésének elérése a – fentiek szerinti - hazai feltételrendszer javításával.

Summary

The topics of the essay are the choice of the career, the intention to stay in a career or to abandon a career, and the issues in connection with the migration which endangers the public health care.

In the preamble the above-mentioned topics will be presented based on international and domestic data. The scientific preamble summarizes the international issues of nursing, the problems of nurse training, the issues of attrition, the situation of the actively working nurses, the intention to work abroad, the migration trends and projects. The major issues affecting the Hungarian students / nurses (the low attraction of health jobs for the youth, lack of human resources in nursing jobs, its effects on the health care, the demography and how to maintain a sustainable health labour force, the migration of health workers). The first chapter reviews the topic and presents the direction of the research.

During our research we have set the objective to examine the intent of the Hungarian nurses and nurse students and of the Czech nurse students to abandon their career and the intent to migrate, their socio-demographical background, opinion about the education, and the reason why the nurse students have chosen this vocation. A comparing, context revealing and cross-section study has been carried out. The objective is to raise the attention of the health leadership to the staff shortages of nurses, its reasons and to help them take the steps necessary for a better provision of nurses, and for a better human resources management and labour force stability. The validity of seven hypotheses has been examined for this study. Hypotheses have been set about the standard of the training and practice, the satisfaction about the career, the reasons of the intent to keep this career, and the factors influencing the abandoning of this career and the employment abroad; the final the hypothesis dealt with the comparison of the opinions of the Czech and the Hungarian nurse students.

As a method an own questionnaire has been elaborated that has been evaluated by six experts before use. The examinations had been conducted in two phases; the first phase consisted of three steps. In the step one 522 persons (miscellaneously nurse students and nurses) have been chosen, in step two the first sample has been extended to 828 persons (miscellaneously nurse students and active nurses). In step three the conditions of the nurse training have been analysed based on a sample of 381 students (Hungarian nurse students). In step one of phase two the Czech samples have been compared with the Hungarian samples while 431 persons were involved (Hungarian and Czech nurse students). The first part of the questionnaire dealt with the qualification, the profession, the health status and the financial standing of the students and the nurses. The next questions focussed on the opinion of the students, participating in this special training, about the training and its continuation. In the next question the active nurses were asked about their job, their commitment to the career and their future work plans. Finally, we were inquiring about the foreign employment habits of students and active nurses. For the evaluation of the "satisfaction and likelihood" answers and the answers related to the exit from nursing and the migration we have used the Likert-scale. During our study we have applied conceptual and measuring approach, similarly to the European NEXT-study (NEXT, 2005). The study is a cross-section type study; it was not followed by another study. The anonymity of the respondents has been guaranteed; their private rights have not been violated. When the data were processed we have performed the analysis with the SPSS Windows version 15.0. In the first step the methods of the descriptive statistics (frequency, distribution of the relative frequency, histogram, mean value indices: median, modus and dispersion indices [range, distribution, variance]) have been used. Certain distributions have been presented as histograms, as well, because the population has given two different answers to the given questions. We have elaborated linear and logistic models for the analysing part. In some cases the independence has been examined (χ^2 test), and the Mann-Whitney test and the double-sample test have also been used.

The normality has been examined with the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk test.

The chapter “Results” contains the summary of the researches conducted by ourselves and reported in the publications. Our results can be divided into two phases and into further steps. Firstly, the data of step one of phase one – 522 persons – have been analysed. The dependent variable was the probability whether the person will work as a nurse in the next one year, the independent variable was the age, the health status, the time spent in the health care, the marital status, whether there is any health worker in the family, the intent to learn, the knowledge of any foreign language, and the satisfaction with the workplace / education. The number of the students’ cases was too low to set up an effective model in their circle. The variables used for the active nurses gave unsatisfactory explanation why the respondent will keep working in this job next year. The shift schedule and the knowledge of foreign languages were negative factors; the older age, the satisfaction with the shift schedule, and the opportunities for further development made the nurses stay. The relationship also makes them stay. The nurses with academic degree who speak a foreign language chose employment abroad in higher proportion than the ones without foreign language skills.

In step two of phase one the data of 828 persons have been analysed. They considered the standard of the education averagely good. They had a similar opinion about the time of the practice, how the practices are organized and about their standard. They were more satisfied with the trainers’ know-how. Almost one-third of them were dissatisfied with the expectable financial and moral appreciation of the nurse profession. The majority has not thought to discontinue their studies, similarly, the majority does not want to continue their studies in other fields but one fourth of them would choose the higher nurse education (college, university studies) with a high probability. Only one fifth of them would recommend others to participate in the nurse training. Half of them were not encouraged to leave the nurse training in the past months. Half of the respondents will complete their studies for sure. The majority of the active nurses is dissatisfied with their salaries; they were satisfied / dissatisfied with the conduct of the colleagues in about 50-50 percent; the majority was not satisfied with their working conditions and their equipment etc. Almost the majority of the sample was dissatisfied with the flexibility of the working hours, with the schedule and the number of overtime. One-fourth of them are dissatisfied with the opportunities for further development, higher training and career advancement.

To the question whether they have thought to give up the career as a nurse in the past 6 months and find a job in another field of the health care: forty-one percent have not thought of it at all, the others rarely, or occasionally, frequently or constantly have thought of it. To the question whether they would start a career beyond the health care one-third of the respondents said that they have thought of it occasionally, and one-fifth of them frequently or constantly. Almost half of the sample wants to continue working as a nurse in the next one year for sure. The same rate of the respondents would or would not choose the career as a nurse, but less would recommend this career to others for sure than the number of persons who would not recommend it at all. The majority was not encouraged to give up their career. Two third of the sample had no colleague who was not a citizen of Hungary; the rest of them had one to six colleagues without Hungarian citizenship. From among the questions referring to the intent of the nurses and nurse students to work abroad the first question inquired about the knowledge of European foreign languages and the answers given to these questions showed that sixty three percent speak no foreign languages at all, one-third of them speak a foreign language at elementary level, and only a minimum proportion speaks a foreign language at intermediate or advanced levels. More than one-fourth of them have already thought to work abroad. Thirteen percent has already contacted a job agency offering jobs abroad. The basis of the motivation to work abroad is the location, but other important reasons are the better work conditions, and the better developmental (career) opportunities.

Eighty percent of the respondents think that an employment abroad would be the chance to emerge from the present bad situation which shows that they find no positive future prospects in this profession in Hungary. The majority would prefer working in Germany/ Austria or in Great Britain.

Within the linear regression model the foreign language skills and the number of shifts influence the commitment to the career negatively, while the flexible working hour management, the help of the colleagues, the opportunities for higher training and the age influence the commitment to the career slightly positively.

The loglinear analysis has shown that sixty six percent of the nurses with elementary foreign language skills would work abroad. More than half of the nurses in colleague education, and half of the persons in basic education, one-third of the respondents living in a relationship, and two-third of the singles would work abroad.

In step three of phase one we have narrowed the results of the first two steps down to the students, moreover, we made people complete new questionnaires at the places of the previous studies. Our objective was to examine the conditions/circumstances of the education in details. We have analysed 381 completed questionnaires. As for the indices of satisfaction the students were clearly not satisfied with their career opportunities. The satisfaction with the education and the support received from the schools were high on the list.

In phase two the data of 128 Czech nurses were compared to the data of 303 Hungarian nurses. The standard of education is much higher in the academic institutions (colleges, universities) in the Czech sample than in the Hungarian one. The foreign language skills are higher in the Czech sample at every level than in the Hungarian one. In the Czech sample more students are satisfied with the education than in the Hungarian sample. The Hungarian students contemplate in higher proportion to discontinue their studies than their Czech contemporaries. For the Czech students the orientation to the doctor's profession has a greater attraction; the Hungarians have stronger intent to abandon their careers. The intent to work abroad is the same in both samples, but the reasons of the decisions are different. Our aim was to extend the results of our researches. The main advantage of the model formed from the comparison is that the future Hungarian conditions can be forecast.

In conclusion we can state the following things: In step one of phase one the want of abandoning the career and migrating was clearly present in both samples but differently. Typical was the want of switching to another health profession or to another profession. In the case of the students we have predicted that the certain attrition rate will be ten percent. The arguments in favour of the employment abroad are the foreign language skills and the academic qualification. The best motivating factors of continuing the career were the flexible working hours and the developmental and career opportunities. In this sample the want of abandoning the career and migrating abroad were demonstrably present. In order to avoid that a higher percentage abandons this career and migrates it seems important to reorganize the work schedule and to create a career structure.

In step two of phase one our objective was to assess the nurses' intent to abandon their career and/ or to work abroad, moreover, to estimate the number of the nurse students who want to work after finishing the school and the likelihood that the active nurses will work as nurses in the next year. Most often we have examined the „input” (training) side of the nursing. Two-third of the students feel motivation to complete their studies and to stay in the nurse training. Less than one percent feel that they have made a wrong decision when they have chosen the nurse training. This picture has changed when we have asked the students about the graduation. The total percentage of the students who were unsure about the completion of their studies and of the ones who definitely did not want to complete their studies was around sixteen percent.

To support the assumption we have chosen the correspondence course students who are absolutely sure that they will not work as a nurse after graduation / finishing the school and we have examined their answers given in the topics “working beyond health care”. We were not surprised to find cross-sectional accordance. Therefore, based on our second conclusion some students obtain degree in the health care to find “breakout points” from the nursing later. After revising the previously estimated rate of attrition we can state that another forty five nurses disappear from nursing after graduation.

Our assumption that the nurse students are satisfied with the standard of education and practice proved to be correct. In the respondents’ opinion it has average standard. Also, we have proved that the nurse students and the active nurses are rather dissatisfied with the nursing career. The students are discontented with the expectable financial and moral appreciation of the career as a nurse.

Our next assumption was that the intent of the nurse students and active nurses to continue their career is affected by the salary, the working conditions and the opportunities for further development. This fact has also been proved. According to the students’ intent to stick to this career most of them plan to complete their studies.

Our hypothesis that the intent of the nurse students and active nurses to abandon their career is affected by the foreign language skills has also been proved. Based on the results of our linear regression model the foreign language skills adversely affect the commitment to the career while the flexible working hours, the number of overtime, the opportunities for higher training and the age affect the commitment to the career slightly positively. Also, it has been proved that there is correlation between the higher school degree and the career’s abandoning among the students and active nurses. Fifty eight percent of the graduate nurses would work abroad.

Our assumption that there is correlation between the foreign language skills and the employment abroad of the students and the active nurses has been statistically proved. If they have at least elementary language skills 66 percent would work abroad. However, if they do not even have elementary language skills thirty five percent would work abroad. Also, we have found correlation between the marital status and the employment abroad of the students and the active nurses. Our last hypothesis that there is correlation between the students and the active nurses’ age and their intent to abandon the career has not been supported.

We have compared the results of step two of phase one with the results of the NEXT test. We have examined the nurses’ intent to change their jobs if they stayed within the health care. Based on our results Hungary’s situation does not differ from the situation of the other NEXT countries. The rate of the nurses who want to change career but stay within the health care is only higher in Germany. Both in Hungary and in the European countries where the migration of the nurses within the health care was examined this rate was eighteen percent regardless of the country and the size of the sample.

Our next assumption was that eighteen percent of the nurses in Europe would be ready to change jobs within the health care. More tests would be required to find out the reasons, whether it is boredom, lack of interest or other reasons. Except for Belgium and the Netherlands the rate of the persons wanting the exit from nursing is relatively low in Hungary. This statement is supported by the fact that Hungary’s situation regarding the nursing labour force is not unique; the nurses have to face the same problems throughout Europe. It is unfortunate in connection with the Hungarian data that hundred nurse may exit from nursing out of the six hundred and fifty respondents based on their answers.

Another frequent phenomenon is that nurses abandon their career in our samples. Sixteen percent of our sample thinks of a work abroad quite often; this result is somewhere halfway between the Slovakian data (eleven percent) and the Polish data (twenty one percent) measured during the NEXT survey.

The most popular target countries are Germany and Austria presumably due to their geographical proximity and the volunteers' foreign language skills. This situation will change soon. The next generation of the Hungarian nurses will have to pass an intermediate-level English language examination to receive their degrees.

Our survey also shows that the intent to work abroad was reduced by fifty percent if the nurse had a stable relationship. However, we have experienced the contrary when we have analysed the standard of education and the vocational experience. The loglinear analysis has revealed that the likelihood that graduated nurses who speak no foreign languages would work abroad is one and a half times higher than the likelihood that nurses with basic qualification who speak a foreign language would work in a foreign country.

The knowledge of a foreign language is the most decisive factor in an employment abroad. Those who speak at least one European language would work abroad with triple likelihood than the ones who speak only the Hungarian language.

In step three of phase one the study's primary objective was to determine the rate of the nurse students' attrition in the Hungarian sample. The examined sample was characterized by attrition but its level has changed after the questionnaire had been evaluated. Eight percent of the students have indicated their intent to discontinue their studies or to continue their studies at another field (faculty of medicine or non-health faculties). When we have applied the combined attrition indices the rate has increased significantly. So the result we received was an attrition of twenty five percent. Our study provided further evidence that the support of the educational institution has critical role in keeping the future graduates in their career. Unfortunately, we have observed the increasing influence of the families and the contemporary groups which try to discourage the graduating students from working as nurses. In our regression model the faculty's support counterbalances the negative influence of the families and the contemporary groups. The students will complete their studies and start working as nurses with higher probability if they experience that the educational institution and the clinic take their individual requirements into consideration.

In phase two the Hungarian and the Czech samples were compared and the found similarities show the similar behaviour of the nurses in both countries. From among the differences the standard of the qualification is rather remarkable which reflects the high standard of the Czech academic (college and university) education. After we had agreed the results with the foreign colleagues we have found that the Czech students have strong positive attitude towards the doctor's profession. Many students consider the nurse training and the professional experience as an intermediate step to achieve their objective. Based on these facts we can expect that the changes in the foreign language skills in Hungary will affect the nurse training and the employment abroad. Among the secondary school students who apply for academic studies these tendencies can already been noticed in these days. The Czech results will tendentious in Hungary 3 years later.

These facts may serve as a basis to make the following recommendations. It would be purposeful to increase the number of the students choosing the nurse career and of the students graduating as nurses. It would be necessary to restructure the system of the education and to make the intermediate-level education more attractive by reducing the time of the training and to include part of the learned curriculum into the future BSc education.

It is necessary to achieve that the competences of the graduate nurses (nurses with BSc degree), the university graduate nurses (nurses with MSc degree), and of the special nurses graduating from higher advanced special trainings after their graduation as BSc/MSc nurses (such as emergency and triage special nurses, intensive special nurses, surgery special nurses, dialysing special nurses, acute nurses) would be determined by an order. The headcount, the minimum number of nurses should be determined in the light of the capacity.

It would be important to try to achieve stability, calculability and safety. Moreover, the appreciation should be increased, the salaries should be normalized and a life career model should be elaborated and applied to increase the prestige of the nursing profession. It would be necessary to reduce the stress level, to elaborate helping services and to improve the working conditions. Within the Human Resources Strategy it is required to reduce the staff shortages and to meet the demographical challenges. It is crucial to achieve that more people choose this career and to reduce the number of those abandoning their nursing career. The above study shows that the system of the domestic conditions must be improved to discourage the nurses from working abroad.

Mellékletek

Mellékletek jegyzéke

- 1. sz. melléklet:** Az EU Egészségügyi dolgozóit befolyásoló tényezők és a főbb megválaszolandó kérdések –a Zöld Könyv összefoglalása szerint
- 2. sz. melléklet:** Az ápolóképzés problémái külföldön, a hallgatók lemorzsolódásának kérdésköre
- 3. sz. melléklet:** A NEXT vizsgálat részletes bemutatása
- 4. sz. melléklet:** A hazai „újkori” ápoló képzés részletes bemutatása, és a jogi szabályozás kifejtése
- 5. sz. melléklet:** A hivatás presztizs csökkenésének okai
- 6. sz. melléklet:** Az egészségügyi dolgozók munkaerő vándorlására vonatkozó kutatások
- 7. sz. melléklet:** Javaslatok külföldön az ápolás problémáinak megoldására
- 8. sz. melléklet:** Pályaelhagyás és Migrációs Kérdőív
- 9. sz. melléklet:** Köszönetnyilvánítás
- 10. sz. melléklet:** Az értekezés témájával összefüggő saját közlemények jegyzéke, további saját közlemények jegyzéke, előadás és poszterkivonatok

1. sz. melléklet: Az EU Egészségügyi dolgozóit befolyásoló tényezők és a főbb megválaszolandó kérdések – a Zöld Könyv összefoglalása szerint.

Az európai egészségügyi rendszereknek számos kihívással szembesülnek:

- A politikaalkotóknak és az egészségügyi hatóságoknak egészségügyi ellátórendszereiket az öregedő népességhez kell igazítaniuk. A 27 tagú EU 65 év fölötti népessége 2008 és 2060 között várhatóan 66, 9 millióval növekszik, és a „nagyon idősök” (80 év fölöttiek) lesznek a népesség leggyorsabban növekvő szegmense (Europop, 2008).
- Az új technológiák bevezetése lehetővé teszi az egészségügyi ellátás – diagnózis, prevenció és kezelés – kiterjedésének és minőségének javítását, ezt azonban meg kell fizetni, a személyzetet pedig ki kell képezni a használatukra.
- Új és újra megjelenő, egészséget fenyegető veszélyek tapasztalhatók például fertőző betegségek formájában.
- Mindez az egészségügyi kiadások folyamatos emelkedéséhez vezet, sőt néhány országban hosszabb távon jelentős kérdéseket vet fel az egészségügyi rendszer fenntarthatóságával kapcsolatban is.

Az megfelelő válaszok kidolgozásához az egészségügyi rendszereknek kiváló minőségű, hatékony és eredményes munkaerőre van szükségük, mivel az egészségügyi szolgáltatások rendkívül munkaerő-igényesek. Sőt az egészségügyi ellátás valójában az EU gazdaságának egyik legjelentősebb ágazata: az EU dolgozóinak tizede itt dolgozik, az egészségügyi ellátásra vonatkozó költségvetés mintegy 70 %-át pedig fizetésekre és az egészségügyi dolgozók foglalkoztatáshoz közvetlenül kapcsolódó terhekre fordítják (Dubois, Mc Kee, Nolte, 2006).

Az EU Egészségügyi dolgozóit befolyásoló tényezők és a főbb megválaszolandó kérdések:

1. A demográfia és a fenntartható egészségügyi munkaerő előmozdítása :

A polgárok egyre tovább és jobb egészségi állapotban élnek. A várható élettartam az '50-es évek óta következetesen – nagyjából évtizedenként 2, 5 évvel – nő, és várhatóan továbbra is növekedni fog, az egészségben töltött életevek számát a lehető legnagyobbra kell növelni. Mindazonáltal ahogy az emberek tovább élnek, várhatóan a súlyos fogyatékossággal élő és tartós gondozásra szoruló öregek száma is növekedni fog. Időskorban elterjedtebbek a többszörös krónikus megbetegedések, ami hatással lesz a gondozásra is. Ezen kívül növekedni fog a hivatásos gondozás iránti kereslet is, mivel – pl. a családstruktúrák változásai miatt – a nem hivatásos gondozók száma valószínűleg csökkenni fog (OECD, 2007).

A népességgel együtt az egészségügyi dolgozók is öregszenek: 1995 és 2000 között Európa szerte 20 %-kal csökkent a 45 évnél fiatalabb orvosok száma, miközben a 45 évnél idősebbeké több mint 50 %-kal emelkedett. Az ápolók esetében szintén növekszik az átlagéletkor: öt tagállamban az ápolók majdnem fele 45 évnél idősebb (WHO, 2006). Ahogy ezek a munkavállalók közelednek a nyugdíjas korhoz, elegendő helyükbe lépő fiatal kezdőre van szükség. Az egészségügyi dolgozók között a nők aránya történelmileg jelentős, és tovább növekszik. Összességében az EU egészségügyi dolgozóinak háromnegyede nő, néhány tagállamban, pedig már az orvosképzésre felvettek között is 50 % fölötti az arányuk. A háború után született „baby boom” nemzedék küszöbön álló nyugdíjazásával szembeesülve a megfelelő dolgozói létszám fenntartásának kulcsa a fiatal orvosok oktatása, toborzása és megtartása, illetve az idősebb munkaerőbe történő befektetés.

2. Népegészségügyi kapacitás

A népegészségügyi funkció számos különféle tevékenységből áll össze a népesség egészségének védelmétől és javításától kezdve az egészségügyi egyenlőtlenségek kezelésén keresztül egészen a hátrányos helyzetű és sérülékeny csoportok igényeinek kielégítéséig. A feladatok közé tartozik a szolgáltatások megtervezéséhez az egészségügyi igények felmérése és a hatásvizsgálatok elvégzése, a betegségmegelőzés (például védőoltással és szűrőprogramokkal), az egészségfejlesztés és az egészségre nevelés, a vérellátás biztosítása, a járványügyi megfigyelés, valamint a fertőző betegségekkel, járványokkal, illetve emberi és természeti katasztrófákkal bekövetkező egészségügyi fenyegetések esetére történő tervezés és válaszadás. Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés nem csupán önmagában fontos, hanem a jövőbeni kezelési és gondozási szolgáltatások iránti keresletet is nagyban csökkentheti. A népegészségügyi dolgozóknak az egész EU-ban megfelelően képzettnek és megfelelő számúaknak kell lenniük, hogy képesek legyenek ezeket a tevékenységeket eredményesen ellátni; ezt pedig a képzési és toborzási tervekbe is be kell illeszteni. Külön hangsúlyt kell kapnia a munkahelyi egészségnek, hiszen a munkahelyi biztonság és egészség fontos meghatározója az általános közegészségnek. Továbbra is foglalkozni kell az olyan problémákkal, mint a munkahelyi balesetek, ám mivel a munkahelyi egészség fontos meghatározója a közegészségnek, különösen szemügyre kell venni az olyan új tényezőket, mint a munkaritmus változásai, a munka során használt új technológiák, a munkahelyi mobilitás, a munka és a magánélet megfelelő egyensúlyának elérése és a munkahelyi stressz.

