

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
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-22.
Az egészségügyben dolgozók munkával való elégedettségét és egészségi állapotát
meghatározó tényezők**

**FEKVŐBETEG ELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ ÁPOLÓNŐK
MUNKÁVAL VALÓ ELÉGEDETTSÉGÉNEK KÖVETÉSES
ORSZÁGOS VIZSGÁLATA, VALAMINT JÓL-LÉTÉNEK
(WELL-BEING) ALAKULÁSA A VÁLTOZÓ HAZAI
EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN**

Doktori (PhD) értekezés

NÉMETH ANIKÓ

Témavezetők: Dr. Lampek Kinga PhD, habil., Dr. Betlehem József PhD, habil.



Pécs

2013.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	4
2. MUNKAHELYI ELÉGEDETTSÉG.....	8
2.1. Munkahelyi elégedettséghez kapcsolódó fogalmak	8
2.2. Munkahelyi elégedettséggel kapcsolatos elméleti modellek.....	8
2.3. A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben	13
2.3.1. Munkahelyi tényezők	14
2.3.1.1. Fizikai biztonság, fizetés, szociális pozíció.....	14
2.3.1.2. A munka változatossága, az ellenőrzés mértéke, a szükséges készségek mennyisége, az interperszonális kapcsolatok mértéke	16
2.3.1.3. Egyéb tényezők (túlóra, szabadidő).....	19
2.3.2. Személyi tényezők	20
2.4. Munkahelyi elégedetlenség következményei	21
3. EGÉSZSÉG	22
3.1. Egészség és életminőség fogalmainak értelmezése.....	22
3.1.1. Egészség fogalma	22
3.1.2. Életminőség fogalma	22
3.2. Testi egészség, pszichoszomatikus egészség	22
3.2.1. Egészségi állapot önértékelése	23
3.2.2. Akut betegségek alakulása.....	24
3.2.3. Krónikus betegségek előfordulása.....	24
3.2.4. Orvoshoz fordulási szokások, táppénz igénybe vétele	25
3.3. Lelki egészség	26
3.3.1. Munkahelyi stressz	26
3.3.2. Alvászavar, alvási szokások	31
3.3.3. Abúzusok (dohányzás, alkohol, gyógyszer)	32
3.3.4. Burnout	32
4. A JÓL-LÉT ÖSSZEFÜGGÉSEI A FIZETETT ÉS NEM FIZETETT MUNKÁVAL.....	35
4.1. Fizetett munka és jól-lét kapcsolata	35
4.2. Nem fizetett munka és a jól-lét kapcsolata.....	36
4.3. Munka-család konfliktus.	37

5. MUNKAHELYI VÁLTOZÁSOK ÉS AZOK HATÁSA A DOLGOZÓKRA	39
5.1. A munkahelyi változások negatív hatásai	39
5.2. A munkahelyi változások pozitív hatásai	40
5.3. Dolgozók segítése a változások érdekében	40
6. ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE	42
6.1. Vizsgálat célja	42
6.2. Hipotézisek	42
6.3. Kutatási módszerek és minta	42
6.3.1. Első szakasz-mérőeszköz kialakítása és a mintavétel	43
6.3.1.1. A D-C-S modell skáláinak elméleti bemutatása.....	43
6.3.1.2. A jól-lét mérésének bemutatása.....	44
6.3.1.3. Az egészségügyi változások megélését felmérő kérdések.....	44
6.3.1.4. A kutatás lebonyolítása az egyes kórházakban.....	45
6.3.2. Második szakasz	46
6.4. Alkalmazott módszertan	46
7. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK.....	49
7.1. A 2010-es minta bemutatása	49
7.1.1. Szocio-demográfiai tényezők	49
7.1.2. Munkakörülmények bemutatása	50
7.1.2.1. Munka, munkatársak	50
7.1.2.2. Munkaterhelés, kereset, megbecsülés.....	51
7.1.3. Élethelyzet, életérzés, egészségi állapot	53
7.2. A 2003-as és 2010-es eredmények összehasonlítása.....	54
7.2.1. Személyes jellemzők, munka, munkatársak eltéréseinek bemutatása (1-2. rész)	55
7.2.2. Munkaterhelés, kereset, megbecsülés eltérései (3. rész)	55
7.2.3. A D-C-S modell dimenzióinak összehasonlítása a két mintában	58
7.2.3.1. Igénybevétel (Demand) összehasonlítása a két mintában	58
7.2.3.2. Ellenőrzés (Control) összehasonlítása a két mintában.....	61
7.2.3.3. Támogatás (Support) összehasonlítása a két mintában	63
7.2.4. Családi háttér, otthoni munka (4. rész)	64
7.2.5. Élethelyzet, életérzés, egészségi állapot (5. rész)	65
7.2.6. Ápolók jól-létének és az azt befolyásoló tényezők összehasonlítása	68
7.3. Elmúlt években, az egészségügyben történt változások megélése	75