A nemrég elfogadott, munkahelyi egészségvédelemmel és biztonsággal kapcsolatos közösségi stratégia (2007–2012) (COM(2007) 62) egy sor ambiciózus célkitűzést határoz meg, amelyekről a tagállamok megegyeztek, hogy magukévá teszik és támogatják őket. A célkitűzések elérése azonban nagyban függ attól, hogy rendelkezésre állnak-e a szükséges szakirányú egészségügyi dolgozók – például munkahelyi egészségüggyel foglalkozó orvosok és ápolók vagy egészségügyi és munkabiztonsági felügyelők.

3. Képzés:

A képzési kapacitás olyan kérdéskör, amelyet mérlegelni kell a munkaerő-tervezés részeként. Ha több orvosra, ápolóra és más dolgozóra van szükség, akkor egyetemi helyből vagy képzési intézményből, továbbá oktató személyzetből is többre lesz igény, ami tervezést és beruházást igényel. A tagállamoknak értékelniük kell, milyen szakirányú készségekre lesz szükség, figyelembe véve az egészségügyi kezeléseknél az új technológiák bevezetésével beálló változásait, az öregedő népességnek a betegségek mintázatára gyakorolt hatásait és a többszörös krónikus megbetegedéssel küzdő idős páciensek számának növekedését. Sajátos probléma, hogy a fokozódó utazás és mobilitás olyan betegségek elterjedésének kockázatát is növeli, amelyek eddig inkább csak trópusi országokban fordultak elő. Mindez új képzési követelményt jelent a klinikai orvosok és a fertőző betegségek megfigyelésével foglalkozók számára.

4. Az egészségügyi dolgozók EU-n belüli migrációjának irányítása:

A személyek szabad mozgása a közösségi jog által biztosított alapvető szabadságok egyike. A munkavállalók szabad mozgása az EK-Szerződés 39. cikkében van lefektetve, és az 1612/68/EGK rendelet fejlesztette tovább (1612/68/EGK), amely az EU polgárainak azon jogáról rendelkezik, hogy alkalmazottként vagy köztisztviselőként egy másik tagállamban dolgozhassanak. A letelepedés joga a Szerződés 43. cikkében van lefektetve, amely rendelkezik a valamely másik tagállamban való önálló vállalkozói tevékenység folytatásának jogáról is. Az EK-Szerződés 49. cikke a szolgáltatásnyújtás szabadságát rögzíti. A szabad mozgás alapvető jogának elősegítése érdekében az 1408/71/EGK rendelet (1408/71/EGK rendelet) és az ezt végrehajtó 574/72/EGK rendelet (574/72/EGK rendelet) összehangolja a különféle társadalombiztosítási rendszereket. Az uniós polgárok más tagállamokban tanulni is ugyanolyan feltételekkel jogosultak, mint az ottani állampolgárok.

A 2005/36/EK irányelv rendelkezik szakmai képesítések elismeréséről, tekintettel a valamely másik tagállamban történő letelepedés és a határokon átvélt szolgáltatások nyújtásának megkönnyítésére.

Az irányelv azt a követelményt is bevezette, hogy a fogadó és a saját tagállam illetékes hatóságai tájékoztatják egymást a meghozott fegyelmi intézkedésekről vagy büntetőjogi szankciókról, illetve minden más komoly, sajátos körülményről. A szabályozási kereten túl a szakmai szervezetek is tettek az egészségügyi szakemberek mobilitásához kapcsolódó lépéseket; ilyen például a Healthcare Professionals Crossing Borders (határokon átlépő egészségügyi szakemberek) kezdeményezés vagy a szakmai kártyáról szóló kísérleti kezdeményezés. A cél mindkettőnél az információhoz való hozzájutás javítása olyan esetekben, amikor kérdéssé vált a szakmai megbízhatóság. Az egészségügyi szakemberek vándorlásának azonban különböző okai vannak: jobb karrier- vagy képzési lehetőségek, vagy jobb fizetés és munkakörülmények. A mobilitás – pozitívan vagy negatívan – befolyásolhatja az országokon belüli és országok közötti egyenlőtlenségeket. Ebben az összefüggésben előfordulhat, hogy egyes tagállamok vonakodnak a további egészségügyi szakemberek képzésébe történő befektetéstől, ha nehezen tudják megtartani őket, és így kétséges a beruházás megtérülése. A fokozott mobilitás hatásaira nem a diákok és dolgozók mozgásszabadságára vonatkozó jogszabályi korlátozások bevezetése a válasz, hanem inkább megfelelő politikákkal, illetve az EU hatóságai és a tagállamok közötti koordinációval kell kezelni a kérdést. A dolgozók fokozott mobilitása ezért helyi és/vagy országos szinten is megkívánhatja vezetőiktől, hogy felülvizsgálják toborzási és szakmai fejlődési intézkedéseik helyénvalóságát. A polgároknak ahhoz is joguk van, hogy az egészségügyi ellátáshoz más tagállamokban is hozzáférjenek. A javasolt határokon átvélt egészségügyi irányelv célja, hogy az EU-ban gondoskodjék a határokon átvélt egészségügyi ellátás közös elveiről. Az irányelv egyik pillére az európai együttműködésben rejlő potenciál kiaknázása az arra érdemes területeken – többek között a határ menti régiókban – a speciális központok európai referenciahálózatával, az egészségügyi technológiai értékelés európai uniós hálózatával vagy az e-egészségügy révén.

5. Az egészségügyi dolgozók globális migrációja:

Az egészségügyi dolgozók hiánya globális, a nehézségek azonban a szubszaharai Afrikában a legégetőbbek, ahol a probléma már a válság szintjére emelkedett.

A hiányt tovább súlyosbítja a fejlett világban mindenütt tapasztalható, orvosok és ápolószemélyzet iránti fokozódó kereslet és verseny. Az EU-n belüli egészségügyi intézkedéseknek az EU kül- és fejlesztéspolitikájára is komoly kihatásai vannak.

Ha az EU nem tesz megfelelő lépéseket abba az irányba, hogy saját egészségügyi dolgozókat képezzen, és meg is tartsa őket, akkor a migrációnak a fejlődő országok egészségügyi rendszereire gyakorolt negatív hatása aligha fog gyengülni. (jelenleg 57 országban – közülük 36 afrikaiban – tapasztalható kritikus hiány egészségügyi dolgozókból.). A 2005 decemberében elfogadott, a fejlődő országokban az egészség terén mutatkozó emberierőforrás-hiányra vonatkozó európai uniós cselekvési stratégia (COM(2005) 642) , illetve az egy évvel később elfogadott, a fejlődő országokban az egészségügyi dolgozók kritikus hiányának megoldására vonatkozó európai cselekvési program (2007–2013) (COM(2006) 870) elismeri az EU azon felelősségét, hogy úgy tegyen lépéseket a magas szintű egészségügyi ellátás biztosítására vonatkozó saját célkitűzésének elérése felé, hogy eközben ne gyakoroljon negatív hatást az EU-n kívüli országok helyzetére. Az EU közös bevándorlás-politika kialakításán dolgozik, (COM(2008)) amely arra is tartalmaz megközelítéseket, hogy elkerülhető legyen a harmadik országok fejlődési kilátásainak aláaknázása például az agyelszívás súlyosbodásával, amely helyett inkább a körkörös migrációt kell támogatni. Ezek mind a migrációval kapcsolatos általános megközelítésnek összetevői. Ezen kívül 2007-ben a Bizottság irányelvjavaslatot is készített a magasan képzett bevándorlók EU-ba történő belépésének megkönnyítésére. A javaslatban előirányoztak egy záradékot, amely kifejezetten előírja az etikus toborzást a munkaerőhiányban szenvedő ágazatokban – így pl. az egészségügyben is.

Az elmúlt évtizedben létrejöttek etikus toborzásra vonatkozó gyakorlati kódexek, amelyek arra irányulnak, hogy csökkentsék a migrációs áramlásoknak a fejlődő országok sérülékeny egészségügyi rendszereire gyakorolt kedvezőtlen hatását. Az Egyesült Királyságnak nemzetközi toborzásra van vonatkozó gyakorlati kódexe, Hollandia pedig olyan etikus toborzaspolitikát tartalmazó munkaerő-stratégiát adott ki, amely korlátozza az aktív állami toborzást, illetve támogatja a kétoldalú megállapodások révén történő toborzást. Az EU szintjén 2008-ban a kórházi ágazatban folyó szociális párbeszéddel foglalkozó európai bizottság (amelynek tagjai az európai szociális partnernek tekintett HOSPEEM és EPSU) elfogadott egy határokon átívelő etikus toborzásra és megtartásra vonatkozó közös magatartási kódexet és kísérő intézkedéseket.

(Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention) (HOSPEEM, 2007), amelyek célja az etikus viselkedés előmozdítása és az etikátlan gyakorlatok megszüntetése az egészségügyi dolgozók határokon átvándorlása során.

Az EU vállalta, hogy összeállítja az EU-n kívüli országokból érkező egészségügyi dolgozók etikus toborzásának magatartási kódexét, valamint további lépéseket tesz annak érdekében, hogy minimalizálja azokat a negatív és maximalizálja azokat a pozitív hatásokat, amelyeket az egészségügyi dolgozók EU-ba történő bevándorlása a fejlődő országokra gyakorol. A kötelezettségvállalások teljesülésének szükségességét a cselekvési program végrehajtásáról 2008 szeptemberében elfogadott időközi jelentés is megerősíti.

6. A döntéshozatal támogató adatok

A fent taglalt kérdések kihívást jelentenek az egészségügyi rendszerek tervezőinek, szolgáltatóinak és irányítóinak. A helyzetet még bonyolultabbá teszi az egész EU-ra vonatkozó naprakész és összehasonlítható adatok és információk hiánya például a képzésben lévő és elhelyezkedett egészségügyi dolgozók számáról, szakosodásukról, földrajzi eloszlásukról, korukról, nemükről és származási országukról. Mivel az Európa valamely részén jelentkező hiány máshol is éreztetheti hatását, az egészségügyi szolgáltatások megtervezéséhez és teljesítéséhez EU-szerte az összes egészségügyi hatóság számára fontosak az egész Európára vonatkozó információk. A WHO 2006-ban összeállított egy jelentést, amely öt országról – Egyesült Királyság, Észtország, Lengyelország, Litvánia és Németország – tartalmaz esettanulmányokat. A dokumentum megállapította, hogy közülük egy sem tudott pontos és hiánytalan információkat adni az egészségügyi szakemberek nemzetközi mozgásáról. A munkaerő-áramlás legáltalánosabb mérési módja az illetékes hatóságok által kibocsátott igazolások száma. Ezzel általánosan azoknak a szakembereknek a száma mérhető, akik fontolóra vették, hogy másik országba költöznek, ám közülük ezt nem teszi meg mindenki, mások pedig több alkalommal is nyújtanak be kérvényt. Az Észtországról szóló jelentés megjegyzi például, hogy a 344 igazolást kérő orvostól ténylegesen csupán 182 települt ki az országból. Az Európai Bizottság az ágazati elismerési rendszerekbe tartozó képesítések elismeréséről szóló határozatokról gyűjt adatokat, amelyek az alábbi weboldalon tekinthetők meg: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/

Ezek a másik tagállamba történő átköltözést, vagy valamely szakma ottani üzésének szándékát mutatják.

Mivel azonban nincs további információ arról, hogy a szakember valóban munkába állt-e egy másik tagállamban, nem költözött-e tovább egy harmadik országba, vagy nem tért-e vissza hazájába, ezért ezeket az adatokat csak részletesebb információk híján lehet használni.

Az EUROSTAT által az egészségügyi szakemberek számáról gyűjtött adatok a tagállamok által gyűjtött adatokra támaszkodnak. Ezek a következő weboldalon tekinthetők meg:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Ezen kívül jelenleg is zajlik egy EU által is támogatott OECD-projekt az orvosok és ápolók migrációjáról az 25 tagú EU-ban és a OECD-országokban; ez később más egészségügyi szakemberekre is ki fog terjedni. A projekt ugyan hasznos információkkal fog szolgálni, ám a különböző regisztrációs eljárások és a központi adatgyűjtés mértékének tagállamonkénti különbségei miatt mégsem lesz képes biztosítani a felhasznált adatok teljes összehasonlíthatóságát. Az európai migrációs hálózat (European Migration Network, EMN) nemzeti kapcsolattartó pontjai közül tizenegynek a bevonásával 2006 novemberében összeállított egy tanulmányt az irányított migrációról az egészségügyi ágazatban. Ez megállapította, hogy – különösen a harmadik országok állampolgáraiként az EU-ban dolgozó egészségügyi dolgozókról – korlátozottak az adatok, és gyakran még egyetlen tagállamon belül is számos forrás között oszlanak meg.

2. sz. melléklet: A külföldi ápolóképzés problémái, a hallgatók lemorzsolódásának kérdésköre

Lai és munkatársai (2006), a tajvani ápoló hallgatók egy csoportjában, arról számoltak be, hogy a lemorzsolódás a karrierlehetőségektől függ és azok között a diákok között, akiknél az ápolói szakma elsődleges választás volt ez az arány igen alacsony (19%). Nem meglepő, hogy a 2005-ös követési eredmények szerint a tajvani ápoló hallgatók 65%-a nem választotta az ápolói pályát a diploma megszerzése után (Lai és munkatársai, 2006).

Gaynor és munkatársai arról számoltak be, hogy Ausztráliában a lemorzsolódás aránya az első évben 25-27%. Hangsúlyozták, hogy kevés olyan kutatást végeznek, ami a lemorzsolódást számszerűsíthető bizonyítékokkal igazolja, és ami a hallgatói lemorzsolódást, valamint a diploma után a szakma elhagyásának okát vizsgálja (Gaynor és munkatársai, 2006). Jeffreys azt bizonyította, hogy jelentős eltérések vannak a lemorzsolódásban. Amerikai hallgatókat követett nyomon az ápolói programba lépésüktől kezdve, tanulmányaik és diplomázásukon keresztül, és az Ausztráliai adatokkal ellentétben úgy találta, hogy az első félévben a rossz vizsgaeredmények miatti lemorzsolódás aránya csak 9 % volt (Jeffreys, 2007). Az Egyesült Államokban a lemorzsolódási arány nemzeti átlaga az altató ápoló hallgatók között 7% volt (9% szórás), ami Jeffreys észrevételeit erősíti. Ugyanakkor az egyéni hallgatói lemorzsolódás aránya 0% és 41% között mozgott (Dosch és munkatársai, 2008).

A hallgatók lemorzsolódási aránya egy nyolc éves monitorozott időszakban 19% volt, ami Glossop szerint (2002) kedvezőbb, mint az Egyesült Királyság ápoló hallgatóinak lemorzsolódási aránya. A lemorzsolódási adatok nagy eltérésének oka azonban szerteágazó. Figyelembe véve a fő okokat, a szakmai felkészültség vélt hiánya, nagyfokú stressz a klinikai gyakorlat során, a tanárok / klinikai személyzet támogatásának vélt hiány mind negatívan befolyásolták a diákokat, hogy az ápolói pályán maradjanak (Lai és munkatársai, 2006) ; (Lai és munkatársai, 2008) ;(Shih-és Chuang, 2008) (Glossop, 2002).

Ausztráliában a fáradtság nem megfelelő kezelését és a képzés alatt tapasztalt súlyos pszicho-szociális stresszt azonosították az ápolási szakma idő előtti elhagyásának elsődleges okaként (Rella és munkatársai, 2009). A munkakörnyezet hatása (vezetési stílus, diáktársak magatartása, a fizikai kimerültség) is jelentős előrejelzője lehet a diákok és friss diplomások lemorzsolódásának (Christmas, 2008).

Park és munkatársai felsorolták azokat a munkahelyi környezeti tényezőket, beleértve a promóció hiányát és a növekvő felelősséget, mint motivációs tényezőket, amelyek a friss diplomásokat munkahelyváltásra, utazásra és tengerentúli munkavállalásra ösztönzi (Park és munkatársai, 2007). Miközben Olaszországban a szakmai kompetenciák használata és a szakmai előmenetel kulcsfontosságú tényezőnek bizonyult, amikor a friss diplomások ápolói munkát vállaltak, a műszakok száma valamint a vezetőség / főnövér vezetői képessége jelentéktelen előrejelző tényezőként szerepelt a pályán maradáshoz (Palese és munkatársai, 2009). A lemorzsolódást előrejelző további változók társadalmi-demográfiai jellegűek voltak. Azok a diákok, akik a belépéskor idősebbek voltak, nagyobb valószínűséggel járták végig a teljes ápolási programot, mint fiatalabb társaik, emellett, akik belépéskor alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeztek kisebb valószínűséggel diplomáztak, mint magasabb iskolai végzettségű társaik. (Prymachuk és munkatársai, 2009).

A férfi hallgatók körében az elszigeteltség és a kirekesztés érzése ugyancsak megnövelte a korai lemorzsolódás kockázatát (Prymachuk és munkatársai, 2009); (Stott, 2007). A klinikai gyakorlat túl korai bevezetését is összefüggésbe hozták a leendő diplomás ápolók lemorzsolódásával. A tanárok pozitív hozzáállása és klinikai mentorálása, az ápolószemélyzet fokozott együttműködés, a pozitív klinikai tapasztalatok és elégedettség a klinikai tapasztalatokat illetően, beleértve a betegek és családjuk pozitív visszajelzése a pályán maradás pozitív előrejelzőjei (Barnett és munkatársai, 2009); (Beecroft és munkatársai, 2006); (Cleary és Happell, 2005); (Shih-és Chuang, 2008).

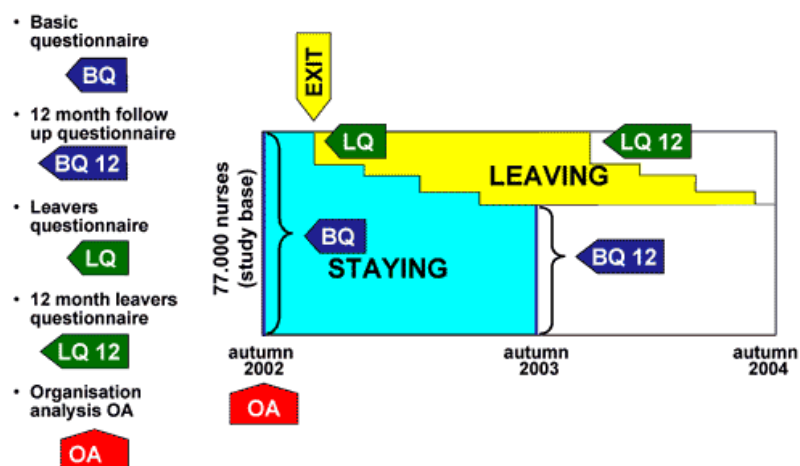
Számos tanulmány foglalkozott azzal, hogy mennyire meghatározó szerepe van az oktatásnak és az oktatási intézmények által nyújtott támogatásnak abban, hogy a diákok befejezzék tanulmányaikat és a diploma megszerzése után a pályán helyezkedjenek el (Myall és munkatársai, 2008) ; (Sharples és munkatársai, 2007). Ezek közül Shelton (2003) megállapította, hogy közvetlen kapcsolat áll fenn az oktatási intézmény támogatása és hallgatók megtartása között. Azok a diákok, akik az oktatási intézmény nagyobb támogatásáról számoltak be, nagyobb valószínűséggel fejezték be tanulmányaikat, mint azok a társaik, akik vagy magán elhatározásból vagy rossz tanulmányi eredmények miatt hagyták el az intézményt. Az oktatási intézmény elkötelezettsége a hallgatók sikerét tekintve a legfontosabb megtartó erőnek bizonyult, ami tovább segítette a diákok tanulmányi előmenetelét. Hozzájárult a szakma iránti pozitív hozzáállás és szocializáció kialakításában (Campbell és Davis, 1996); (LaMastro, 2001); (Watkins, 1997).

3. sz. melléklet: A NEXT vizsgálat részletes bemutatása

Ápolók Korai Pályaelhagyási Vizsgálata - A NEXT vizsgálat

A pályaelhagyás kérdésének vizsgálata az Európai Unióban is fókuszba került tekintettel a tagállamokban fellépő ápoló hiányra és a globális migrációs mintákra. Éppen ezért az EU úgy határozott, hogy megrendel egy felmérést, ami később az Európai NEXT (Ápolók korai pályaelhagyása) tanulmány nevet kapta 2005-ben (NEXT, 2005). Ez a legátfogóbb európai kutatás, amely az ápolók munkahelyi feltételeit vizsgálta, illetve, hogy azt, milyen okok és körülmények miatt hagyják el az ápolók idő előtt szakmájukat Európában.

A NEXT vizsgálatot az EU (QLK6- CT-2001-00475) finanszírozta, és részt vett benne: Belgium, Finnország, Franciaország, Németország, Nagy Britannia, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Svédország és Szlovákia. Több mint 40 kutató, és 14 kutató intézmény, beleértve a NEXT tanulmányi csoportot is. A tanulmány fő része 2002. februártól 2005. júniusig tartott. A NEXT kutatói csoportja 10 országban gyűjtötte össze és elemezte 56. 406 résztvevő keresztmetszeti adatait, beleértve 18.796 ápoló hosszmetzeti adatait. Mindent összevetve 65. 963 kérdőív és 220 szervezeti gyorslista került kitöltésre a vizsgálat ideje alatt. Ezek széles körű alapot biztosítottak a NEXT kutatóinak az ápoló szakma idő előtti elhagyásának vizsgálatához. A NEXT- felmérés módszeres megközelítéssel vizsgálta azt a problémát, ami az ápolók munkaerő hiányát okozza, melyről részletesen ír a dolgozat 2.1.3.3.-as fejezete. A NEXT-felmérés során hosszmetzeti felmérési mintát alkalmaztak. A résztvevő országokban egyformán történt a mintavétel. Először felvételre került az alap kérdőív (1.a. ábra).



1.a. ábra: A NEXT kérdőíve - Design of the European NEXT-Study

A vizsgálat elején ezt a kérdőív típust volt küldték ki minden ápolónak a résztvevő intézményekben. A kérdőív a munkahelyi és magánéletre kérdezett rá, és a válaszadók jövőbeli elképzeléseire. Ezt követően felvételre került a pályaelhagyók kérdőíve.

A következő 12 hónapban mindazok, akik kitöltötték az első kérdőívet és időközben elhagyták akkori intézményüket, kaptak egy további kérdőívet. Ez a pályaelhagyásuk mögötti okokat vizsgálta. Ezután kitöltésre került a pályaelhagyók kontroll kérdőíve, az intézmény elhagyása után egy évvel. Ez a pályaelhagyás lépésének hatásait és következményeit vizsgálta. Legvégül következett a maradók kontroll kérdőíve. Minden résztvevő, aki maradt az intézményében, az első kérdőív után egy évvel kapta a következőt. Azt vizsgálták ezzel, hogy történtek-e változások és munkájuk folytatásának milyen következményei, eredményei voltak. Emellett történt egy szervezeti elemzés is, mivel az intézményi tényezők is hatással vannak a pályaelhagyásra, egy ilyen jellegű elemzést is el kellett végezni az intézményekben. Egy gyorslista használatával az intézmények bemutatták a meghatározó paramétereket és a gazdasági irány alapját (pl. fejlesztés folyamata, újraszerveződés, intézményi oktatás).

A NEXT-vizsgálat leírta és elemezte az európai ápolói személyzet munkahelyi körülményeit, megállapítja azokat az okokat, amelyek miatt az ápolók fontolgatják a szakma elhagyását. Ezen kívül megfogalmazza a szakma korai elhagyásának okait (munkával kapcsolatos, társadalmi és személyi okait), beazonosítja a korai elhagyás rizikócsoportjait, tanulmányozza a korai pályaelhagyás egyénre és az intézményre tett hatását. Ezeken kívül meghatározta az egészségügyi szakmával kapcsolatos „egészséges előregedés” feltételeit, kiválasztja a munkahelyi egészség megőrzés célcsoportjait annak érdekében, hogy fenntartsák az európai ápolók munkaképességét. A NEXT gyakorlati megvalósításában során összesen 10 ország összesen 623 egészségügyi intézménye vett részt: 10 országban 185 kórházi, 187 ápolási otthon, 74 otthonápolási szolgálat és 177 idősok otthonában került kitöltésre a kérdőív. A felmérés kiindulási pontja volt az a tény, hogy az ápolóhiány világjelenség és előre láthatóan 30 %-kal fog növekedni 2020-ra. Ez a hiány gazdasági és egyéb tényezők együttes eredményeként jelenik majd meg.

A NEXT megvizsgálta az ápolás szerkezeti hátterét Európában, összehasonlították az alapműveltséget (1.a. táblázat), a szakmai fejlődés helyzetét (nyilvántartásba vétel minden országban, kivéve Németországot) (2.a. táblázat) és az ápoló munkaerő általános tényezőit, pl. ápoló sűrűséget (3.a. táblázat), a nemi viszonyokat a képzettség függvényében (4. a. táblázat) és az ápolók korai nyugdíjba vonulását is (5.a. táblázat).

1.a. táblázat: Az ápolóképzés rendszere a NEXT vizsgálat szerint

	BE	DE	FIN	F R	GB	IT	N	NL	PL	SWE	SLK
Belépés éve	18	16	-	-	17,5	19	18	16	17	19	15/18
A képzés szintje	Magasabb, mint gimnázium	Alacsonyabb, mint gimnázium	Magasabb, mint gimnázium	-	Gimnázium	Magasabb, mint gimnázium	Magasabb, mint gimnázium	Magasabb, mint gimnázium	Gimnázium	Gimnázium	Gimnázium
Alap akadémiai oktatási szint	Nincs	Nincs	Van	-	Van	Van	Van	Van/ Nincs	Van/ Nincs	Van/ Nincs	Van/ Nincs
Utolsó változtatás időpontja	2001	2004	-	-	-	2001	2004	1993	2006	1999	2006

2.a. táblázat: Az ápolóképzés törvényi háttere a NEXT vizsgálat szerint

	BE	DE	FIN	FR	GB	IT	N	NL	PL	SWE	SLK
<i>A szektorális direktívák alapjai</i>											
A regisztrációs cím védelem	igen	nem	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen	ig
A regisztráció önállósága	állami	-	speciális önállóság	állami	szakma tanács	állami	speciális önállóság	speciális önállóság	szakma tanács	speciális önállóság	képviselő
A standardok megújítása	nem	nem	nem	nem	igen	nem	nem	kidolgozás alatt	igen	nem	nem

3. a. táblázat: Ápolók száma országonként és a népesség a NEXT vizsgálat szerint *1993 **2000

Országok	Ápolók száma országonként (2004)	Népesség (*1,000,000) (2001)	Ápolósűrűség 100,000 lakosra	A teljes költségvetésből GDP arányosan az egészségügyre fordított kiadások (%GDP, 2002)
Belgium	109,195	10.3	1,074	9.1
Németország	783,000	82.3	950	10.9
Finnország	112,637	5.2	2,171	7.3
Franciaország	397,506	59.6	667	9.7
Nagy Britannia	284,578	57.3*	496	7.7
Olaszország	256,860	57.5	446	8.5
Norvégia	92,791	4.5	2,064	9.6
Hollandia	189,632	38.7**	490	6.1
Lengyelország	189,632	38.7**	490	6.1
Svédország	86,512	8.9	977	9.2
Szlovákia	39,428	5.4	731	5.7
összesen	2,478,755			
Adat helye	WHO	WHO WHO	WHO	OECD

4.a. táblázat: A férfi ápolók aránya és a regisztrált ápolók aránya

Ország	Vizsgálat ideje	Férfi ápolók aránya a mintában % -an	Férfi ápolók % arányban a NEXT alapkérdőívben	Regisztrált ápolók % arányban (minden fajta ápolók)
Belgium	2001 **/1995	10.2 (n=44,988)	9.0 (n=3,649)	88.5 (n=104,554)
Németország	2000	17.2 (n=1,220,000)	17.2 (n=3,067)	89 (n=1,220,000)**
Finnország	2000	7 (n=119,600)	4.7 (n=2,424)	46.7 (n=119,500)
Franciaország*	2001	13.7 (n=639,043)	11.5 (n=2,667)	45.3 (n=639,043)
Nagy Britannia	2003	10 (n.a.)	6 (n=2,051)	91 (n=293,998)
Olaszország	2001	21 (n=320,800)	25.9 (n=5,529)	97 (n=320,800)
Norvégia	-	-	8.8 (n=2,156)	-
Hollandia	1996/2002	9.7 (n.a.)	10.2 (n=3,538)	42.1 (n=319,000)
Lengyelország	1999	1.1 (n=166,006)	0.9 (n=4,319)	-
Svédország	2002	10 (n.a.)	-	43 (n=209,100)
Szlovákia	-	-	1.6 (n=2,534)	-

5.a. táblázat: Az 50 évnél idősebb résztvevők aránya a NEXT vizsgálatban (Ntotal=39,028).

	BE	DE	FIN	FR	GB	N	N	NL	POL	SLK	Total
50 év alattiak	3,686	3,018	2,628	4,275	2,017	4,873	1,710	3,331	3,822	2,743	32,103
%	85.3	85.3	66.9	80.4	78.6	87.9	73.8	83.0	88.8	83.5	82.3
50 évesek és 50 év felettiek	3,686	519	1,302	1,041	548	670	607	680	680	542	6,925
%	12.7	14.7	33.1	19.6	21.4	12.1	26.2	17.0	11.2	16.5	17.7

Az európai ápolóképzést két fő áramlat befolyásolja és nehezíti meg, hogy átfogó képet kaphassunk: majdnem minden ország most készíti és valósítja, meg vagy már megvalósította a szakmai alapképzésről való váltást magasabb szintű képzésre és a Bologna-rendszer eredményeként, a magasabb szintű képzés átmeneti állapotban van; ez kihat minden elméleti tanszakra, különösen az „új” tanszakokra, mint pl. az ápolás.

A nemzeti képzési mintáktól függően, az ápolási képzésben való részvétel minimális korhatára 16-19 év, habár a jelenlegi bekerülési kort meghatározza az iskola befejezése vagy a nemzeti ápoló képzésre vonatkozó törvénykezés (továbbá a közösségi irányelvek követelményei is).

Az iskola elvégzésének követelményei is változóak a nemzeti oktatási törvénykezés szerint. Rangsorolva azokat az alacsonyabb szintű képzéstől (pl. Dánia) kezdve a magasabb szintű képzésekig (pl. Svédország, Nagy-Britannia), egyeztetve a követelményeket az egyetemi szintű képzéssel. Míg Svédországban, Norvégiában, Finnországban, Olaszországban és Nagy-Britanniában az ápoló képzés megfelel a magasabb szintű egyetemi képzésnek, addig a Benelux-államok, Lengyelország és Szlovákia most vezetik ezt be (Lengyelország És Szlovénia.) vagy mind az egyetemi és a nem egyetemi képesítés is megengedett (Benelux). Csak Belgiumban és Németországban folyik szakmai alpfokú ápoló képzés. De ezekben az országokban további, magasabb szintű tanulmányokra is van lehetőség. (pl. Németországban ápolási menedzsment, vagy ápolástudományi diploma főiskolai vagy egyetemi szinten). Ettől eltérően néhány országban általános gondozási képzés és speciális alapképzés is létezik. Olaszországban és Németországban a gyermekgyógyászati ápoló képzés és Finnországban a közegészségügyi ápolói képzés az ápolás speciális területeire koncentrál és megfelelnek a szerkezeti irányelveknek. Az ápolói létszámsűrűség tekintetében, a vizsgálat szerint az ápolói munkaerő pontos számát nagyon nehéz meghatározni az egyes országok eltérő nyilvántartási rendszerei miatt. Szükséges ezért kidolgozni egy Európában egységes nyilvántartási rendszert.

A WHO szerint kb. 2,5 millió regisztrált ápoló dolgozik a 11 résztvevő országban.

A nem és a képzettség tekintetében a különböző intézményekből gyűjtött adatokat nemzeti sajátosságok szerint kell részletezni. A férfi ápolók aránya 1 % körül van Lengyelországban, míg 21 % Olaszországban, ami azt jelenti, hogy az ápolók legalább 80 %-a nő, ezért nevezik az ápolói szakmát „nőies” foglalkozásnak. Az ápolók korai nyugdíjba általános jelenség, főleg az egészségügyi dolgozók körében. A teljes mintát tekintve 17,7 % volt az 50 feletti ápolók aránya. Jelentős különbségek voltak országonként, Finnországban volt a legmagasabb arány (33,1 %) és Lengyelországban a legalacsonyabb (11,2%). Ez leginkább a nemzetközi munkaerőpiac és a nemzeti nyugdíjpolitikát befolyásolja.

Másik fontos tényező a munkaerő tervezési stratégia. Valószínű, hogy a regisztrált ápolók korai nyugdíjba vonulásának mélyreható nyomai lesznek az ápoló szakmát tekintve. A harmadik tényező ahhoz kapcsolódik, hogy a korai nyugdíjba vonulással a szakma elveszíti a legtapasztaltabb munkaerőit.

Nemcsak Európában, de az egész világon egyre növekvő problémát jelent az ápolók hiánya. 2002-es beszámoló szerint a legfejlettebb országok szembesülnek vagy fognak szembesülni az ápolóhiánnyal. Az amerikai Munkaügyi Statisztikai Hivatal 2001-es becslése szerint az USA-ban több mint 1 millió új ápolóra lenne szükség a 2010-es évre. Előre láthatóan 2020-ra 30 %-kal fog nőni a hiány. Egy nem régi OECD jelentés szerint az OECD országokban a következő felszíni okok szerepelnek az ápolóhiány listáján: gazdasági növekedés, népesség növekedés, elöregedő társadalom, technológiai újítások és magasabb beteg elvárások. Az ápolók hiánya és nem elegendő személyzeti ellátottsága számos mutatóhoz kapcsolható, pl. beteg halálozás, ártalmas balesetek és fertőzések.

Az ápolóhiányt 4 tényező határozza meg:

- A betegápolás igénye
- Az ápolók jelenléte a társadalomban
- Az ápolók szándéka ápolóként dolgozni (lehetőség szerint aktív ápolóként)
- Az egészségügyre és az ápolókra fordított pénzügyi források

A legtöbb Európai országban igény van az ápolókra. Habár a négy felsorolt összetevő lényegileg különböző lehet a különböző országokban és régiókban. Kelet-Európában az ápoló társadalom létszámaránya alacsony. Ott még nagyobb az igény az ápolók iránt és sok munkanélküli ápoló dolgozna, de pénzügyi források hiánya miatt kevesebb ápolót foglalkoztatnak, és sőt még elbocsátásokra is sor került. Számos Skandináv országban a képzett ápolók száma nem éri el a kívánt szintet.

Sok európai ország a lakosság számának megfelelő ápolói létszámmal rendelkezik, de közülük nem dolgoznak elegendően az ápolásban különböző okok miatt. Ezeknek a feltételeknek kellene legfőképpen megváltozniuk rövid időn belül. Buchan és Calman a következőképpen összegezte ezt a szituációt: „A „hiány” nem csupán számok vagy gazdasági modellek játéka, hanem ez egyéni és közösségi döntéshozatal és választás. Ezeket a tényezőjét is számításba kell venni, amikor összehasonlítást készítünk az európai ápolás tényezőiről, mint pl. az ápolók szakmai lehetőségei.

A NEXT-felmérés eredményei változásokat vártak az ápolók munkaerőpiacán számos európai országban. A kelet-európai országok bevonásának hatása az európai munkaerőpiacra nem ismert.

2004. május 1. óta az új tagállamok lakói szabad utat kaptak számos európai ország munkaerőpiacára és néhány éven belül minden országára. Ez két kérdést vet fel: Milyen mértékben fontolják meg az ápolók a külföldön dolgozást? Az ápolók Kelet-Nyugat irányú vándorlása milyen mértékben fogja befolyásolni az ápolóhiányt a kelet-európai országokban?

Az évtizedek során ápolók elvándorlása világméretű és egyre növekvő jelenség lett. Az elvándorlás pozitív és negatív hatásokkal is összefügg mind a kibocsátó, mind a befogadó országokban. Az ápolók toborzásának etikai irányelvei a gyakorlatban korlátozott módon jelennek meg.

A Next-felmérés bizonyította, előregedő a munkaerő az EU-ban. Ezért a nyugdíjba vonulás várhatóan hajtóerőként fog szerepelni az elkövetkező évtizedekben az ápolók helyettesítését illetően. Ami a kifelé irányuló vándorlást illeti, a tanulmány kimutatta, hogy 2003-ban minden 5. (21%) szlovák és minden 8. lengyel (12%), aki részt vett a NEXT-felmérésben, gyakran gondolt arra, hogy külföldön folytatja munkáját. Egy évvel később ez az arány Szlovákiában 11 %-ra csökkent, míg Lengyelországban 21 %-ra nőtt. A tanulmány szerint az Egyesült Királyság és Írország főként a fejlődő országokból és más, európai országokból toboroz ápolókat. Lényeges az európai országok közötti áramlás is, pl. 2001-ben és 2002-ben évente 1000 ápoló áramlott az Egyesült Királyságból Írországra és évente kb. 1000 ápoló Norvégiába a többi északi államból. Ennek ellenére a külföldi ápolók aránya még mindig alacsony. A bővülő EU-ba való bejutás és a kölcsönösen elismert, EU-ban szerzett diplomák bizonyára az ápolók még nagyobb áramlását idéz elő az EU munkaerő piacára.

A NEXT-tanulmányt 2005-ben lezárták, ezért ezekről az elvándorlási mintákról kevés információt sikerült gyűjteni.

Az ápolói pálya elhagyásával kapcsolatosan az összes NEXT minta 15,4 %-a válaszolta azt, hogy nagyon gyakran gondol az ápolói pálya elhagyására (legkisebb ez az arány Hollandiában (8,8 %) és legmagasabb az Egyesült Királyságban (36,2 %)). Ez a szám alacsonyabb az Aiken és munkatársai (2001) által kapott eredménynél, de még mindig meghatározó a potenciális munkaerőhiányt tekintve.

A korai pályaelhagyás fő okai a személyes egészségügyi tényezők és rugalmatlan munkabeosztás voltak. A NEXT-felmérés elősegítheti egy vita megindítását az ápolóhiányról és a módszerekről, amivel megoldható lenne. Ezt az egyéni intézményekben, régiókban és országokban történő vizsgálattal lehetne kivitelezni. A cél az, hogy vonzó szakmává váljon az ápolás és szakmán belüli egészséges öregedés legyen biztosított.

- Az ápolóhiány világjelenség és előre láthatóan 30 %-kal fog növekedni 2020-ra.
- A hiány gazdasági és egyéb tényezők együttes eredménye.
- A NEXT-felmérés eredményei változásokat várnak az ápolók munkaerőpiacán számos európai országban.

4. sz. melléklet: A hazai „újkori” ápoló képzés részletes bemutatása, és a jogi szabályozás kifejtése

Az „újkori” ápolóképzés részletes bemutatása

Az 1990-es évek elején a szakmai tudásszint lemaradása szükségessé, az államformaváltozás, pedig lehetővé tette Magyarország számára is az Európához való felzárkózást, az ápolás nyugati standardjainak érvényesülését. A rendszerváltás környékén szinte egy időben indult el a középfokú és felsőfokú ápolóképzés fejlesztése. A változtatás egyik sarkalatos eleme volt, hogy a tanulók már nem 14 éves korban döntöttek az ápolói hivatás választásáról. (Balogh, Borbás, Lakó (szerk) 2008). 1993-ban sor került a képzés átalakítására, mely már figyelembe vette az Európai Unió és az Európa Tanács ápolóképzésre előírt irányelveit, illetve ajánlásait. Az Európai Tanács 1993-ban határozatot hozott a személyzet többirányú képzésének megszervezéséről. Az ápolói szakterületen az alapképzések minimumkövetelményeit az Európai Unió 77/452/EGK és a 77/453/EGK ET irányelvek szabályozzák, ezeken túl a tagállamok hatáskörében hagyják a képzés szervezésével kapcsolatos egyéb kérdéseket (Galambos, Vízvári, 2002). Az EU-irányelveket figyelembe véve elmondható, hogy óriási előrehaladás történt az ápolói szakma korszerűsítésében az elmúlt évtized során. A 2005/36/EK IRÁNYELV 31. cikkében foglaltak a következők: „Az általános ápolói képzés legalább hároméves vagy 4600 órás elméleti képzést és klinikai gyakorlatot foglal magába, amelyen belül az elméleti képzés tartama a teljes képzés minimális időtartamának legalább egyharmadát, a klinikai gyakorlat, pedig legalább a felét teszi ki.” (2005/36/EK IRÁNYELV 31. cikk). A diplomás ápoló képzés szélesebb igényeket kielégítve a korábbi három vidéki orvosegyetem keretei között, a Project HOPE (Health Opportunities for People Everywhere) támogatásával indult 1993-tól. A kiadott bizonyítvány ápolói képesítést igazoló dokumentum, amellyel birtokosa az ápolás legtöbb területén elhelyezkedhet. Erre az alapképzésre épül a klinikai szakosítás, ahol az iskolarendszeren kívüli képzés keretében szakképesítést lehet szerezni (pl. intenzív terápiás szakápoló, onkológiai szakápoló, műtősnő stb.). A képzés célja: magasan képzett, szakszerű ellátást nyújtani tudó szakemberek kibocsátása, akik részt vesznek a megelőző, a gyógyító és a rehabilitációs munka folyamataiban (Diplomás ápolóképzés curriculum, 1993/1994). A következő fejlesztés időszakát az Országos Képzési Jegyzék (OKJ) hatályba lépése jelentette 1994-ben (14/1994. (IX. 15.) NM rendelet).

Az ápolóképzés modernizálása az EU direktívának megfelelő módon ment végbe Vízvári szerint (Vízvári, 2002). E modellben a belépés érettségi után lehetséges.

Új moduláris szakmai és vizsgakövetelmények készültek és a képzési rendszer struktúrája is megváltozott. Az oktatás iskolarendszerben és iskolarendszeren kívül folyik.

Az OKJ összegzi az egyes szakképesítések főbb jellemzőit. A program 3 éves képzésben 4.600 órában történik, megegyezően a főiskolai szintű óraszámával, ami párhuzamosságokhoz kialakulását eredményezte az ápolóképzési struktúrában.

Az egyetemi szintű ápolóképzési program indítását kiváltó okok közzé tartozik mindenekelőtt az a változás, ami az ápolásban a világ fejlett részén a XX. században, különösen annak utolsó harmadában végbement. Az ápoló a betegek ellátásában az orvos legközvetlenebb segítője, ő tölti el a legtöbb időt a betegekkel, munkája meghatározó része a betegellátás minőségének, mégis hosszú időn keresztül alacsony képzési szintje miatt az ápolás csak az orvosi utasítások végrehajtására korlátozódott. Világossá vált, hogy az ápolás holisztikus tevékenység, nem csak testi, de lelki szükségleteket is kielégít. Az ápolásnak nem csak a beteg emberek számára kell segítséget és gondozást nyújtani, de legalább ennyire fontos feladata a teljes népesség egészségének megőrzésében és fejlesztésében történő felkészült, tudatos és szervezett részvétel és különleges feladata, amikor annak ideje elérkezik, a békés halálba kísérés. Ápolói szervezetek, ezek nemzetközi fórumai alakultak. Az ápolók képzését egyre magasabb szintre emelték, az EVSZ és az EU előírta a képzés minimumát, és ösztönözte főiskolai, majd egyetemi szintre emelését, gyors fejlődésnek indult és jelentős eredményeket ért el az ápoláskutatás.

Az ápolás önálló hivatássá vált, számos országban az ápolók autonómiáját rögzítő törvények születtek, az ápolóképzés irányítása is az autonóm ápolói szervezetek jogkörébe került. Ezek Etikai Kódexeket alkottak, melyek előírásainak betartását szigorúan ellenőrizték. Mindezek eredményeként az ápolás hivatássá fejlődött, az orvosi és az egészségügyben jelentős szerepet betöltő egyéb hivatásokkal partneri kapcsolatba került, társadalmi presztízse jelentősen megnőtt (Illei, 2003).

Magyarországon a XX. század végére a WHO társadalom-egészségügyi programjai alapján körvonalazódott, hogy a fejlett országok társadalmában olyan változások mentek végbe, melyek kihívásokat jelentenek az egészségügy valamennyi szereplője számára. Hangsúlyosabbá tette ezeket a kihívásokat a rendszerváltozásból adódó egészségügyi szerkezetátalakítás igénye is, így a piaci verseny megjelenése, a finanszírozási szerkezet átalakulása, a minőségszemlélet előtérbe kerülése, a szekunder, terciér prevenció feltételeinek változása is (Betlehem, Boncz, Kriszbacher, Illei, Tahin, Bódis, 2008).