7.3.1. Változások, és azok megélése az egészségügyben, 2010	75
7.3.2. Egészségügyi átalakulás, jól-lét és a munka kapcsolata.....	81
7.4. Kvalitatív eredmények bemutatása.....	85
7.4.1. Létszám adatok (felvétel, elbocsátás)	86
7.4.2. Változások a kórház életében (vezető váltás, ágyszám változások, osztály bezárás/nyitás, pénzmegvonás).....	86
7.4.3. Fizetés, pótlékok, jutalmazás.....	87
7.4.4. Túlóra, másodállás.....	88
7.4.5. Szabadidős tevékenység, szabadságolás.....	88
7.4.6. Képzések, továbbképzések	88
7.4.7. Stresszkezelés	89
8. MEGBESZÉLÉS.....	90
8.1. A két felmérés eredményeinek összehasonlítása (2003-2010).....	90
8.2. Az egészségügyben végbement változások megélése	95
8.3. Egészségügyi átalakulás, jól-lét és a munka kapcsolata.....	96
9. JAVASLATOK	99
9.1. Az ápolók helyzetének javítására tett javaslatok	99
9.2. Ápolók egészségének fejlesztésére tett javaslatok	101
9.3. Bizonytalanság csökkentésére tett javaslatok.....	103
IRODALOMJEGYZÉK.....	105
NYILATKOZAT	122
MELLÉKLETEK JEGYZÉKE.....	123
1. sz. melléklet: Kérdőív.....	124
2. sz. melléklet: Táblázatok gyűjteménye	145
3. sz. melléklet: Mélyinterjúk	158
4. sz. melléklet: Köszönetnyilvánítás	208
5. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke	209

1. BEVEZETÉS

Az ápolók teszik ki az egészségügyi szakdolgozók legnagyobb hányadát, ők azok, akik a nap 24 órájában a betegágy mellett végzik tevékenységüket. Feladatuk egyre sokrétűbb, köszönhetően a fejlődő technikának. Az ápolóknak is lehetőségük nyílik tudásuk folyamatos fejlesztésére, de ennek ellenére társadalmi státuszuk, megbecsültségük igen alacsony szinten maradt. Köztudott, hogy a társadalom az ápolói pályát alacsonyra értékeli, és folyamatosan romlik az egészségügyi dolgozók megítélése is. Ennek egyik oka az ellátásban adódó kétségelemben keresendő, a másik a média által közvetített információknak tudható be (*Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja, 2004*). Az ápolók maguk is alacsonyabbra értékelik hivatásuk presztízsét más szakmák képviselőinél (*Kovácsné és mtsai. 2008*). Az ápolói hivatás egy olyan hivatás, ahol a megbecsültség sem anyagi, sem erkölcsi szempontból nem áll összefüggésben a megterheléssel. A biztonságos betegellátás érdekében nem mindegy, hogy az ápolók milyen pszichés és szomatikus állapotban állnak a betegágy mellett nap mint nap.

Többszörmire segítségvágyból választják hivatásukat (*Kovácsné és mtsai. 2004*), a szakma pozitívumaiként az emberekkel való foglalkozást, gyógyítást, kreativitást, változatosságot említik meg (*Piczil és mtsai. 2005*). Az utóbbi években egyre kevesebb fiatal választja hivatásául az ápolói pályát, mivel nem látnak benne karrier lehetőséget (*Halmosné, 2008; Balogh és mtsai. 2009b*). Aki mégis ezt a hivatást választja, gyakran megy külföldre a magasabb fizetés reményében, ahol a szakmai kompetenciakörök tisztázottak, és a fizetés többszöröse a hazainak (*Kovácsné és mtsai. 2004; Betlehem és mtsai. 2007b; Újváriné és mtsai. 2011*). Európán belül megfigyelhető egy kelet-nyugati áramlás az ápolók körében (*Hasselhorn és mtsai. 2005*). A pályaelhagyás számottevő hazánkban is, de nem kirívó más európai országokéhoz képest (*Betlehem, 2012*).

2003-2010 között a kórházakban és szakrendelő intézetekben dolgozó egészségügyi szakdolgozók aránya 10,4%-kal csökkent (*Veres és Károlyi, 2011*). Drasztikus létszámhiány alakult ki az ápolók tekintetében, különösen nagy létszámhiány figyelhető meg az intenzív betegellátás, a műtőszolgálat, az onkológia és a pszichiátria területén, és folyamatosan növekszik a betegágy mellett dolgozók

átlagéletkora (*Halmosné, 2008; Balogh, 2009a*). A kompetenciakörök tisztázatlansága miatt előfordul, hogy diplomával rendelkező ápolóknak kell alapápolási feladatokat ellátni, vagy éppen a családtagokra bízák ezen feladatok elvégzését személyzet hiányában (*Marton-Simora és mtsai. 2008; Betlehem és mtsai. 2009; Betlehem, 2012*). A létszámhiányhoz adódik még a rossz munkahelyi körülmény is, mely tovább súlyosbítja az ápolók helyzetét. Elavult, korszerűtlen eszközökkel kell a mindennapi munkát végezni, és gyakran még az alapvető védőfelszerelés (pl. gumikesztyű) is hiányzik (*Csetneki, 2008*).