Újabb feladatok jelennek meg, melyek az ápolásszakma önálló hivatássá válását is elősegítik (Réthelyi, 2003).

A hagyományos szakmai érdekképviselően túl, melyet a Magyar Ápolási Egyesület jelenít meg 1989 óta, szükséges, hogy a professzionizálódó ápolás tudományos szakmaiságát szervezetek is képviseljék, mint pl. a MÁT (Magyar Ápolástudományi Társaság) vagy az STTI (Sigma Theta Tau) Magyarországi Egyesület. A szakmai karriercsatorna megteremtésének lehetősége az ápolásban is jelentkezett a hagyományos egyetemi képzések mellett (Zrínyi, 2000). A Felsőoktatási Törvény megkívánja, hogy a főiskolai oktatók egyetemi végzettségűek legyenek. A főiskolai ápolóképzés oktatói számára hosszú távon a szakirányú egyetemi végzettség és az ezt követően megszerzett gyakorlat jogosan megkívánható, ezért indokolt volt ennek az igénynek a kielégítésére az ápolóképzés egyetemi szintre emelése. Emellett a WHO Európai Régiójában az egészségügyi miniszterek aláírták a Müncheneri Deklarációt, mellyel hitet tettek amellett, hogy az ápolást és a szülésznői tevékenységet fontos megerősíteni, az ápolóképzést egyetemi tanszékek keretében kell végezni és az oktatók egyetemi végzettségű ápolók legyenek. Ezzel valamennyi aláíró kormány, így hazánk is felvállalta ezt a feladatot (Müncheneri deklaráció, 2000).

2000-ben végre Magyarországon is megalapították és elindították az első egyetemi szintű ápolóképzési programot a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán, Pécsen (85/2000. (VI. 15.) Korm. Rendelet). A képzési szint emelkedésével párhuzamosan nem valósult meg a főiskolai, egyetemi szintre épülő szakirányú szakképzési rendszerek kialakítása és így a meghatározó területeken továbbra is megmaradt a korábbi, középiskolai szintre épülő, középfokú szakképzés rendszere. Az Európai Felsőoktatási Térséghez való igazodásként valamennyi egészségügyi képzési programot az Európai Kreditátviteli Rendszer szellemében módosították, ami megteremti a lehetőséget a tanulmányok más EU-országban folytatására, sőt más EU-tagországok hallgatói hazánkban is folytathatnak tanulmányokat, konvertálható rendszerben. Az ápolóképzés szintjei ezzel már 2000-ben megvalósították a hazánkban 2006-ban a felsőoktatásban egységesen bevezetett lineáris kétfokú képzési rendszert a Bologna folyamat szellemében (Betlehem, 2005). Az ápolók képzésének szintjei jelenleg: (Balogh, Borbás, Lakó (szerk), 2008):

- ápolási asszisztens - kétéves program
 - érettségire épülő ápoló – hároméves program
 - főiskolai szintű –BSc ápoló – négy éves program
 - egyetemi szintű –MSc – BSc-re ráépülő másfél éves kiegészítő alapképzési program
 - doktori fokozat (Ph.D) megszerzésére irányuló- minimum három éves képzés
- Ezen kívül gyakorló ápoló képzés is indult 2009-től. Ennek helye az ápolási asszisztens utáni szinten lehetne, de ez csak résszakképesítés.

Ápolóképzés Magyarországon a Bologna Folyamat szerint

A magyar felsőoktatásban az átalakulás az úgynevezett Bologna Folyamat (The Bologna Declaration of June 1999) (Fésüs, 2004) keretében 2006-ban ment végbe.

A Bologna Nyilatkozatot (The Bologna Declaration of June, 1999) 1999-ben 29 európai ország (köztük Magyarország is) aláírta.

A rendszer lényege, hogy a duális szerkezetű, azaz egymástól elkülönülő, nehezen átjárható egyetemi és főiskolai képzési forma helyett lineális szerkezetet vezetett be. A hallgatók előbb felsőfokú alapképzésre járnak, amelynek végén egy alap-, közismert angol szóval bachelor-fokozatot (Bachelor of Science = BSc.) szereznek. Ezzel azonnal munkába állhatnak, de tovább is tanulhatnak. Kétségtelen, hogy ha két-három szemeszter után abbahagyják tanulmányaikat, az addig tanultakkal nem tudnak mit kezdeni a munkaerőpiacon. A második ciklusban mesterdiplomát, azaz master fokozatot (Master of Science = MSc) szerezhetnek. A képzés harmadik ciklusa a doktori fokozat (Philosophiae Doctor = PhD). A hatályos kétciklusú képzési rendszert a 381/2004. (XII. 28.) Kormányrendelet szabályozza (381/2004. (XII. 28.) Korm. Rendelet) amely alkalmazkodik a Bologna Nyilatkozat szelleméhez.

Az egészségügyi képzésben az európai oktatási miniszterek által megfogalmazott célkitűzések más súlypontokkal jelennek meg a többi felsőoktatási területhez képest. Az egészségügyön belüli paramedikális (nem orvos, fogorvos, gyógyszerész) képzések rendszere mutatja a legtöbb lehetőséget a bolognai folyamat szellemiségének megvalósítására (Betlehem, Sütő, Németh, Goján, 2008). Az ápolóképzés szakmai színvonalának emelése nem öncélú folyamat. Az egészségügyben dolgozó, magasan kvalifikált szakemberekkel való érdemi együttműködést nem lehet elvárni alacsonyan képzett munkatársaktól. Csak olyan ápolási szakemberek tudnak eredményes munkát végezni az egészségügyi ellátás hatékonyságának fokozása érdekében, akik megfelelő szakmai háttérrel rendelkeznek.

Az alapellátás felértékelődése, a közösségi-házi ápolás és az egészségfejlesztés előtérbe kerülése is szükségessé teszi az egyetemi szintű végzettség és a doktori iskola létrehozása mellett az Egészségügyi Főiskolai, illetve Egészségtudományi Karok szervezésében a felsőfokú szakirányú szakképzési rendszer kialakítását is. Az európai uniós tendenciákból világosan látható, hogy az ápolásban újabb kihívás jelent meg, ami az önálló doktori iskolák megindulásának igényeként jelentkezett. A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán a Magyar Akkreditációs Bizottság engedélye alapján a 2005/2006. tanévben elkezdte működését az Egészségtudományi Doktori Iskola is (Bódis, Kriszbacher, 2006).

A munkaerő-piaci mobilitás fokozódó igénye, az ápolói szakma gyors fejlődése a *”life long learning”*-et, vagyis az élethosszig tartó tanulást is elvárásként állítja a szakma képviselői elé, ami komoly kihívást jelent az egyén, és az oktatáson belül a továbbképzés vonatkozásában. Magas szinten és jól képzett, szakmát és hivatást szertő szakemberek aktív részvételére van szükség ahhoz, hogy a növekvő kihívásoknak az egészségügy területén eleget tudjunk tenni. Fel kell oldani az ápolóképzés szintjeinek, jelenlegi szerkezetének jelenlegi rugalmatlanságát, anomáliáit. A jövőbeni licenceknek ehhez kellene igazodni.

Az ápolóképzés jogi szabályozásának kifejtése, a szakképesítések elismerésének irányelvei

A szakképesítések elismerése az EU-ban csoportokba sorolható irányelvekkel történik (Hudák, Gellérné, 2003):

Átmeneti irányelvek: elsősorban az iparral, kézművességgel összefüggő foglalkozásokat ölelték fel. Az elfogadásban jelentős szerepet kapott a mintegy 3-6 év közötti gyakorlat igazolása és erkölcsi bizonyítvány.

Ágazati/szektoriális irányelvek: 1975-től napjainkig nyolc szakma gyakorlását szabályozó irányelv került elfogadásra. Ebbe a csoportba tartozik az ápoló, szülésznő, orvos, fogorvos, gyógyszerész, építész és az ügyvéd szakképesítés, illetve hivatás. Az ágazati irányelvek esetében valójában „harmonizációról” van szó. Az előírásokat a tagországok - rendkívüli eset kivételével – már a belépés előtt teljesítik azzal, hogy az irányelvekben leírtakat beépítik saját jogrendjükbe. Mind az ápoló, mind a szülésznő képzés tekintetében ún. Tanácsadó Bizottság (Advisory Committee) működik, amelynek tagjait és a tagokat helyettesítőket a tagországok jelölik. Az ápoló és szülésznő oklevelek/bizonyítványok automatikus elismerése – a többször módosított – ágazati direktívák alapján történik (Páva, Kovács, 2003).

Ebbe a csoportba az egészségügyi szakdolgozói képesítések köréből, csak az alábbi két szakképesítés tartozik:

Ápolói szakképesítésre vonatkozó irányelvek:

a) 77/452 EGK irányelv , b) 77/453 EGK irányelv

Szülésznői szakképesítésre vonatkozó irányelvek:

a) 80/154 EGK irányelv , b) 80/155 EGK irányelv

Az *a)* csoportba tartozó irányelvek az ápoló és a szülésznő hivatásra vonatkozóan írják le, hogy egyes tagállamokban milyen szóhasználatot, fogalmat használnak a szakképesítés megnevezésére és milyen címet viselhetnek.

Az irányelvek bemutatják a diplomákat/bizonyítványokat országonkénti megjegyzéssel, rögzítik a képesítéssel járó címhasználat eljárási rendjét. Kitérnek a honosítás jogára való külön megjegyzésekre, leírják a honosítás és szolgáltatások szabad gyakorlásának joga szempontjából a közös, illetve azonos feltételeket.

A *b) csoportba* sorolt két irányelv, azokat a főbb elveket és szabályokat foglalja össze, amelyek az ápoló vagy a szülésznő által végzett tevékenységeket – elsődlegesen a szakképesítés oldaláról – foglalják rendszerbe. Az irányelvekhez csatolt mellékletek rögzítik azokat az előírásokat, amelyek az ápolói, szülésznői szakképesítés egységesítését, harmonizálását szolgálják. Meghatározzák többek között a képzés idejét, óraszámát, a tanítandó tudomány területeket, az elmélet és gyakorlat arányát. Ezeken a területeken Magyarország 1993-tól kezdődően EU tagországok szakértőinek közreműködésével elvégezte a harmonizációt, mind az ápoló képzés, mind a szülésznő képzés területén. Az EU és Magyarország közötti csatlakozási szerződés V. melléklete rögzíti a szakmai címet, amelynek tulajdonosai élhetnek a csatlakozás után az oklevél/bizonyítvány elismerésével. Az ápolói szakmai cím megnevezése: „Ápoló”. A kibocsátó szerv szerint több fajta oklevél/bizonyítvány tartozik ide: iskola által kibocsátott: „ápolói” bizonyítvány - angol megnevezés: nurse, egyetem főiskola által kibocsátott: diplomás „ápolói” oklevél - angol megnevezés: nurse with BSc degree, egyetem/ főiskola által kibocsátott: egyetemi okleveles „ápoló” - angol megnevezés: nurse with MSc degree.

Általános irányelvek: A szektorális irányelvek helyett a szakképesítés elismerését új filozófiára helyezték és megalkották az ún. általános irányelveket. Itt már nem előzetes harmonizációról, hanem utólagos elismerésről van szó. Az elismerés folyamatában különböző megszorításokat tehetnek. (Pl.: a fogadó ország illetékes hatósága előírhat az alkalmassági vizsgát, vagy alkalmazkodási időt, esetleg a korábban végzett szakma gyakorlásának igazolását.)

Az első általános rendszer: a 89/48 EGK irányelv alapján működik és a legalább hároméves időtartamú felsőfokú szakmai képzést, tanúsító okleveleket ismeri el.

A második általános rendszer: a 92/52 EGK irányelv] alapján működik és a három évnél rövidebb időtartamú képzések, szabályozott szakmák elismerésére vonatkozik.

A harmadik általános rendszer: az 1999/42 EK irányelv alapján működik. Megalkotásával elsősorban az iparra, kereskedelemmel összefüggő ún. átmeneti irányelvek összehangolását célozták meg.

A 2001./19/EK ún. „egyszerűsítő” új irányelv egyik fő célja az volt, hogy – a személyek szabad mozgásának gyorsabb biztosítása érdekében és a bürokrácia csökkentése céljából – tovább egyszerűsítsék a szabályozott szakmák igazolásául szolgáló oklevelek/bizonyítványok, valamint az azok által tanúsított szakképzettségek elismerésére alkalmazott különböző jogi és eljárási rendet.

Egy szakma akkor szabályozott, ha az adott tagállamban a gyakorlásához oklevelet, vagy bizonyítványt írnak elő. A szabályozott szakmák köre országonként igen eltérő (Hudák, Gellér, Kiss, Lukács, 2003). Európában két nagy rendszer működik az oklevelek/bizonyítványok munkavállalás vagy továbbtanulás céljából történő kölcsönös elismerésére: *ENIC* (European Network of National Information Centres on Academic Recognition), *NARIC* (Network of National Academic Recognition Information Centres).

A két hálózat összeköttetésben áll számítógépes rendszerrel. Szorosan együttműködnek, és gyors információt kaphatunk a keresett ország oktatási rendszerről, a kiadott oklevélről, valamint az eljárási rendekről. Magyarországon Magyar Ekvivalencia és Információs Központja (MEIK) tölti be az ENIC/NARIC feladatokat.

Az ápolóképzési rendszerek kimeneti követelményei

Az ápolók képzésére vonatkozóan a képesítési követelmények a meghatározók. A jelenlegi ápolóképzést, ezáltal az ápolói képzettség alapján meghatározható kompetenciaköröket az alábbi rendeletek határozzák meg Magyarországon: OKJ ápoló képzés (21/2002 EüM rendelet), (14/1994 NM rendelet), Diplomás ápoló képzés (89/2005. Korm. Rendelet), (15/2006 OM Rendelet), Egyetemi okleveles ápoló képzés (85/2000 Korm. Rendelet). Balogh szerint (Balogh, 2007) egyedül a jelenlegi OKJ ápoló képzés konkretizálja, hogy milyen jellegű kompetenciát ad az ápolók kezébe.

Ha megnézzük a képesítési követelményeket (KKK) az egészségügyi szakképzések és a felsőfokú képzések kimeneti követelményei (SZVK) eltérő filozófia mentén szerveződtek. Ez sokszor megnehezíti az eltérő képzési szintek követelményeinek összevetését és ez ebből adódó tevékenységek összehasonlítását.

Ha tartalomelemzést végzünk látható az, hogy a szakképzésben kialakított szakmai és vizsgakövetelmények sokkal részletesebb szerkezetűek, míg a képzési és kimeneti követelmények átfogóbb tartalmúak. Mindkét szabályozásban közös elem a szakmai kompetenciák mérése, jól lehet mindkét oktatási dokumentumban, megjelennek a személyes, társas és módszer kompetenciák is. Eltérés, hogy az SZVK-kban nem használnak kreditrendszert, holott a szakképzésben is lehetőség van egységes pontrendszer alkalmazására.

A két képzési rendszer összehasonlítását a szakmai kompetenciák tekintetében meg lehet tenni, jól lehet a felsőfokú képzések tekintetében a tevékenység részletes kibontása hiányzik (Betlehem, 2010). Nem tisztázott az sem, hogy kinek a feladata ennek a problémának a sürgető megoldása.

A 3/2010. (I.26.) EüM Rendelet Az ápolói tevékenység kompetenciáiról (amely csak az OKJ ápolók kompetencia köreit írja le és amely csak a fekvőbeteg ellátó rendszerben alkalmazható) (3/2010. (I.26.) EüM Rendelet) 2010. február 24-én módosításra került.

A 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet A szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép- emeltszintű, valamint felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről – közismert nevén licenc rendelet - pedig nem különíti el a középfokú/emelt szintű ápolói végzettségek birtokában megszerezhető licenc vizsgák, valamint a diplomás ápoló/ápoló (BSc) oklevéllel, az egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc) oklevéllel és a BSc/MSc ápolói végzettségre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzésekben szerzett képesítésre épülő licencek körét (15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet).

6.a. táblázat: *Diplomás ápoló/ Ápoló szakon főiskolai oklevelet szerzettek száma: 1993-2008

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nap.	-	26	57	47	134	148	221	202	242	256	177	144	140	145	101	129
Lev.	19	60	43	115	243	373	100	387	527	374	352	380	409	382	401	392
Össz.	19	86	100	162	377	521	321	589	769	630	529	524	549	527	502	521

Nappali tagozat: 2169 fő, Levelező tagozat: 4548 fő, Összesen: 6717 fő

*Forrás: Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban, Dr. Balogh Zoltán Ph.D., Dr. Betlehem József Ph.D, Papp Katalin, Tulkán Ibolya, Kovácsné Dr. Tóth Ágnes Ph.D., Nővér, 2009. 22. évf. 1.sz. 8.o.

7.a. táblázat: Az (5. 4.) OKJ ápolóképzésben végzettek száma

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nappali tagozaton végzettek száma	516	238	280	198	261	267	317
Levelező tagozaton végzettek száma	3034	1953	2315	2456	2454	1622	1080
Végzettek száma összesen	3550	2191	2595	2654	2715	1889	1397

8.a. táblázat: EEKH által kiadott igazolások száma általános ápolókra vonatkozóan

2005-2010.

Év	2005	2006	2007	2008	2009	2010.04.30
Kiadott igazolások száma	239 fő	113 fő	127 fő	153 fő	419 fő	86fő

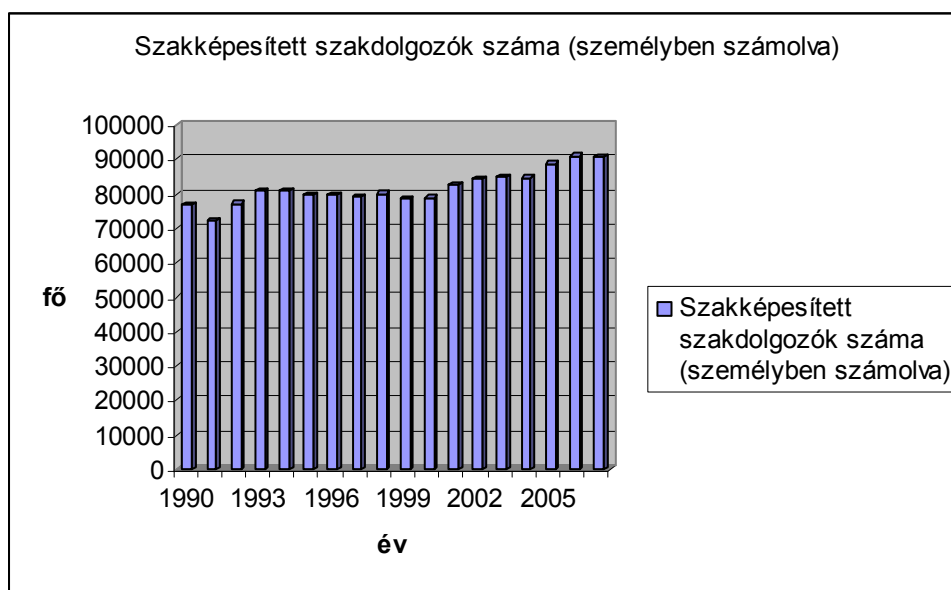
9.a. táblázat: A DEEK-n kiadott oklevelek száma ápoló szakon/ szakirányon 1997-2008 között

ABA = Ápolás és betegellátás alapszak , Forrás: DEEK Tanulmányi Osztály, 2009.

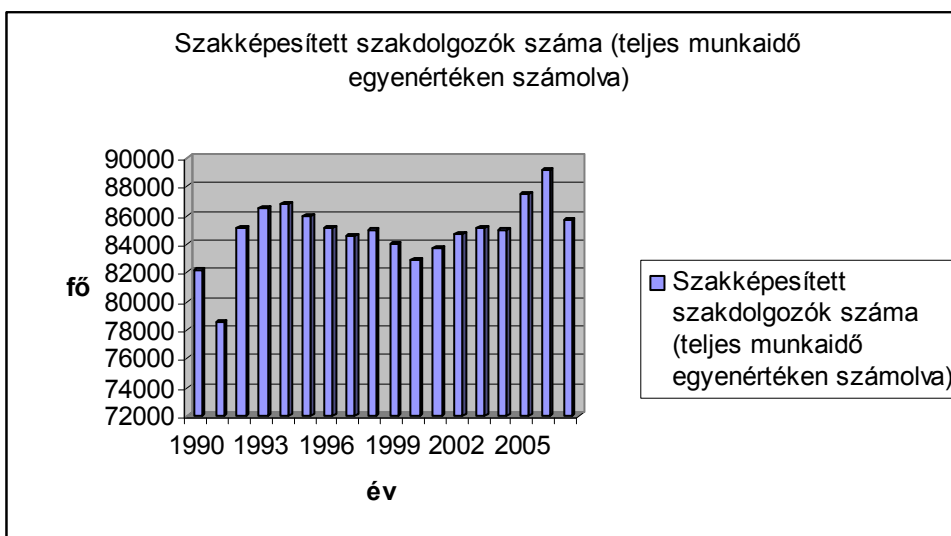
	Nappali tagozat			Levelező tagozat		
	Felvett	Tanulmányait befejezte	Oklevelét átvette	Felvett	Tanulmányait befejezte	Oklevelét átvette
1993	39	-	-	42	-	-
1994	54	-	-	61	-	-
1995	54	-	-	98	-	-
1996	39	-	-		34	34
1997	37	38	38		50	50
1998	48	35	35	96	35 + 57	35 + 57
1999	49	40	40	118	--	--
2000	48	26	25	65	104	100
2001	29	--	1	64	84	68
2002	22	--	--	126	39	39
2003	27	26	12	158	87	49
2004	41	31	23	159	83	45
2005	64	29	30	167	119	83
	ABA ápoló	--	--	ABA ápoló	-	-
2006	150	-	21	103	-	163
2007	147	-	22	82	-	163
2008	157	-	27	56	-	143

Nappali tagozat: 270 fő, Levelező tagozat: 912 fő, összesen: 1182 fő

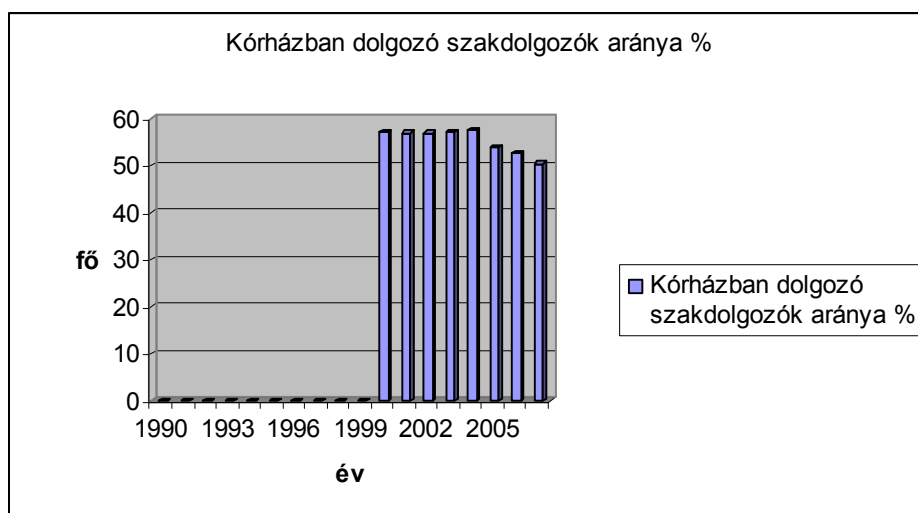
10.a. ábra: Szakképesített szakdolgozók száma, kórházban dolgozók aránya



ESKI – HFA Szakképesített szakdolgozók száma (személyben számolva)



ESKI – HFA Szakképesített szakdolgozók száma (teljes munkaidő egyenértéken számolva)



ESKI – HFA Kórházban dolgozó szakdolgozók aránya %

5 sz. melléklet: A hivatás presztízs csökkenésének okai

A hivatás valamely pálya iránti hajlamot, elhivatottságot és ennek alapján választott foglalkozást, életcélt jelent. Aki az ápolói foglalkozást választja élethivatásul, annak szakmai tevékenységét mind-untalan az emberek iránti figyelem, tisztelet, megbecsülés, szeretet, felelősségérzet kell, hogy vezérelje. Az ápolás tudomány és művészet. Tudományra jellemzően saját képzési rendszerrel, kurrikulummal és önálló kutatással rendelkezik. A megszerzett tudást speciálisan építi be sajátos rend-szereibe, miközben a végrehajtás során ellátást nyújt az egyénnek, családoknak, csoportoknak. Az ápolók fejlesztik művészetté, amikor gyakorlati munkájuk során az egyén szükségleteinek megfelelően a tudományokból vett ismereteket saját személyiségükkel is ötvözve integráltan alkalmazzák (Patricia, 1999).

Az ápolás társadalmi küldetéssel bír. Feladata az egyének, családok, csoportok segítése a társadalomban, egészségük megőrzése, fejlesztése vagy helyreállítása érdekében. Az ápoló ápolási diagnózist állít fel, ellátja az ápolási-gondozási funkciókat, melyek nagymértékben befolyásolják az egész társadalom egészségi állapotát, változásait. Az ápolószemélyzet partneri alapon működik együtt más egyéb egészségügyi szolgálatok és ezzel kapcsolatos hivatások képviselőivel.

Az ápoló az ápolás biztosítása során holisztikus betegellátást valósít meg, önálló döntéseket hoz, értékeli a rendelkezésére álló adatokat, és a betege számára a legjobb megoldást javasolja. Betegének jogait védelmezi és képviseli, ügyel biztonságára, tájékoztatására. Irányít, más egészségügyi szakemberekre ruházza át a felelősséget, ellenőrzi munkájukat, ésszerűen használja fel az erőforrásokat, összehangolja a betegellátó tevékenységet. Rehabilitál, oktató munkájával segít a betegség, vagy a fogyatékosság okozta változásokhoz való alkalmazkodásban. Ha szükséges, érzelmileg támogat, kommunikál a beteg–család–közösség között. Az ápoló egyúttal fejleszt is, kutat, oktat, értékeli az előrehaladást (Zrínyi, 2004). A felsoroltak gyakorlati érvényesülésére alig van valós lehetőség. A magyar ápolási gyakorlat nem alkalmaz olyan ápolási struktúrát, amely az ápolásban érzékelhető különbséget tenne az ápolók eltérő szintű, speciális tudásában. Ez közvetlenül nem csak a betegellátás minőségére hat ki, amely az utóbbi években romlott, hanem az ápolók sajátos kompetenciáira is. Az ápolói hivatás presztízsét jelentősen erodálja az a laikus felfogás, hogy az ápolók szakmai tudása értékelhetetlen, ez viszont tovább rontja a továbbképzésekkel kapcsolatos ápolói együttműködés értelmét. Ez különösen azért figyelemre méltó, mert a szakmai tudás birtokában sincs lehetősége az ápolóknak olyan területeken beavatkozni, amely a beteg állapotának javulását elősegítené.

Az ápolói munka nőies jellege, a gyermekvállalás és a munkaidő kezelése

Az ápolói hivatást zömmel nők töltik be. A munka női jellege mellett a következő okok sorolhatók fel: az ápolás tradíciói, mely szerint az ápolói tevékenység a nemi szerepekhez kapcsolódik, bizonyos női személyiségjegyek, az ápolás, mint rosszul fizetett szakma nem vonzó a férfiak számára, akikkel szemben a még mindig az az elvárás, hogy családfenntartóként működjenek. A többségében nők által végzett ápolói munka kapcsán a kórházaknak szembe kell nézniük a női életpályát jellemző sajátosságokkal, így elsősorban azzal, hogy a nők gyermekvállalási időszaka jellemzően a pályakezdés éveire esik. Ennek megfelelően munkába állás után nem sokkal szülési szabadságra mennek, majd a gyes-gyed időszaka alatt évekre, több gyermek vállalása esetén akár 5-6 évre is távol maradnak a szakmájuktól. A kisgyermek nevelésének időszakában a pályára történő visszaállást nehezíti, hogy a kórházi betegek ellátását a nap 24 órájában meg kell oldani, miközben az otthoni feladatok jelentős részét is a nők végzik. Neményi kutatásának eredményeképpen egyértelmű, hogy a pályakezdők mellett a szülés után vissza nem térők csoportja jelenti a pályaelhagyók másik nagy csoportját. Az anyagi megbecsültség mellett a munkaidő-beosztás válik a másik forrásproblémává azon nők számára, akiknek a család ellátásával össze kell egyeztetniük munkájukat. A szülést, a korai gyermeknevelési időszakot követően az ápolók nehézségei összetetté válnak, a folyamatos munkaidő is a pályán maradás gátjává válhat. Az elvándorlást, a pályaelhagyást már nem csupán a szakma alacsony anyagi megbecsülése motiválja, hanem a több műszakos munkabeosztás is. A munkavállalóra nehezedő teher, a munka és a család összeegyeztetésének nehézségei és az alacsony életszínvonal a családi életre mindenképpen kedvezőtlenül hat, ezzel magyarázzák, hogy az ápolók között sok a gyermekét egyedül nevelő, elvált anya. Ezen kívül a gyermekvállalás miatt, a több évig tartó távolmaradás azt is eredményezheti, hogy a munkába visszatérni kívánó ápolónők szakmai szempontból is hátrányba kerülnek. A család ellátásában a feladatok megosztását elősegítő intézmények (bölcsőde) szinte teljesen leépültek az utóbbi években. Az atomizálódott családokban az sincs, aki a beteg gyerekekkel otthon maradjon. A jelenlegi foglalkoztatási jogszabályok ugyanakkor a munkáltatókat abban teszik érdekeltté, hogy teljes állásban, minél jobban terhelhető munkaerőt alkalmazzanak, - a női munkatársaknak a legkeményebb férfi normáknak kell megfelelniük. Ez a nyomás annál erőteljesebb, minél nagyobb egy intézetben a létszámhiány: az ott maradókra az átlagosnál is nagyobb teher hárul. A családi, társadalmi és munkahelyi szerep ebből eredő összeegyeztethetetlensége sok várható esetben – különösen a közepes képzettségű kategóriákban – a pálya elhagyásának egyik legfőbb oka (ESZCSM, 2004).

Jellemzően a kórházaknak nincs kidolgozott politikájuk arra vonatkozóan, hogy a rugalmas időbeosztás mely formáit tartják leginkább támogathatónak, így többnyire a munkavállalóval egyénileg igyekeznek kialakítani egy, a kórház és a munkavállaló számára is elfogadható formát. A családos ápolónők leggyakoribb kérése az egy műszak vállalása, amely azonban többnyire csak azokban a kórházakban megoldható, ahol szakrendelést is folytatnak. Az egyműszakos állások száma a legtöbb kórházban limitált, továbbá az ágy melletti munkánál alacsonyabb díjazású, és a szakmabeli elhivatottság függvényében nem mindenki számára kielégítő munkakör.

Szakterületek közti különbségek, az ápolónői hivatás és a munkahelyi környezet

A munka jellege is hatással van az ápolók munkaerő-piaci helyzetére, az általános jellemző problémák ellenére nem egyforma a helyzet a különböző területeken dolgozó ápolók körében. Vannak osztályok, ahol a lelki megterhelés jelenti a legnagyobb problémát, ez áll a nagyobb fluktuáció hátterében, máshol a fizikai megterhelés mértékével magyarázható, hogy az ápolók rövid ideig maradnak az adott osztályon. Nem elhanyagolható a paraszolvencia kérdése sem, amely az egyes osztályokon dolgozó ápolók maradásában szerepet játszik. A napi munka jellegére, a szakmunka munkakörön belüli elismertségének mértékére a közvetlen munkatársként dolgozó orvosok hozzáállása hat. Az orvos-ápoló viszony jelentős mértékben átértékelődött az elmúlt évtizedben. Az ápolók egy jelentős része diplomát szerzett, a munkájuk ezzel nagyobb megbecsülésben részesül, inkább úgy tekintenek az ápolói munkára, mint ami az orvos munkáját kiegészíti, nem pedig alá-fölérendeltségi viszonyban áll vele. Ennek ellenére, vagy éppen emiatt konfliktusforrást jelent az orvos-ápoló viszonyban az ápoló munkájának megítélése, hiszen nem minden orvos volt képes e szemléletváltással azonosulni, partnerként viselkedni és az ápoló munkáját annak súlyán értékelni. Az ápolók közötti viszony is meghatározó a mindennapi munkavégzésben. A betegek és az ápolók közötti viszony is átalakult az utóbbi időben. Miközben a betegeknek az egészségügy által nyújtott szolgáltatásokkal szembeni elvárásai jócskán megváltoztak, az egészségügy reformja ezen a téren elmaradt. A kórházak igyekeznek egyéni megoldásokon keresztül alkalmazkodni a megváltozott elvárásokhoz. Ez az ellentmondás a beteg és ápoló közötti viszonyt is érinti, hiszen az ápoló az, aki a legtöbb időt tölti a beteggel, és akinél a szolgáltatással szembeni elégedetlenség leginkább lecsapódik. Az ápolói munkával járó lelki megterhelés a beteggel kialakított viszonytól is függ. Pikó megállapítása szerint is szerepe van a pályaelhagyásban és a dolgozók egészségi állapotában a munkahelyi légkörnek és a kapcsolatok elszegényedésének (Pikó, 1999).

6. sz. melléklet: Az egészségügyi dolgozók munkaerő vándorlására vonatkozó kutatások

Már a rendszerváltást követően az egészségügyben megindult munkaerő vándorlást a hazai egészségügyi szakemberhiány és a középfokú egészségügyi szakképzési rendszer beszűkülése tette indokolttá.

A bemeneti oldalon, tehát a képzés és az import tekintetében elmondható, hogy az európai orvos és ápolóképzést is visszafogták az elmúlt évtizedben, az emiatt kialakult orvos- és ápolóhiány épp most jelentkezik nagy erővel. Ehhez hozzájárul hozzá a hazai egészségügyi szakképzés és felsőfokú képzés EU-konformitása is (Vízvári, 2005). Az import tekintetében a migrációs munkaerők motivációi Garaj kutatása alapján 3 nagy csoportba sorolhatók: 1. Univerzális motivációk: az alacsony kereset, a rugalmatlan munkaidő, a nehéz munkahelyi megterhelés, a folyamatos képzés hiánya, szegényes karrierkilátások. 2. Személyes szintű motivációk: külső kényszer vagy taszító hatás és az ezekkel szemben álló ún. jóléti vagy húzó hatás. 3. Sajátos magyar nemzetiségi létből fakadó motivációk: magyar ajkú immigráns munkavállalók jelenléte (Garaj, 2008). Helyzetükre jellemző a kettős identitás megélése, a magyar munkakörnyezethez való asszimilálódás és az erős érzelmi, kulturális kötődés. Többségük elsősorban Romániából, Szlovákiából és Ukrajnából érkezett. A bevándorló egészségügyi szakdolgozók mobilitását, migrációját és társadalmi-szakmai beilleszkedését vizsgálta Vingender, 2005-ben (Vingender, 2005). Eredményei szerint a megkérdezett bevándorló / átjáró egészségügyi dolgozók szakmai – foglalkozási integrációja ambivalens: a humán szférában (munkahelyi közösség) viszonylag harmonikus, professzionalizációs metszetben viszont konfliktusos. A Magyarországra irányuló határon túli munkaerő elsősorban a középfokú egészségügyi szakszemélyzet munkaerő piaci problémáiban nyújt megoldást a munkaadó egészségügyi intézmények számára, legjellemzőbben betöltött munkakör az általános ápoló. Ennek előnyeként értékelhető az, hogy képesek ellátni az alapvető betegellátási és ápolás-szolgáltatási feladatokat, alkalmazásuk által enyhülnek a munkaerőhiányból fakadó működtetési zavarok, olcsóbb megbízható munkaerőt jelentenek, a munkaadó intézmények számára. Hátrányként viszont megfogalmazható az, hogy az imigráns munkavállalók szakmai képzettsége hiányos, eltér a magyar egészségügyi szakszemélyzettől elvárt színvonaltól. Szakmai felkészítésük pénzügyi kiadást jelent az alkalmazó egészségügyi intézmény számára.

Balázs 2004-ben végzett keresztmetszeti vizsgálatot imigráns orvosokra vonatkozóan a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elektronikus adataira alapján. Eredményei szerint 414 fő dolgozott háziorkosként (8,2%), 141 fő, pedig házi gyermekorkosként (9,0%). Többségük az ország északi és keleti megyéit részesítette előnyben (Balázs, 2004).

Ápolók esetében konkrét adatok nem elérhetőek, de az megállapítható, néhány éve még a hazai kórházakat kiségették a Romániából, a volt Jugoszlávia területéről valamint a Szlovákiából érkezett ápolók. Mára a határon túli ápolók átvándorlása megszűnt, sőt elindult a visszatelepülésük. Romániában 87 olyan sürgősségi állomás működik, ahol az ápolók nettó bére 150.000 Ft. Az unió bővítésével egy részük nyugatnak vette az irányt (Csetneki, 2008).

Az aktív ápoló köre esetében az egészségügyben történt kényszerű megszorítások miatt a vártnál nagyobb arányú az elvándorlás, továbbá itt lényeges megemlíteni az ápolók bérhelyzetét és munkaterhelését is, melyekről már az előző fejezetekben szó esett. Az egészségügyi dolgozók munkaerőpiaci helyzetéről az „Egészségügyi dolgozók munkaerőpiaci helyzetének elemzése” című tanulmányt az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet 2008-ban készítette el. A felmérés disszeminációja szerint, 1,9% volt a nyugdíjas főállásúak és 1,0% a nyugdíjas részállásúak száma az általuk felvett mintában. A tartósan távollévők aránya 12,5%, a betöltetlen státuszok száma 3,6% volt. A betöltött álláshelyek száma nem feltétlenül ad objektív képet a munkaerő viszonyokról.

Sok helyen a tartós távollévők helyére nem alkalmaznak helyettes, így számtanilag minden rendben van, de az ellátottság már korántsem. A válaszok alapján sok esetben nincs a tartósan távollévők (GYES, táppénz) státuszán helyettes. Ezt a szempontot is figyelembe kell venni a létszámadatok értékelésénél. Az életkori csoportok nagyjából egyenletesen oszlanak meg a 25 éves kortól a nyugdíjas életkorig. A mintában viszonylag kis számban (6%) szerepelnek frissen végzett szakdolgozók (18-24 éves korosztály). Ez is alátámasztja azt a tényt, hogy a szakképzésben egyre kevesebb az új belépő. Az adatgyűjtésük fontos része volt az is, hogy az elmúlt években az adott ellátó egységekben hány státusz szűnt meg létszámleépítés miatt. A vizsgált minta egészében összesen 4% státuszát építették le. A leépített állások több mint fele a nyugdíjhoz közel álló, 46 év feletti korosztályban történik. Eredményeik szerint 2007. eleje óta a dolgozók 10,2% szüntette meg munkaviszonyát. Az adatszolgáltatók véleménye szerint ennek leggyakoribb oka a nyugdíjba vonulás volt (26%). 12-18%-ban tartották okként az alacsony bérezést, a családi körülmények változását, elköltözést, valamint a külföldi munkavállalást, a szakmán belüli munkahelyváltást, illetve a pályaelhagyást. Az alacsony bérek miatt leginkább az egyéb fekvőbeteg-ellátó intézmények és a gyógyszerári szakdolgozók léptek ki.

Elégedettebbnek tűntek ebből a szempontból az onkológiai és a szülészeti-nőgyógyászati szakdolgozók. A nem kielégítő munkakörülmények miatt leginkább a pszichiátriai, onkológiai, a rehabilitációs és diagnosztikai területen szüntették meg munkaviszonyukat. Ez az ok nem jellemző az alapellátásban és a szülészeti-nőgyógyászatban dolgozók esetében. Nyugdíjba vonulás miatt leginkább a pszichiátriai és a diagnosztikai területen dolgozók szüntették meg munkaviszonyukat. Ezen a két területen kifejezetten magas a nyugdíjas korhoz közel álló szakdolgozók aránya, a pszichiátrián a mintában 2,8%, a diagnosztikán 10,2%. A külföldi munkavállalás miatti felmondás leginkább az onkológiai, a sürgősségi és a szülészeti-nőgyógyászati területeken jellemző. Az átlagnál jóval kevésbé jellemző a külföldi munkavállalás az alapellátásban, a műtéti szakmákban és a gyógyszerértékesítési munkahelyeken dolgozók esetében. A szakmán belüli munkahelyváltás leginkább a szülészeti-nőgyógyászati és a rehabilitációs munkahelyek esetében jellemző. A pályaelhagyást jelentő munkaviszony megszüntetés egyedül az onkológiai területen lényegesen magasabb az átlagnál. A középvezetők megítélése szerint a leggyakrabban hiányzó képzettségek alapján, az egyes részlegeken kifejezett igény van az OKJ ápoló, a diplomás ápoló, a sürgősségi szakterület, a rehabilitációs szakterület és a szakasszisztensi munkaerőre. Feleslegesnek tartott szakképzésként jelölték meg a leggyakrabban az ápolási asszisztentst, a gondozói (szociális ágazati) képzéseket, melyeket egyenlő mértékben jelöltek meg a főiskolai és az egyetemi szintű szakdolgozói képesítésekkel. (Strasszné, Tringer, 2008).

A kimeneti oldal tekintetében már 2001 -ben történt felmérés arra vonatkozóan, hogy az EU tagországok közelében lévő Magyarország, Csehország és Lengyelország irányából milyen arányban várhatók majd kivándorlási lépések. A felmérés magyar része 1.200 egészségügyi dolgozó kérdőíves válaszain alapult. A résztvevők között 32,3% orvos, 54% ápoló, 13,7% egyéb eü-i dolgozó volt. A válaszadók 97%-a állami alkalmazott, és csupán 3% volt privát szférából. A megkérdezettek 17%-a Budapesten, 15%-a a nagy városokban, 68%-a kisvárosban dolgozott. Fontos a migráció szempontjából, hogy 30%-uk egyedül élő, 55%-uk házas, a gyermekkel rendelkezőknek 58%-ának egy vagy több gyermeke volt. A fő mozgatóerő a válaszok alapján a magasabb kereset: az orvosok 73%-ában, az ápolók, asszisztensek 84,8%-ában ez a megjelölés szerepelt a külföldi munkavállalás szorgalmazásának indokaként. 2001. őszén a magyar orvosok fizetése közel 20-szor, az ápolók fizetése 15-ször volt alacsonyabb, mint francia megfelelőjük. Csak második vonzóerőként szerepelt a jobb életminőség megjelölése, ezt az orvosok 47,9%-a, az ápolók, 49,5%-a vélte fontosnak. A harmadik helyre került a jobb munkafeltételek biztosítása, amely az orvosok 45,5%-ában, az ápolók 51%-ában szerepelt válaszként.

Az azonban reménykeltő, hogy nem minden áron fogadnák el a foglalkoztatást, ugyanis az orvosoknak csak 13%-a, az ápolók, 31%-a fogadna el eredeti képezettségénél alacsonyabb rendű munkát. A külföldi munkavállalásnak visszafogó tényezők is vannak. Elvlasztja a családtól a munkavállalót (42, 1%). A valódi egyenértékűség is néha csak formális, ez megmutatkozik a bérkülönbségekben. A nyelvi nehézség bizonyos tevékenységi körökben különleges jelentőségű. Ezt az emigrálni szándékozók 26,6%-a jelölte meg. Azok, akik idegen nyelven beszélnek, nagyobb arányú (57%) hajlandóságot mutattak, a külföldi munkavállalásra.

Az orvosok esetében a nyelvi nehézség csupán 18,3%-nál kerül említésre gátló tényezőként, míg az ápolók esetén 38,9%-ban, labor asszisztensek esetében 45,4%-ban okoz gondot a nyelv-ismeret hiánya. Harmadik helyet kapott a letelepedési nehézség, a lakáshoz jutás, a beilleszkedés, amelyet 24,2%-ban említenek. Az ápoló-elvándorlás lehetséges korlátjainak tartják azt is, hogy az ellátórendszer nagyon eltérő a hazaitól, különbözőek a karrierlehetőségek, az ápolói-szerep és a felelősségi kör is.

Feith és munkatársai a külföldi munkavállalási kedvet vizsgálta ápoló hallgatók körében 2003-ban. Eredményük szerint 57%-uk tervezte e külföldi munkavállalást, közülük a nagyobbik hányad már konkrét előkészületeket is tett ennek érdekében (57%). Legerősebb motivációként a külföldi jövedelmi lehetőségeket jelölték meg. A nyugat-magyarországi régiókban elhelyezkedő karok hallgatói inkább vállalkoznának külföldi munkavállalásra. A külföldi munkavállalási tervekkel számos más változó mutatott statisztikai összefüggést: negatív jövőkép, konfliktusok a párkapcsolatban, párválasztási problémák, ingatlantulajdon (Feith és munkatársai, 2009).

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja a Magyar Rezidens Szövetséggel közösen 2004-ben indított el egy kutatást azzal a céllal, hogy felmérje az egészségügyben dolgozó különböző szakképzett csoportok véleményét és helyzetét; migrációs szándékait és ezek motivációs mintázatát is (Szócska és munkatársai, 2007). Az elsőéves orvostanhallgatókat keresték meg kérdőívükkel 2007-ben. Azok aránya, akik a diplomázás után külföldi munkavállalást terveznek, az általános orvos szakosok között 70%, míg a fogorvos-hallgatók körében 65%. Legkevésbé (56,7%) a debreceni hallgatók, míg leginkább a pécsi hallgatók (76,9%) terveznek külföldi munkavállalást. Szócska és munkatársai a külföldi munkavállalás szándékát tudták mérni. (Eke és munkatársai, 2009)

Ápolók körében a külföldi munkavállalási kedv az Uniós csatlakozás után volt igen magas. 2004. 01. 01. és 04. 31. között összesen 1.265 db igazolás került kiállításra, Magyarországon élő általános ápolók körében.

Életkori megoszlás tekintetében a 30-39 év közötti korosztály volt a legmagasabb arányú (EEKH, 2007). Éves szinten növekszik a kiadott engedélyek száma. A kérelmezők számának emelkedése először kétszeres, 2009-ben már közel háromszoros volt. Így az prognosztizálható, hogy ha marad ez a tendencia, akkor évente átlagosan négyszáz olyan szakképzett munkavállalóval kell számolni, aki nem Magyarországon szolgálja az egészségügyet. Ez a tendencia azért elszomorító, mert jelenleg alig valamivel több ápoló végez éves szinten, mint ahány szakdolgozó el kívánja hagyni az országot. Ezt még az is súlyosbítja, hogy egyre kevesebb egészségügyi szakdolgozó érkezik a magyar anyanyelvűek által lakott hazánkat körülvevő területekről.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) felmérését végzett, egy rövid, önkitöltős, 11 kérdést tartalmazó kérdőívet állított össze annak érdekében, hogy minél hitelesebb országos képet kapjon a téma szakdolgozókat érintő vetületeiről. A kérdőíveket elektronikusan juttatták el az intézmények ápolási vezetőihez. A felmérésből megállapítható, hogy a csökkenés ellenére még mindig jelentősnek mondható a határon túlról érkezett szakdolgozók száma. A 13 intézményben összesen 144 szakdolgozót foglalkoztattak az elmúlt évben is (Balogh, 2009).

A külföldi munkavállalás egyre gyakoribb ma már az ápolásvezetők szerint is, különösen a magasan képzett szakápolók körében. Ők jobb esetben fizetés nélküli szabadságra mennek, rosszabb esetben végelegesen elhagyják addigi állásukat. A magyar ápolók kiváló szakemberek, nagy irántuk a külföldi kereslet. A műtősnőket, intenzíveseket, s onkológiai szakápolókat keresik, de mindenkit várnak, aki hajlandó külföldre menni. A hazai szakdolgozók legszívesebben az Egyesült Királyságban, Ausztriában, Olaszországban és Németországban vállalnak munkát. Ma már Magyarországon működnek olyan irodák (Amstaffex, 2008) amelyek szervezik az elhelyezést és hangoztatják, hogy ott az ápolók 10-szer nagyobb fizetésért, messze jobb körülmények között, nagyobb szakmai és szervezeti biztonságban dolgozhatnak.

Az EU szempontjából vizsgálva a kérdést, számukra nincs olyan sürgető tényező, amely miatt a bevándorlási tendenciákat veszélyhelyzetként kellene feltüntetni saját maguk számára, sőt, a közösség mai országaiban szinte állandósuló ápoló – és orvoshiány enyhülhet. Az egészségügyi dolgozók közül Magyarországról 12%, Csehországból 7,6% míg Lengyelországból 3,6% tervezi határozottan a külföldi munkavállalását. Figyelmeztető, hogy fő mozgatóerőként mindhárom országban az alacsony fizetést jelölték meg, a lengyel ápoló 6-szor, a cseh 11-szer, míg a magyar ápoló 15-ször keresett kevesebbet, mint francia kollegájuk.

Magyarországon nem jellemző az a jelenség, amely Európai Unió szerte már jelen van, miszerint az ápolók migrációja nemcsak az egyik országból a másikba történő vándorlást jelenti, hanem azon üres álláshelyek feltöltését is, amelyet egy hazai dolgozó külföldi munkavállalása miatt vált szabaddá.

7. sz. melléklet: Javaslatok külföldön az ápolás problémáinak megoldására

Javaslatok külföldön

Az EEE problematikája nem magyar sajátosság, a helyzet javítása nemzetközi szinten az egészségpolitika prioritásai között szerepel, ugyanis globális méretű krízis mutatkozik. Ugyanakkor a probléma bizonyos helyi sajátosságok miatt hazánkban még élesebben jelentkezik. Az ápolás problémáinak megoldása érdekében célszerű megismerni külföldi országokban alkalmazott megoldási javaslatokat, és figyelembe venni az európai szakmai szervezetek javaslatait is.

Az ápolás problémáinak megoldására tett javaslatok az USA-ban

Az USA-ban számos megoldási lehetőség felmerült már, de ezeknek még nem sikerült elismert szakmává tenniük az ápolást (Williams, 2001). Helyi (egyéni és kórházi ápolási programok), állami (ápolószövetségek és törvényhozás), és szövetségi szinten (bevonva a szenátust és több országos szövetséget) is történtek erőfeszítések a jelenlegi és jövőbeli munkaerőkre nehező feszültségek csökkentésére.

Az oktatásba felvettekre vonatkozó stratégiákat országszerte, a helyi kórházaktól és egészségügyi iskoláktól kezdve az állami ápoló szövetségeken keresztül próbálták meg kidolgozni és megvalósítani. A hallgatók felvételének bővítését tartják az egyik lehetséges hosszú távú megoldásnak az ápolóhiány megszüntetésére. Ennek szükségességét felismerte Nevidjon & Erickson és azt is hozzátették, hogy minél korábban, még a középiskola előtt kell elérni a fiatalokat, mert 'a tanulóknak gyakran már az ötödik osztályban van elképzelésük a kívánt és nem kívánt szakmákról' (Nevidjon & Erickson, 2001). Már ekkor fel kell hívni a tanulók figyelmét az ápoló szakma előnyeire, lehetőségeire egyaránt.

Például a Marylandi Egyetem Egészségügyi Iskolája kidolgozta saját „karrier akadémiaját”, ami középiskolásoknak segít felkészülni a főiskolás életre, az egyetemi tanulmányaikra vonatkozó területek összegyűjtése által. (Thompson et al., 2001). Az „akadémia” a középiskola megkezdése előtti nyáron kezdődik s folytatódik egészen az érettségig.

A tanulási lehetőségek között szerepelnek: beszélgetések az ápolásról általában, társadalmi problémák feltárása, az ápolás tudománya, és gyakorlati tapasztalatszerzés szimulációs laboratóriumokban. Abban bíznak, hogy a szakmával való minél korábbi megismerkedés több fiatalat vonz majd az ápolásba.

A próbálkozások másik példája az Amerikai Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériuma (2001) Egészségügyi Források és Szolgáltatások Főosztályának sikeres projektje. Ennek során 20,1 millió dollárt osztottak szét 82 főiskola, egyetem és más szervezetek között, hogy elősegítsék a felvehető hallgatók számának növelését.

Az Ápolók Országos Szövetsége (NLN) is helyesli a kölcsönök, támogatások szükségességét (NLN, 2001) erre a célra. Emellett számos egészségügyi iskola kapcsolatokat épített ki az egészségüghöz kapcsolódó munkahelyekkel, hogy anyagilag támogassák a pályára lépést (Heller & Nichols, 2001). Az ilyen jellegű kölcsönök és támogatások ledönthetik az anyagi korlátokat a diákok előtt és biztosítják őket arról, hogy tanulmányaik során is kaphatnak anyagi segítséget.

Négy önálló ápolási szervezet (AACN, ANA, Vezető Ápolók Amerikai Szervezete (AONE) és az NLN), más néven a Hármak Tanácsa is támogatja az ötletet politikai nyilatkozatukban, hogy az iskolákban, ifjúsági szervezetekben és más megnyilvánulási alkalmakon keresztül bátorítani kell az amerikai fiatalokat az ápolói pályára, lépésre (AONE, 2001).

Az ápolói képzési programoknak rugalmas oktatási lehetőséget kell biztosítaniuk hallgatóiknak azért, hogy segítsék e sokféle diákok felvételét is. Az olyan stratégiák, mint például. a rugalmas tanterv (ideértve az esti és hétvégi iskolákat), a gyorsított oktatás és a bővített hozzáférés az oktatási anyagokhoz az elmaradottabb földrajzi régiókban és a távoktatás (Heller & Nichols, 2001) mind segíthetik szűkíteni a hézagot és „felhasználó-barát” oktatást kínálni a ma felnőtt tanulóinak. A csoportokra és kérdőívekre fókuszálva kimutatták (Hemsley, Foskett, 1999) hogy elsősorban az érdeklődés és érdekesség, illetve az embereken való segítségi szándék alapján döntenek a fiatalok úgy, hogy az ápolást jelölik meg első helyen felvételizéskor.

A tanulmányok folytatása: Az ápolóknak magasabb szintű képzésben kellene folytatniuk tanulmányaikat (diploma, mester vagy doktori fokozat) előrehaladásuk érdekében. Több egészségügyi iskola biztosít lehetőséget az ilyen tanulmányok folytatásához (Alspach, 2000).

A „gyorstalpaló” felsőfokú képzések segítenek a főiskolai szintű diplomásoknak gyorsabban megszerezni a mester vagy a doktori fokozatot (Brendtro, Hegge, 2000). Sokszor túl hosszú idő telik el a két diploma megszerzése között, ezért már az egészségügyi középiskolákban tudatosítani kell a tanulóknak a felsőfokú tanulmányok minél hamarabbi elvégzésének fontosságát.

Az ösztöndíj, segély vagy kölcsön formájában érkező anyagi támogatás is elősegítheti a magasabb fokú tanulmányokat, sőt versenyképes és jövedelmező fizetést is jelenthet.

Azoknak a nem véglegesített egyetemi oktatóknak is szükséges támogatás, akik teljes vagy részdíjs állásban dolgoznak és közben végzik doktori vagy doktorátus utáni tanulmányaikat. Emellett a teljes körű tájékoztató programok, a tanácsadás, a tanítás és a kutatás támogatása növelheti az újonnan alkalmazott tanárok elégedettségét és sikerét a tudományos életben (Boyden, 2000).

A jelenleg alkalmazásban álló regisztrált ápolók megtartása: A regisztrált ápolók 2000-ben kb. 2,2 millió állást töltöttek be, közülük öt ápolóból három kórházban dolgozott és négy ápolóból egy regisztrált ápoló részdíjs állást töltött be (USA Department of Labor, 2002). Mivel a regisztrált ápolók átlagéletkora egyre emelkedik, a munkáltatóknak reagálni kell az érzékenyebb idősebb korosztály igényeire, akik sebezhetőbbek és esetleg csökken a képességük bizonyos feladatok ellátására (Buerhaus et al., 2000).

A munkanélküli és bevándorló ápolók elérése érdekében tett javaslatok szerint a regisztrált ápolók nagy arányban munkanélküliek vagy ápoláson kívüli területen dolgoznak. 2000-ben a regisztrált ápolók kb. 18,3%-a nem ápolóként volt alkalmazásban (Domrose, 2001); ami azt jelenti, hogy ők nem tudnak elsajátítani aktuális ismereteket és készségeket. Ezért a munkaadóknak hirdetniük kell, hogy továbbképzéseket vagy más oktatási lehetőségeket szerveznek azon regisztrált ápolók számára, akik egy ideje nem gyakorolják szakmájukat. Ugyanezt kell alkalmazni külföldi ápolóknál is. Továbbá szükséges a bevándorlást elősegítendő és az ápolási engedély megszerzésére előkészítő kurzusokat, kiterjesztett alaposságú programokat, vagy ha szükséges, angol nyelvtanfolyamokat is szervezni (Brewer & Kovner, 2001).

A szakképzett ápolók megtartása és a versenyképesség megőrzése érdekében a munkáltatóknak előrejutási, továbbá egész életen át tartó tanulási lehetőséget és rugalmas munkabeosztást kell biztosítaniuk az ápolóknak, illetve megtartó stratégiákat kell kidolgozniuk (Aiken et al., 2001). Fontos, hogy az ápolókat megfelelően elismerjék és honorálják, illetve támogatásuk-felkészültségük, felelősségük és teljesítményük alapján történjen (Williams, 2001).

A regisztrált ápolók éves átlagfizetése 44.840 dollár volt 2000-ben (USA Department of Labor, 2002) ezért a fizetésnek gyorsan emelkedni kellene azért, hogy minél több ember lépjen be az ápolói szakmába. Sajnos ezek a változások lassan következnek be (Buerhaus és munkatársai, 2000).

A munkáltatók inkább adnak prémiumot, külön juttatásokat, mint fizetésemelést (Brewer, Kovner, 2001) bár azt ők is belátják, hogy ezek csak rövid távú megoldások (Aiken és munkatársai, 2001). Gyakran a fizetés nem emelkedik az évek során a szerzett tapasztalatokkal egyenlő mértékben (Mee, Carey 2001). Ezért a fizetéseket nem kellene fixen meghatározni, hanem arányban kellene állniuk a tapasztalatokkal és a megnövekedett képességi szinttel (Farella, 2001). Versenyképes fizetés felajánlásával, rugalmas munkabeosztással és előrejutási lehetőségekkel a munkaadóknak úgy kell kialakítani a munkahelyeket, hogy megfeleljenek az újonnan végzetek dinamikus életstílusának (Alexandra, 2001).

Az ápolásról kialakított kép javítása: Az ápolók egyik feladata lehetne a jelenleg kialakított kép megváltoztatása, azáltal ahogyan családtagjaiknak, ismerőseiknek mesélnék arról, hogy ők hogyan érzik magukat ápolóként. A média is nagyban befolyásolhatja ezt a képet (Dean-Baar, 2001). Az ápolás is használhat marketing eszközöket és erősítheti, frissítheti a közképet.

Szükséges, hogy a mai fiatalok sokkal pozitívabb és hitelesebb képet kapjanak az ápolásról. A középiskolások számára szervezett pályaválasztási napok alkalmat adhatnak arra, hogy a tanulók bepillantást nyerjenek az ápolók világába. Ezek igen sikeresen működnek (AACN, 2000). Az ilyen gyakorlati összejövetelek segítenek bemutatni a diákoknak az ápolók feladatát és a lehetséges karriert. A nyomtatott és az internetes információk tovább javíthatják a képet a középiskolás diákok, felnőtt hallgatók, és a pályaválasztási tanácsadók körében is (Texas Nurses Association, 2001).

Az „Ápolók az egészségesebb holnapért” elnevezésű kampány (2001) egy 32 ápoló és egészségügyi szervezetből álló egyesülés, akik együtt dolgoznak egy ápolást népszerűsítő kampányon. Az „Ápolás. Ez a valóság. Ez az élet.” elnevezésű kampányban bemutatásra kerül az ápolók igazi élete. A Sigma Theta Tau International (STTI) szervezetéhez hasonló szervezetek segítettek a Johnson & Johnson-nak kidolgozni a már említett „Ápolók az egészségesebb holnapért” program kiegészítését, a „Mozgalom az ápolók jövőjéért”. A kampány során „Ápoló vagyok” és „Ők mernek ápolni” című reklámfilmek kerültek bemutatásra (STTI, 2002). Farella (2001) javaslatára az ápoló szervezetek gyermekműsorok közti szünetekben vetítettek kisfilmeket az ápolásról.

Ha az ápoló szakma elismert lenne egyes emberek (gyerekek és felnőttek) szemében, talán a társadalmi elismertség is emelkedne. Feltételezhetően több egyetemi végzettségű ápolóra lesz szükség a jövőben, válaszul a közösségi egészségi ellátás dinamikusan változó szerepére (Coffey-Love, 2001).

Különböző karrier lehetőségek és tudományos előrejutás lehetne a regisztrált ápolók egyik elismerési formája, képzési szintjük szerint és azok számára, akik folytatják tanulmányaikat. Ehhez az ápolóknak is fel kell ismerniük az élethosszig tartó tanulás fontosságát. Ebben kell támogatniuk a munkaadóknak az ápolókat, akár anyagilag is. Az ápolóknak helyt kell állniuk, ki kell állniuk az ápolás mellett, és aktívan részt kell venniük szakmájuk minőségi fejlődésében. Az ápoló szervezetekhez való csatlakozás elmélyíti az egységet és a közösség hangja hatással lehet a törvényhozásra, a társadalomra és magára a szakmára is (Coffey-Love, 2001).

Az ápoló hiányt érintő törvényjavaslatok megszavazása: Nyilvánvaló, hogy az ápoló hiány nem csak az ápoló szakma problémája. Végeredményben az egész amerikai egészségügyi rendszere és a társadalom egészére kihat (Williams, 2001). Az 1999. okt. 10-i Személyzeti Arány Törvény, AB 394, az ápolókat védő intézkedéseket rendelt el. (California Nurses Association, 2002).

Az elmúlt két év során sok politikus és más elkötelezett ember szervezett vitaesteket az ápoló hiánnyal, ennek hatásával kapcsolatban az amerikai egészségügyi rendszere (Egészségügyi, Oktatási, Munkaügyi és Nyugdíjügyi Bizottság 2001, (OHA, 2001b). Szenátusi meghallgatások és más állami viták eredményeképpen 2002. júl. 22-én elfogadták és aug. 1-én hatályba lépett az Ápoló Beruházási Törvényt (AACN, 2002).

A törvény az ápolók toborzására és megtartására koncentrált tanulmányi ösztöndíjak segítségével, illetve a képzőintézmények és a gyakorlati helyek közötti partnerség támogatásával elősegíti az előrejutást; az oktatásban részt vevő ápolók tartozásait eltörlik és a közigazgatás bevonásával támogatják az ápoló szakmát.

Habár e törvény elfogadásával csökkenthető az ápoló hiány, a rendelkezésre álló források csekélyek. Az AACN (2002) szerint az ápolóknak kellene közbenjárniuk saját államuk képviselőinél, hogy ők ajánlják fel a szükséges forrásokat.

Fontos, hogy az ápolók elkötelezzék magukat szakmájuk mellett, felszínen tartva az ápoló hiányt érintő kérdéseket és kellő figyelmet szentelve a döntéshozók munkájának.

Ha a kormány nem állapítja meg a szükséges forrásokat a jelenlegi ápolási helyzetre vonatkozóan, a szakmát érintő következmények katasztrofálisak lehetnek.

Javaslatok Angliában

Az angliai kormány is igyekszik az ápolóhiány problémájának megoldására. 7,4%-kal növelték az NHS (National Health Service) Terv céljainak megvalósítására fordítható összeget.

Az új Munkaerő Szövetség Anglia-szerte gyűjti az ápoló képzésbe felvehető tagokat: 2002/2003-ban 1540 új tagok szereztek az NHS-nek és a lehetséges helyek nagy részét be is töltötték. Mindezek ellenére egyre nehezebb új embereket az ápolás területére invitálni. Helyettük a tengerentúlról érkező ápolókkal vagy a jelenleg foglalkozásukat nem gyakorló ápolókkal szükséges megoldani az ápolóhiányt. 2001-2002-ben a 30.000 új ápoló fele a tengeren túlról érkezett (Couch, 2003). Ez duplája az előző évi adatoknak.

1999. február és 2002. március közötti nagyszabású kampány keretén belül 11276 ápolót csábítottak vissza az ápolásba. Többségük részidős állásban dolgozik, s ez még problémát jelenthet a későbbiekben. Ezért az Egészségügyi Minisztérium kidolgozott egy nagyra törő modernizációs programot (DOH 2002), melynek 4 fő pillére van:

- „3” csillagos munkaadóvá tenni az NHS-t,
- biztosítani, hogy az NHS karrier modellként szolgáljon,
- a személyzeti erkölcs javítása, az emberi igazgatási rendszer kiépítése.

A fizetési rendszer megújítása is szerepel a tervek között (DOH, 1999). A jelenleg alkalmazásban állóknak előrejutási lehetőségeket biztosítanak. 2002-ben új célt határoztak meg: 29.000-re kell emelni a támogatott ápolók számát.

A munkanélküliségi adatok szerint sok megfelelő és elérhető embert lehet találni a városokban, akik dolgozhatnak az NHS-ben. Ezek az emberek főként az idősebb női korosztályból kerülnek ki, akik még nem az új oktatási rendszerben tanultak, így a Szövetség kidolgozott egy új tervet ezen ápolók munkába állítására.

A tervezetet 'Munkaerő kézbeférési' programnak nevezték el (Mullen, 2003) és a munkatapasztalat-szerzésen alapuló diplomára helyezik a hangsúlyt. Egy új szakmát is kidolgoztak az ápolók számára, az orvos asszisztenst, ami egy beteg központú foglalkozást jelent. Az NHS másik modernizációs törekvése az együttes tanulási program. Négy országban kísérleti projektet dolgoztak ki ennek megvalósítására. A projektek középpontjában a beteg központú szolgáltatás áll, melynek érdekében csapatokban dolgoznak az ápolók. A csapatmunka jobb eredményeket, több rugalmasságot és a szakmák közti jobb érthetőséget is maga után vonzza. Természetesen az új módszerek hatékonyságáról még korai beszélni.

Javaslatok Európában

Az Európai Unió Ápolóinak Tanácsa (PCN) felhívta az Európa Tanács, az Európai Parlament és az Európai Bizottság figyelmét a jelenlegi kritikus ápoló hiányra.

A PCN azt is hangsúlyozza, hogy ha nincs egy meghatározott ápoló létszám megállapítva az egészségügyi szolgáltatások kielégítése érdekében, akkor nehéz lesz felmérni, hogy mely országokban van ápoló hiány és melyekben van többlet.

A jelenlegi munkaerő-piaci válsággal érintett országok egyikében sincs információ az egészségügyben alkalmazottak számáról, a jövőbeli igényekről és a szükséges személyzet létszámáról. Ezért rendszerezett információt kell gyűjteni a jelenlegi ápolási gyakorlatról és a betegek – így a társadalom - sokszínűségének (kor, demográfiai jellemzők, kórtan, ápolási szükséglet) hatásáról és a jelenleg biztosított ellátási módokról (különböző ápolási ellátások, orvosi kezelések) (De Raeve, 1994).

Az egyes országoknak össze kell vetniük az adatokat helyi, országos és európai szinten egyaránt. Ezután az adatok mennyiségi és minőségi elemzését is szükséges elvégezni. Az ápolás adatait fel kell használni a személyzet számának megállapításánál és a költségvetés meghatározásánál (Coenen és Schoneman, 1995) is.

A vezetésnek az összegyűjtött adatok alapján előre meg kell határozniuk az ápoló toborzási és megtartási stratégiájukat, melyek végeredményben egy jobb egészségügyi ellátást eredményeznek. Ezért a PCN sürgetően fontosnak tartja a Munkaerő Megfigyelési Fórum felállítását Unió szinten, mely fontos szerepet játszik az információk összegyűjtésében és a jövőbeli döntések előkészítésében. Ezáltal elkerülhető a „drágább” szakképzett munkaerő lecserélése „olcsóbb” asszisztensekre. Egy megfelelően motivált, képzett és finanszírozott munkaerő lehet a kulcs az európai ápoló hiány kezeléséhez.

Az ápolók megtartására is több stratégiát dolgoztak ki. Kennedy szerint (2001):

- Az alacsony fizetés nem áll arányban a munkahelyi terheléssel, így az országos ápoló szövetségeknek közben kell járni a kormányzatnál egy elfogadható anyagi szint és a megfelelő munkakörülmények kialakítása érdekében.
- Több előrejutási és képzési lehetőséget kell biztosítani főként az idősebb korosztály részére, mivel túlnyomórészt ők maradnak az ápolásban, de képzettségük és motivációjuk nem elegendő a jelenkor követelményeihez.
- A szakmából kilépett ápolók visszacsábítása is igen fontos; őket képzésekkel és támogatásokkal lehet elérni.

- Mivel igen sok családos anyuka is dolgozik az ápolók között, ezért igen fontos a családbarát munkahelyi környezet kialakítása (gyermekmegőrző lehetőségek és rugalmasabb beosztás).
- Több férfi ápoló bevonása marketing eszközök segítségével – továbbképzési lehetőségek is motiválhatják a pályán maradást, főként, ha az oktatás nem önköltséges.

Az amerikai helyzettel ellentétben, Európában az ápoló hiány nem egyszerűen munkaerő-piaci válság. A hiány kihat a szociális helyzetre és magára az egészségügyi rendszerre, ezért megoldása csak hatékony, megfelelően motivált és hozzáértő ápolók segítségével lehetséges.

Az ápoló munkaerő a maga Európai Unión belüli szabad áramlásával jelenthet megoldást, de figyelmet kell szentelni az ellátás minőségének és a betegek biztonságának is. Ezért szükséges egy megfelelő és kötelezően alkalmazandó etikai irányelv kidolgozása, ami képzettséghez és tapasztalatszerzéshez köti az EU által előírt kritériumokat.

Az ápoló hiányt együtt, a tagországok együttműködésével lehet csak hatékonyan kezelni.

8. sz. melléklet: Pályaelhagyás és Migrációs Kérdőív

Pályaelhagyás és Migrációs Kérdőív

Kedves Kollégánk!

Köszönöm, hogy elfogadtad a felkérést, és részt veszel ebben a pályán maradási és elvándorlási vizsgáló kutatásban. A kérdőív kitöltése névtelen, a válaszokat bizalmasan kezelem, ezért kérek, hogy a személyed azonosítására alkalmas adatot sehol ne adj meg! A kitöltés körülbelül 15 percet vesz igénybe. Kérek, ellenőrizd, hogy minden kérdésre válaszoltál-e, lehetőleg ne hagyj ki egy kérdést sem. A kitöltéshez jó munkát kívánok, fáradozásodat, hozzájárulásod ezúton is köszönöm.

Az üresen hagyott helyeket értelemszerűen töltsd ki, illetve karikázd be a megfelelő választ.

Intézmény neve (ahol tanulsz, és/vagy a főállású munkahelyed):

1) Kérek, add meg az életkorod:(év)

2) Kérek, add meg a nemed:

Nő	Férfi
1	0

3) Legmagasabb képzettség?

Érettségi (szakközépiskola/ gimnázium)	Segédápoló/ ápolási asszisztens	Általános ápoló/ általános asszisztens	Felnőtt szakápoló	OKJ ápoló	Diplomás ápoló	Egyetemi okleveles ápoló
1	2	3	4	5	6	7

4) Családi állapotod?

Házass/együtt élék	Egyedülállók	Elvált	Özvegy
1	2	3	4

4/a) Kérek, add meg a gyermekeid számát:

5) Van-e, volt-e egészségügyi szakdolgozó a családbodban?

Van/volt	Nincs
1	0

6) Mennyi időt dolgoztál eddig az egészségügyben?.....(év)

7) Jelenleg mivel foglalkozol?

Tanulok	Dolgozom	Munka mellett tanulok
1	2	3

Ha a „dolgozom” választ jelölted meg, kérek, ugorj a 20. számú kérdéshez. Ha a „munka mellett tanulok” választ jelölted meg, kérek, folyamatosan töltsd ki mindhárom vonatkozó részt.

7/a) Ha tanulsz, milyen területen?

Ápolás	Más egészségügyi szakma	Más, egészségügyön kívüli szakma
1	2	3

7/b) Ha a képzés ápolás vagy egészségügyi szakma, milyen szintű?

Főiskolainál alacsonyabb	Főiskolai	Egyetemi
1	2	3

7/c) Jelenleg melyik évfolyamba jársz?

1	2	3	4	>4
---	---	---	---	----

7/d) Milyen képzésben veszel részt?

Nappali	Levelező	Esti tagozat
1	2	3

8) **Kérlek, értékelj az elmúlt 6 hónap során az egészségi állapotodat** (testi és lelki egészséged egyaránt figyelembe véve)! Az egyes szám jelentése: 1 = nagyon rossz; a tízes szám jelentése: 10 = kiváló.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9) Van saját tulajdonú ingatlanod?

Van	Nincs
1	0

10) Van saját tulajdonú gépjárműved?

Van	Nincs
1	0

11) Van visszafizetendő hiteled? (bank, kórház, stb. felé)

Van	Nincs
1	0

Szakképzésben résztvevő hallgatók részére

A következő kérdéssor azoknak szól, akik az ápolás vagy egészségügyi szakképzés terén tanulnak. Ha kizárólag dolgozol, kérlek, ugorj a 20. számú kérdéshez!

12) Ha jelenleg ápoló vagy egészségügyi szakképzésben veszel részt, mennyire vagy elégedett...?

12/a) Az oktatás minőségével, színvonalával?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

12/b) A gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével, színvonalával?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
--------------------	----------	---------------------	---------------	------------------

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

12/c) Az oktatók felkészültségével, színvonalával?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

12/d) Az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével, értékelésével?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

13) Az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy nem fejezed be a tanulmányaidat?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

14) Az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy más területen folytasd a tanulmányaidat?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

14/a) Ha „ritkán” vagy ennél gyakoribb választ adtál meg, milyen területen folytatnád a tanulmányaidat?

Orvosi pálya	Más egészségügyi pálya	Más, nem egészségügyi pálya
1	2	3

15) Mennyire valószínű, hogy újra az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést választanád?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

16) Jelenlegi tapasztalataid alapján ajánlanád-e másnak az ápoló- / főiskolai (egyetemi) képzést?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

17) Előfordult-e az elmúlt 6 hónapban, hogy (tantársaid, kollégáid, ismerőseid) az ápolóképzés elhagyására buzdítottak?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

18) Mennyire vagy biztos abban, hogy befejezed a tanulmányaidat?

Egyáltalán nem	Talán befejezem	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű, hogy befejezem	Biztosan befejezem
1	2	3	4	5

19) Mennyire valószínű, hogy a következő egy évben / a tanulmányok befejezése után ápolóként helyezkedsz el?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

Kérlek, ugorj a 32. számú kérdéshez!

Dolgozók részére

20) Melyik szakterületen található a főállásod?

Fekvőbeteg szakellátás	Járóbeteg szakellátás	Alapellátás
1	2	3

21) Melyik szakterületen található a mellékállásod (ha van ilyen)?

Fekvőbeteg szakellátás	Járóbeteg szakellátás	Alapellátás
1	2	3

22) Főállásodban hány műszakos munkarendben dolgozol?

1	2	3
----------	----------	----------

23) Jelenlegi munkahelyeden (főállásodban) mennyire vagy elégedett...?

23/a) A fizetéssel?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

23/b) A kollégák magatartásával, segítőkészségével, emberi tulajdonságaival?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

23/c) A munkakörülményekkel, felszereléssel, eszközökkel, az általános állapottal?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

23/d) A munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

23/e) A fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrelépéssel?

Elégedetlen vagyok	Megfelel	Nem tudom eldönteni	Jónak találom	Elégedett vagyok
1	2	3	4	5

24) Az elmúlt 6 hónapban gondoltál arra, hogy elhagyd az ápolói pályát, de az egészségügyön belül, más területen/munkakörben helyezkedsz el?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

25) Az elmúlt 6 hónapban gondoltál arra, hogy az egészségügyön kívül, más szakmában helyezkedsz el?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

26) Mennyire valószínű, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozol tovább?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

27) Ha a következő egy évben elhagynám az ápolói pályát, ez azért van, mert...(válaszd a legfontosabb érvet):

Továbbtanulok	Más munkahelyet választok az egészségügyön belül	Más szakmát választok az egészségügyön kívül	Gyermekeket szülök
1	2	3	4

28) Mennyire valószínű, hogy újra az ápolást választanád hivatásnak?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

29) Jelenlegi tapasztalataid alapján ajánlanád-e másnak az ápolási hivatást?

Egyáltalán nem	Talán	Nem tudom eldönteni	Nagyon valószínű	Biztosan
1	2	3	4	5

30) Előfordult az elmúlt 6 hónapban, hogy (kollégáid, ismerőseid, családod) a pálya elhagyására buzdítottak?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

31) Hány közvetlen munkatársad nem magyar állampolgárságú ápoló? :(fő)

Hallgatók és dolgozók részére

32) Beszélsz legalább egy európai idegen nyelvet (angol, német, francia, olasz, spanyol stb.)?

Egyáltalán nem	Alapfokon	Középfokon	Felsőfokon
1	2	3	4

33) Az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy külföldön dolgozz tovább az ápolásban?

Egyáltalán nem	Ritkán	Alkalomszerűen	Gyakran	Állandóan
1	2	3	4	5

Ha „egyáltalán nem” választ adtál meg, köszönjük a közreműködésed, kérlek, add vissza a kitöltött kérdőívet. További kellemes napot, jó munkát, eredményes tanulást kívánunk! Minden más válasz esetén kérlek, folytasd a 35. számú kérdéssel!

34) Kapcsolatba léptél már valaha külföldi munkát közvetítő irodával?

Nem	Nem, de tervezem	Igen
1	2	3

35) Mennyire fontos számodra a külföldi munkavégzésben...?

35/a) Az anyagi helyzetem, megbecsülésem javulása

Nem fontos	Részben fontos	Nem tudom eldönteni	Nagyon fontos	A legfontosabb
1	2	3	4	5

35/b) A munkakörülményeim javulása

Nem fontos	Részben fontos	Nem tudom eldönteni	Nagyon fontos	A legfontosabb
1	2	3	4	5

35/c) Jobb tanulási, fejlődési (karrier) lehetőséghez való hozzájutás

Nem fontos	Részben fontos	Nem tudom eldönteni	Nagyon fontos	A legfontosabb
------------	----------------	---------------------	---------------	----------------

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

35/d) **Kiemelkedni ebből a jelenlegi kátyúból**

Nem fontos	Részből fontos	Nem tudom eldönteni	Nagyon fontos	A legfontosabb
1	2	3	4	5

36) **Ha lehetőséged lenne megválasztani a külföldi munkahelyed, hova mennél legszívesebben?**

Amerika/Kanada	Nagy-Britannia	Németország/Ausztria	Más európai ország	Egyéb
1	2	3	4	5

Köszönöm a közreműködésed, kérlek, add vissza a kitöltött kérdőívet. További kellemes napot, jó munkát, eredményes tanulást kívánok!

**Köszönettel:
A kutatás vezetője**

9. sz. melléklet: Köszönetnyilvánítás

Köszönetnyilvánítás

Először szeretném köszönetemet kifejezni mindazoknak, akik elindítottak pályámon. *Szicsek Margit* főiskolai docensnek, aki elindította az „első fecskét” Gyulán a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán. *Dr. Csontos András* dékáni tanácsadónak, aki pályám során kezdetektől fogva egyengette utamat, segítette ápolás oktatóként való elindulásomat, bevezetett az ápolás tudományába, felhívta figyelmemet azokra a lehetőségekre, melyeket az ő szakmai bölcsessége, látásmódja nélkül soha nem fedeztem volna fel. Említve itt a szakmai karrierlépcsőket, az ápolástudományi konferenciákon való részvételi és tanulási lehetőségeket, és a kitartás fontosságát egyaránt. Továbbá szeretném köszönetet mondani *Dr. Kalapos István* dékán úrnak, aki hitt bennem és támogatott mindvégig egyetemi éveim és PhD tanulmányaim során is és mint, munkáltatóm segítette utamat. Köszönetemet és hálámat szeretném kifejezni doktori témavezetőmnek *Dr. Betlehem Józsefnek*, aki érdemesnek talált arra, hogy doktoranduszként elvállaljon és segíti pályámat töretlenül. Emellett, mint a Magyar Ápolástudományi Társaság (MÁT) elnöke, támogatta a MÁT-ba való bekerülésem, vezetői tagságomat is és aki nem egyszer tett már tanúbizonyságot a magyar ápolástudomány fejlesztéséért, mint kiváló oktató, kutató, vezető egyaránt. Köszönetemet és nagyrabecsülésem szeretném kifejezni *Dr. Zrínyi Miklósnak*, aki ötletgazdája volt migrációs kutatásomnak, és aki mindig hitt bennem, és munkánk eredményességében és akinek rajtam kívül a magyarországi ápolók igen sokat köszönhetnek mind a *Nővér* folyóiratban való szerkesztői munkájáért, mind építő szakmai javaslataiért, kritikáiért egyaránt. Továbbá szeretnék köszönetet mondani *Dr. Becka Éva* szakmai igazgató asszonynak, aki az Országos Alapellátási Intézetbe hívott, munkámat támogatta, elismerte és akivel éveken keresztül közös erőfeszítéseket tettünk az ápolói kompetenciák kidolgozásáért, elismertetéséért Magyarországon. Ezeken kívül köszönetemet szeretném kifejezni kollégáimnak, mindazon volt főiskolai hallgatónak és a kórházakban dolgozó kollégáknak, akik a kutatás során segítettek kutatási munkámat, a kérdőívek kitöltését egyaránt. Szeretném köszönetemet kifejezni *szüleimnek*, akik mindig is biztattak, támogattak tanulmányaim során, nem kis áldozatot hozva szakmai fejlődésemért és elviselték igen sokszor a vizsgaidőszakok kínjait is. S természetesen utoljára, de nem utolsó sorban szeretném megköszönni *férjemnek* kitartó türelmét, támogatását, a családi életben való fokozott szerepvállalását munkám elkészítése során és *gyermekemnek Diánának* a szeretetét és toleranciáját, mellyel négy évesen megértette és elfogadta édesanyja értekezés elkészítési munkájának fontosságát.

10. sz. melléklet: Az értekezés témájával összefüggő saját közlemények jegyzéke, további saját közlemények jegyzéke, előadás és poszterkivonatok

**I. Az értekezés témájával összefüggő saját eredeti közlemények jegyzéke (19 db)
(Impact factor: 2,096)**

1. Siket Adrienn, Szombati Zsolt: **Diplomázás után...** : Nővér 1997; 10 (6): 39.
2. Siket Adrienn: **Az oktatás és képzés kutatása**: Nővér 2000; 13. (4): 15 -23.
3. Siket Adrienn: **A diplomás ápolók helye, szerepe az egészségügyi ellátó rendszerben, az alapellátásban**: Medicus Universalis 2000; 33. (6): 395 – 401.
4. Siket Adrienn: **Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója**: Nővér 2001; 14. (3): 43-44.
5. Siket Adrienn, Csontos András: **A Diplomás ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata**: Nővér Praxis, 2002; 5 (5): 12-16.
6. Siket Adrienn: **A Diplomás Ápoló Szak bemutatása és a gyakorlati oktatás**: Jubileumi Évkönyv 2003; Imiprint Nyomda. 31-48.
7. Ujváriné Siket Adrienn, Becka Éva: **Körzeti ápolók élet és munkakörülményei, egészségi állapota**: Medicus Universalis 2006; 39. (2): 55-64.
8. Zrínyi Miklós, Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga, Siket Adrienn: **Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás**: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2007; 45. (1): 39-43.
9. Becka Éva, Ujváriné Siket Adrienn (szerk.): **A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban**: OALI könyvek. Tájékoztató füzet I. OALI Ápolói Kiadvány, Budapest, 2007.
10. Ujváriné Siket Adrienn, Becka Éva: **Az ápolók jelenlegi feladatai és jövőbeni lehetőségei a kistérségi ellátásban**: Medicus Universalis 2007; 40. (4): 143-147.
11. Adrienn U. Siket : **State of health and life of community nurses in Hungary**: Kontakt 2 vol. IX. 2007. 240-247.
12. Ujváriné Siket Adrienn, Becka Éva: **A közösségi ápoló feladatai az alapellátásban és a kistérségi ellátásban**: Otthonápolás 2007. november-december III. (6) 7-10.
13. Adrienn U. Siket, Gábor Löw: **State of health and circumstances of life of nurses**: University of Debrecen Faculty of Health International Academic Conference Health and Social Questions of Childhood in European Context II prevention of Health and Social Pathology Conference Proceedings 10-11 october 2007, Nyíregyháza, Hungary.

First published in Nyíregyháza in 2008 by the University of Debrecen/Hungary,
Editors: Éva Huszti, Gergely Fábián, Printed by IMIprint

14. Ujváriné Siket Adrienn, Tamásné Máté Éva, Becka Éva: **Prevenációs ápolóképzés az alapellátásban, prevenációs munka a praxis háziiorvosi körzetben:** Medicus Universalis XXXXI. Évf. 3. 2008; (6): 113-121.
15. Lőw Gábor, Ujváriné Siket Adrienn: **Egészségügyi szociális munkás kompetenciáinak vizsgálata, kutatási tapasztalatok**, Nyíregyházi Főiskola, Szent Atanáz Katolikus Hittudományi Főiskola, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar: II. Doktorandusz Konferencia tanulmánykötete
16. Ujváriné Siket Adrienn: **A humán erőforrás helyzete összefüggése a pályaelhagyással az egészségügyben:** Nyíregyházi Főiskola, Szent Atanáz Katolikus Hittudományi Főiskola, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar: II. Doktorandusz Konferencia tanulmánykötete
17. Ujváriné Siket Adrienn, Papp Katalin, Farkas Nóra, Törő Viktória, **Tevékenységi körök a betegellátásban:** IME Az egészségügyi vezetők lapja IME VIII. Évfolyam 9. Szám 2009. November 31-36.
18. Adrienn Siket Ujvarine; Miklos Zrinyi, PhD; Helga Toth; Ildiko Szogedi; Ilona Rimar Zekanyne; Jozsef Betlehem: **The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary:** Nurse Education Today (2008. [Impact Factor: 0.702](#)) –közlésre elfogadva 2010.04.26.
19. Adrienn Siket Ujvarine; Miklos Zrinyi, PhD; Helga Toth; Ildiko Szogedi; Ilona Rimar Zekanyne; Jozsef Betlehem: **Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary**, Journal of Clinical Nursing, (2008. **Impact Factor: 1.376**) – közlésre elfogadva 2010.05.10.

II. Az értekezés témájával összefüggő saját szerkesztői levelek, rövid kommentárok jegyzéke (2 db) (Impact factor: 1,664)

1. Ujvarine AS, Betlehem J. (2008) Hungarian Nurse Education. Nurse Education Today, 28;7:880. (2008. **Impact Factor: 0,702**)
2. Siket Ujvarine: **Ethics in Hungarian nursing education programs:** Nursing Ethics 2008; 15(5):696-697. (2008. **Impact factor: 0,962**)

III. Az értekezés témájával összefüggő saját hivatkozható előadás vagy poszterkivonatok jegyzéke (4 db) (Impact factor: 12,676)

1. Betlehem, J., Szogedi, I., Alotti, N., Zrínyi, M., Juhasz, E., Papp, E., Siket, A. (2009) Does the ERC protocol 2005 cause more physical tiredness for BLS providers during resuscitation? Critical Care Medicine, 37; 12S: 575. A279 (2008. **Impact factor: 6,594**)
2. Ujváriné Siket, A, Zrínyi, M, Zékányné Rimár, I, Tóth H, Betlehem, J. (2009) Pályaválasztás és elhagyás ápolók körében. In: Betlehem et al.: Absztraktgyűjtemény, Veszprém, 2009. p.98.
3. Jaromi, M., Toth, A., Betlehem, J., Siket, A. (2009) Biomechanical motion analysis among stroke patients in Hungary. Cerebrovascular Diseases 27 (suppl 6), 215. (2008. **Impact factor: 3,041**)
4. Siket Ujvarine, A., Papp, R., Balogh, S., Becka, A., Betlehem, J. (2009) The role of primary health care teams in prevention of cardiovascular diseases. Cerebrovascular Diseases 27 (suppl 6), 235. (2008. **Impact factor: 3,041**)

IV. További saját közlemények jegyzéke (14 db)

1. Siket Adrienn: **Visszaemlékezés**: Jubileumi Évkönyv 2003; Imiprint Nyomda. 79-83.
2. Siket Adrienn: **A diplomás ápoló szerepe a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában**: Nővér 2004; 17. (1) 5-15. o.
3. Adrienn U. Siket, Kiss Valéria, Marácz G. Gabriella: **The educational and training situation of The Gipsies in Hungary. Keltanokkana konferenssisa**: Tuula Kolari. Promo Tervedyden edistämisen lehti 45 Joulukuu 5/2006 /promo@health.fi/ 47-48.o. Keltanokkana konferenssisa Budapest IUHPE /7th IUHPE European Conference on Health Promtion and Health Education, Globalization and Equity: Concequences for Health Promotion Policies and Practices, 18-21 October 2006 Budapest, Hungary/
4. Adrienn U. Siket, Valéria B .Kiss, Gabriella G. Marácz G. **The educational and social situation of The Gipsies children in Hungary**: University of Debrecen Faculty of Health International Academic Conference Health and Social Questions of Chillhood in European Context II prevention of Health and Social Pathology Conference Proceedings 10-11 october 2007, Nyíregyháza, Hungary ISBN 978-963-473-108-5,

- 84-89. First published in Nyíregyháza in 2008 by the University of Debrecen/Hungary, Editors: Éva Huszti, Gergely Fábián, Printed by IMIprint
5. Ujváriné Siket Adrienn, Becka Éva, Tóth Ildikó, Dr. Zrínyi Miklós: **A gondozási szükségletet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata:** Medicus Universalis XLII. évf. 1.sz. 13.o.
 6. Katalin Érsek, Adrienn Ujváriné Siket, Gabriella Csillik, József Betlehem PhD, László Gulácsi PhD Habil: **EurHOMAP kutatás, országjelentés: Country Summary for Hungary**
 7. Ildikó Szögedi Müller, Miklós Zrínyi, József Betlehem, Adrienn Siket Ujváriné, Helga Tóth, **Training nurses for CPR: Support for the problem-based approach**, European Journal of Cardiovascular Nursing 9 (2010) 50–56
 8. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva, Dr. Zrínyi Miklós: **A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata:** Magyar Gerontológia, 1. évfolyam 2. szám (2009), Kongresszusi szám, 59.o. http://odin.defk.hu/library/090906_Magyar%20Gerontologia%201.2..pdf
 9. Ujváriné Siket Adrienn, Balogh Sándor, Becka Éva, Tóth Ildikó: **Az alapellátási team tagjainak tevékenységi listája**, Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa 2010. április 29-30. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény, Szerk.: dr. Oláh A., Ujváriné Siket A., Dr. Betlehem J., PTE ETK ISBN 978-963-7178-61-0
 10. Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa 2010. április 29-30. Nyíregyháza, **Absztraktgyűjtemény**, Szerk.: Oláh A., Ujváriné Siket A., Betlehem J., PTE ETK
 11. Ujváriné Siket Adrienn (szerk.) I. Fejlesztésléktan fejezet, Kórházi Közmunkaprogram Ápoló Szakképesítések, Gondozás, Gyakorló ápolók részére Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2009. 9-31.o.
 12. Papp Katalin, Törő Viktória, Ujváriné Siket Adrienn (szerk.) IV. Ápolási feladatok fejezet, Kórházi Közmunkaprogram Ápoló Szakképesítések, Alapápolás, Gyakorló ápolók részére Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2009., 233-320.o.
 13. Ujváriné Siket Adrienn (szerk.), Kórházi Közmunkaprogram Ápoló Szakképesítések, Ápolási asszisztensek részére Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2009.
 14. Ujváriné Siket Adrienn (szerk., Kórházi Közmunkaprogram Ápoló Szakképesítések, Ápolási asszisztensek részére Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2009.

Összesített Impakt Faktor:

I. 2,078

II. 1,664

III. 12,676

Mindösszesen: 16,418

Előadás és poszterkivonatok: (71 db)

1. Bánkúti Attila, Siket Adrienn

Van Remény...? Diplomás ápoló helye a mai magyar egészségügyben

Pándy Kálmán Megyei Kórház Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Értekezlete

Gyula 1996. július 9.

Előadás – MÁE különdíj

2. Siket Adrienn

A Gyógyító szeretet

Pándy Kálmán Megyei Kórház Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Értekezlete

Gyula 1996. július 10.

Előadás – MÁE különdíj

3. Bánkúti Attila, Siket Adrienn

Van Remény...? Diplomás ápoló helye a mai magyar egészségügyben

Egészségügyi Szakdolgozók IX. Országos Konferenciája

Gyula 1996. augusztus 22-23-24.

Előadás - Kongresszus díj

4. Siket Adrienn

A Gyógyító szeretet

Egészségügyi Szakdolgozók IX. Országos Konferenciája

Gyula 1996. augusztus 22-23-24.

Előadás

5. Siket Adrienn

Innovációs lehetőségek az ápolási gyakorlatban

Egészségügyi Szakdolgozók XI. Országos Konferenciája

Békéscsaba 1998. augusztus 6-8.

Előadás

6. Siket Adrienn

A felsőoktatás fejlesztése Magyarországon; a DOTE Egészségügyi Főiskolai Kar bemutatása

Ápolásoktatás, Ápoláskutatás Tudományos Konferencia

Sopron, 1998. október 27-28.

Előadás

7. Siket Adrienn

A diplomás ápolók helye, szerepe az aktív betegellátásban

Onkológiai Napok Gyula

Nyíregyháza, 1999. szeptember 3.

Előadás

8. Siket Adrienn

A felsőoktatás kérdései. Az egészségügyi főiskolák létjogosultsága. A diplomás ápoló képzés dinamizmusa

Egészségügyi Szakdolgozók XII. Országos Konferenciája

Budapest, 1999. szeptember 29 - október 2.

Poszter

9. Siket Adrienn

Az oktatás és képzés kutatása

Egészségügyi Szakdolgozók XII. Országos Konferenciája

Budapest, 1999. szeptember 29 - október 2.

Poszter

10. Siket Adrienn

A diplomás ápolók helye, szerepe az aktív betegellátásban

Diplomás Ápolók II. Országos Találkozója

Nyíregyháza, 1999. október 15.

Előadás

11. Siket Adrienn

A diplomás ápolók helye, szerepe az aktív betegellátásban

Az Ápolás Gyakorlatának Kutatása Tudományos Konferencia

Sopron, 2000. május 23-24.

Előadás

12. Siket Adrienn

A diplomás ápolók helye, szerepe a betegek rehabilitációjában

Gyógyászati Segédeszköz Ellátás – Betegápolás Rehabilitáció II. Országos Kongresszus

Bükfürdő, 2001. március 22-24.

Előadás

13. Siket Adrienn

A diplomás ápolók specializációs lehetősége a rehabilitáció irányába

Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója,

Nyíregyháza, 2001. április 20-21.

Előadás

14. Siket Adrienn, Dr. Csontos András

A diplomás ápolók ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett diplomás ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata

Egészségügyi Szakdolgozók XXXII. Kongresszusa,

Győr 2001. augusztus 15-17.

Előadás, Nívó – díj

15. Siket Adrienn, Dr. Csontos András

A diplomás ápolók ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett diplomás ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata

Magyar Tudomány Napja

DE-EFK, 2001, október 29.

Előadás

16. Siket Adrienn

A diplomás ápolóképzés kreditrendszerének lehetőségei, a rehabilitációs szakirányba történő szakosodás

Gyógyászati Segédeszköz Ellátás – Betegápolás Rehabilitáció III. Országos Kongresszus

Bükfürdő, 2002. március 14-16.

Előadás

17. Siket Adrienn

Az ápoláskutatás oktatásának szerepe a problémamegoldó gondolkodás elmélyítésében

Diplomás ápolók IV. Országos Találkozója

Gyula, 2002. Április 25-26.

Plenáris előadás

18. Siket Adrienn

A diplomás ápoló szerepe a cardiovascularis betegségek prevenciójában

Egészségügyi Szakdolgozók XXXIII. Kongresszusa,

Szombathely 2002. augusztus 21-24.

Előadás, Különdíj

19. Siket Adrienn, Papp Katalin

Új trendek az egészségügyi szakdolgozók kompetenciájában, Kliens-oktató egészségfejlesztő szakemberképzés

Egészségügyi Szakdolgozók XXXIII. Kongresszusa

Szombathely 2002. augusztus 21-24.

20. Siket Adrienn

A diplomás ápolóképzés kreditrendszerének lehetőségei, a rehabilitációs szakirányba történő szakosodás

Orvosi Rehabilitáció és a Fizikális Medicina Magyarországi Társasága XXI. Vándorgyűlése

Szentgotthárd, 2002. szeptember 19 -21.

Előadás

21. Siket Adrienn

A prevenciós ápoló szerepe az alapellátásban

Országos Alapellátási Kongresszus

Budapest, 2002. október 3-5.

Előadás

22. Siket Adrienn

Diplomás ápolók képzése főiskolánkon

Nemzeti sajátosságok és európai kihívások az ápolóképzésben Magyar - Román Határmenti Konferencia

Nagyvárad- Nyíregyháza 2002. november 10.

Előadás

23. Siket Adrienn

Ápolók képzése Magyarországon

Határmenti Konferencia folytatásaként rendezett workshop

Nyíregyháza 2003. május 19.

Előadás

24. Siket Adrienn

A diplomás ápoló, mint humán erőforrás szerepe az alapellátásban

Diplomás Ápolók V. Országos Találkozója

Budapest, 2003. május 22-24.

Előadás

25. Siket Adrienn, Papp Katalin
Új trendek az egészségügyi szakdolgozók kompetenciájában, Kliens-oktató egészségfejlesztő szakemberképzés
"A képzésből a munka világába..." PHARE Konferencia
Szolnok, 2003. június 19-20.
Előadás
26. Siket Adrienn
A diplomás ápoló szerepe a cardiovasculáris betegségek prevenciójában
Egészségügyi Szakdolgozók XXXIV. Kongresszusa
Balatonaliga, 2003. augusztus 22-23.
Előadás, különdíj
27. Adrienn Siket
The structure of nursing education in Hungary. Research in training and education
2nd South Bohemian Nursing Days - II. Dél Bohémiai Ápoló Konferencia
Ceske Budejoviče, 25th-26th september 2003.
Előadás angol nyelven
28. Siket Adrienn
A diplomás ápoló szerepe a cardiovasculáris betegségek prevenciójában
Országos Alapellátási Kongresszus
Budapest, 2003. október 3-5.
Előadás
29. Siket Adrienn
Ápolói kompetencia a háziorvosi praxisban
XVI. Háziorvostani Szakfelügyelők Országos Konferenciája
Siófok 2004. március 27-28.
Előadás
30. Siket Adrienn
Az ápolóképzés hazai és európai helyzete A Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szakának bemutatása
Debreceni Belgyógyászati Napok
Debrecen, 2004. április 19-24.
Előadás
31. Siket Adrienn
Közösségorientált ápolóképzés PHARE projekt keretében
Főiskolát és egyetemet végzett ápolók VI. Országos találkozója
Szeged, 2004. május 28-29.
Előadás
32. Siket Adrienn
Hogyan fogadtathatjuk el a beteggel a terápiát, mivel érhetjük el, hogy fenntartsa azt és betartsa előírásainkat? Hogyan tudja az asszisztens a beteg compliance-t növelni?
Háziorvosi Praktikum c. Konferencia
Budapest, 2004. november 13.
Előadás

33. Siket Adrienn

A felsőoktatás szerkezeti és tartalmi változásai. A betegmozgatás és a rehabilitáció oktatása

Gyógyászati Segédeszköz Ellátás – Betegápolás Rehabilitáció V. Országos Kongresszus
Bükkfürdő, 2005. március 18.

Előadás

34. Bodóné Erős Rózsa, Dr. Fábry Adrienn, Siket Adrienn

A gyes depresszió prevenció lehetőségei

Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIV. Nagygyűlése
Szeged, 2005. április 20-22.

Poszter

35. Siket Adrienn

Az ápoló prevenció feladatai az ellátás színvonalának emelése érdekében

V. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok Együtt az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztéséért

Debrecen, 2005. május 19-20.

Előadás

36. Siket Adrienn

A diplomás ápoló szerepe a cardiovasculáris betegségek prevenciójában

Magyar Egészségügyi Társaság, az Amerikai Magyar Orvosszövetség, a Kárpátaljai Magyar Egészségügyi Dolgozók Társasága és a Semmelweis Társaság - Németország Nemzetközi Konferenciája

Keszthely, 2005. május 22-27.

Előadás

37. Adrienn Siket

Theory, research and education in nursing

Univerzita Komenského v Bratislave Jesseniova lekárska Fakulta v Martine Ústav ošetrovateľstva

Martin, 25-26. máj 2005. (Szlovákia)

Előadás angol nyelven

38. Siket Adrienn

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota

Az Egészségügyi Szakdolgozók XXXVI. Országos Kongresszusa
Nyíregyháza, 2005. augusztus 18-19.

Előadás, szekció díj

39. Siket Adrienn

Egészségügyi dolgozók képzése

Magyar Család és Nővédelmi Társaság

Budapest, 2005. augusztus 29-30.

Előadás

40. Siket Adrienn, Dr. Becka Éva

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota

Országos Alapellátási Kongresszus

Budapest, 2005. október 7-8.

Előadás

41. Siket Adrienn

A körzeti ápolók kompetenciájának kérdésköre

Országos Alapellátási Kongresszus

Budapest, 2005. október 7-8.

Előadás

42. Siket Adrienn, Dr. Becka Éva, Dr. Dotterweichné Józán Klára

A körzeti ápolók kompetenciájának kérdésköre

Magyar Ápolástudományi Társaság Konferenciája

Pécs, 2005. október 15.

Előadás, üléseelnök angol nyelven

43. Siket Adrienn

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota

Magyar Tudomány Napja

Nyíregyháza DE-EFK

2005. november 22.

Előadás

44. Siket Adrienn

A körzeti ápolók kompetenciájának kérdésköre

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Megyei Első Konferenciája

Nyíregyháza, 2005. november 25.

Előadás

45. Siket Adrienn

A körzeti ápolók kompetenciájának kérdésköre

XI. Mátrai Háziorvosi Napok

Mátrafüred, 2006. február 10-12.

Előadás

46. U. Siket Adrienn, B. Kiss Valéria, G. Maráci Gabriella

The educational and training situation of The Gypsies in Hungary

7th IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education, Globalization and Equity: Consequences for Health Promotion Policies and Practices,

18-21 October 2006 Budapest, Hungary

Poster

47. Ujváriné Siket Adrienn

Az ápolók jelenlegi feladatai és jövőbeni lehetőségei a kistérségi ellátásban

VI. Háziorvosi Napok

Balatonfüred, 2007. május 18-20.

Előadás

48. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Betlehem József, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga

Az egészségügyi főiskolai hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő-piacon

MTA Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Tudományos Testületének XVI. évi Közgyűléssel egybekötött Tudományos Ülése

2007. október 5-6., Nyíregyháza

Előadás

49. Adrienn U. Siket, Gábor Löw

State of health and circumstances of life of nurses

International conference Health and Social Questions of Childhood in European Context II on Prevention of health and social pathology

10 – 11 October 2007, Nyíregyháza, Hungary

Előadás

50. U. Siket Adrienn, B. Kiss Valéria, G. Marácz Gabriella

The educational and social situation of The Gipsies children in Hungary

International conference Health and Social Questions of Childhood in European Context II on Prevention of health and social pathology

10 – 11 October 2007, Nyíregyháza, Hungary

Előadás

51. Ujváriné Siket Adrienn

A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban

Országos Alapellátási Kongresszus

Budapest, 2007. október 26-27.

Előadás, Kerekasztal moderátor

52. Ujváriné Siket Adrienn

A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban

Tájékoztató füzet ismertetése a MESZK felkérésére

Észak Magyarországi Regionális Alapellátási Konferencia

Miskolc, 2007. november 16.

Előadás

53. Ujváriné Siket Adrienn, Löw Gábor

A pályaelhagyás jelensége, okai az egészségügyben

Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia

Az MTA Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Tudományos Testületének szervezésében

Nyíregyháza, 2007. december 7.

Előadás

54. Papp Katalin, Ujváriné Siket Adrienn, Farkas Nóra, Törő Viktória

Tevékenységi körök a betegellátásban

Egészségügyi Szakdolgozók XXXIX. Kongresszusa

Kaposvár, 2008. július 3-5.

Előadás

55. Ujváriné Siket Adrienn

A humán erőforrás helyzete, összefüggése a pályaelhagyással az egészségügyben

II. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia

A Nyíregyházi Főiskola, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara és a Szt. Athanáz Görög-katolikus Hittudományi Főiskola által együtt megrendezésre kerülő PhD/DLA konferencia
NYÍREGYHÁZI FŐISKOLA, 2008. NOVEMBER 21.

Előadás

56. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó, Dr. Zrínyi Miklós

A gondozási szükségletet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata

Szociális Gerontológia a mai Magyarországon

Nyíregyháza, 2008. november 28-29.

Előadás

57. Adrienn Siket, Ujváriné, RN, MSN, Miklós, Zrínyi, RN, PhD, Helga, Tóth, RN, MSN, Ilona Rimár, Dr. Zékányné, RN, MSN, József, Betlehem, RN, PhD

Voting with your feet: Is the real exodus of nurses to come?

Univerzita Komenského v Bratislave Jesseniova lekárska fakulta v Martine, TEÓRIA, VÝSKUM A VZDELÁVANIE, V OŠETROVATEĽSTVE A V PÔRODNEJ ASISTENCII
Martin, 2009. május 21.

Előadás angol nyelven

58. A. Siket Ujváriné, R. Papp, S. Balogh, E. Becka, J. Betlehem

The role of primary health care teams in prevention of cardiovascular diseases

XVIII. European Stroke Conference, www.eurostroke.eu

Stockholm, Sweden, 26-29 May 2009

Nemzetközi Kongresszus

Poszter

59. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó, Dr. Zrínyi Miklós

A gondozási szükségletet és az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság felmérése az alapellátásban

Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa

2009. július 9-11. Veszprém

Előadás

60. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga

Dr. Betlehem József PhD,

Pályaválasztás és pályaelhagyás ápolók körében

Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa

2009. július 9-11. Veszprém

Előadás

61. Adrienn Siket Ujváriné, Éva Becka Dr., Viktória Törő, Nóra Farkas

Outcomes of community nursing further education based on e-learning in basic health care in Hungary

International Symposium, arising of the 21st Century in the Process of Changes 10th – 11th 2009. szeptember 10-11. Nitra, Slovak Republic

Előadás angol nyelven

62. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Balogh Sándor, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó, Dr. Zrínyi Miklós
A gondozási szükséglet és az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság felmérése az alapellátásban
"Dementia; burden on society, evidence based treatment options, long term care European perspectives. A future time bomb?"
Corvinus Egyetem Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinika Minikonferenciája
Budapest, 2009. november 12.
Előadás
63. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Betlehem József PhD, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga
Ápoló hallgatók pályaválasztása, migrációs szándékai
III. Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia
Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola
2009. november 20.
Előadás
64. Ujváriné Siket Adrienn
Migráció, pályaelhagyás, csökkenő szakemberképzés az ápolók körében
Sz.-Sz.-B. Megyei Egészségügyi Szakdolgozók V. Tudományos Napja
DE-EK, Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4
2009. november 27.
Előadás
65. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Balogh Sándor, Dr. Becka Éva
Az egészségügyi és a szociális rendszer alapellátási feladatainak kérdései
GERONTOLOGIAI KÖRKÉP 2009, NYÍREGYHÁZI GERONTOLOGIAI NAPOK II., DEBRECENI EGYETEM, EGÉSZSÉGÜGYI KAR, NYÍREGYHÁZA, A GERONTOLOGIAI TUDOMÁNYOS KOORDINÁCIÓS KÖZPONT RENDEZVÉNYE, A PREVENTÍV GERONTOLOGIAI ÉS GERIÁTRIAI TÁRSASÁG VII. KONGRESSZUSA
DE-EK, Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4
2009. NOVEMBER 27-28.
Előadás
66. Szogedi Muller¹, N. Alotti², M. Zrínyi³, E. Juhasz¹, E. Papp², A. Siket, J. Betlehem¹
CONVENTIONAL VERSUS PROBLEM BASED LEARNING? EVIDENCE FOR CPR TRAINING
SCCM abstract decisions for the 39th Critical Care Congress-2010 MAIMI
IF 2007: 6,28
67. Papp Katalin, Ujváriné Siket Adrienn
Holistic Aspect in the Elderly Care
XXIV. microCAD
International Scientific Conference
section S: Health Science
Katalin Papp, Valéria Tothova, Adrienn Siket Újvári
18-20. March 2010
Előadás

68. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Betlehem József, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga, Takács Péter, Dr. Valéria Tothová

Pályaválasztás, ápolói tanulmányok, ápolói munka, pályaelhagyás és migráció vizsgálata a magyarországi és csehországi ápoló hallgatók körében:

Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa

Nyíregyháza, 2010.04.29-30.

Absztraktgyűjtemény, Szerk.: dr. Oláh A., Ujváriné Siket A., Dr. Betlehem J.,PTE ETK

Előadás

69. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Balogh Sándor, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó

Az alapellátási team tagjainak tevékenységi listája.

Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa

Nyíregyháza, 2010.04.29-30.

Előadás

70. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Balogh Sándor, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó

Ápolói tevékenység kompetencia és a fejlesztés lehetőségei, licenc rendelet.

IX. Országos Háziorvos Napok

Balatonalmádi, 2010. 06.04 - 06

Előadás

71. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Betlehem József, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga Dr. Kriszbacher Ildikó, Takács Péter

Az ápolóhallgatók támogatása és a pályaelhagyás összefüggései.

Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa

Kecskemét, 2010.06.24-27.

Előadás

*"Bármerre visz életed csak egy célod legyen,
Segíteni mindig, mindenütt
A többi emberen;
Légy erős, védd minden ember
Boldog életét,
Tanulj, taníts, s a tudomány
Hős magvetője légy!"*

/Tompai Mihály/