A 2006. CXXXII. törvény szabályozta az országos hatáskörű speciális intézeteket, valamint súlyponti kórházakat jelölt ki, ahol meghatározta az aktív ágyak számát is (*2006. évi CXXXII. törvény*). Ennek hatására számos intézményt bezártak, átszerveztek, intézményeket, kórházi osztályokat vontak össze, mely jelentősen megváltoztatta az ott dolgozók életét, munkakörülményeit.

Az elmúlt években a kórházi ágyszámok tekintetében bekövetkezett változás jelentősen átalakított egyes kórházakat, betegellátó osztályokat. Az aktív kórházi ágyak száma 1990-2008 között majd harminc ezerrel csökkent. A krónikus ágyak száma 2006-2007 között 7000-el (30%-kal) növekedett (*Vas és mtsai. 2009a*). A legnagyobb arányú csökkenés a közép-magyarországi és a dél-alföldi régióban volt megfigyelhető, míg a legkisebb arányú volt az ágyszám csökkenés a közép-dunántúli és a dél-dunántúli régiókban (*Vas és mtsai. 2009b*).

A bérek jelentősen elmaradnak az európai átlagtól (*Betlehem, 2012*). Az egészségügyi dolgozók havi bruttó keresete 2008-ig emelkedést mutatott, de 2009-ben, a 13. havi fizetés megszűnésével csökkenés volt tapasztalható. Az adószabályok változása miatt viszont 2010-ben a havi átlagos nettó kereset 3%-kal emelkedett (*Veres és Károlyi, 2011*).

A fenti változásoknak, átszervezéseknek az egészségügyi dolgozók is részesei voltak, hiszen naponta szembesülniük kellett a bizonytalansággal, az esetleges elbocsátástól való félelemmel. A betegágy mellett, több műszakban végzett munka többletterhelést ró a szervezetre, mely mind a testi, mind a szellemi egészség romlásához vezethet. Az állandó stressz, a mindennapi létbizonytalanság megnehezíti az ápolók életét, nem beszélve a keresetek irreális voltáról. A mindennapos létbizonytalanság vagy arra kényszeríti az ápolókat, hogy másodállást vállaljanak, vagy pedig külföldre

távoznak jobb kereset reményében. A másodállás, az ezzel végzett túlmunka szintén negatívan hathat az egészségi állapotra, melynek következtében stresszes, megfáradt ápolók végzik munkájukat nap mint nap a betegágy mellett.

A szervezetben bekövetkező változások (pl. integráció) jelentős hatással vannak az ápolók stressz-szintjére, lelki jól-létére, munka teljesítményére (*Idel és mtsai. 2003; Brown és mtsai. 2006; Betlehem és mtsai. 2007a*). Sok ember félelemmel, szorongással, haraggal vagy depresszióval reagálhat a szervezeti változásokra (*Hendel, 1998; Palfi és mtsai. 2008*). Az egészségügyi ellátórendszer gyors és drasztikus változásai, a szervezeti változások a munkahelyen belül hatással lehetnek az ápolók testi egészségére (pl. vázizom-rendszeri betegségek kialakulása) (*Lipscomb és mtsai. 2004; Karasek, 2008*). A kórházi struktúra átalakítása, újjászervezése, a létszámleépítés hatással van a munkahelyi elégedettségre (amennyiben a munka kielégíti a dolgozó legfontosabb szükségleteit, munkahelyi elégedettségről, ellenkező esetben elégedetlenségről beszélünk - *Guiot, 1984.*), valamint az ápolók pszichés egészségére (*Burke és Greenglass, 2001*). A munkahelyi bizonytalanság, az állás elvesztésének lehetősége (létszámleépítés) hatással van az ápolók jól-létére és egészségi állapotára (*Karasek, 1989*). A munkahelyi átszervezés növeli a munkaterhelést (*Baumann és mtsai. 2001*), rontja a szervezeti kommunikációt, mely a munkával való elégedettség csökkenését (*Davidson és mtsai. 1997*), valamint a munkahelyi légkör negatívabb megítélését (*Clark és mtsai. 2000; 2001*) eredményezi. Azok az ápolók, akik intézményi összevonást élnek át munkahelyükön, jobban félnek a munkahely elvesztésétől, és a munkaelégedettségük is alacsonyabb, mint azoknak az ápolóknak, akik nem éltek át összevonást (*Armstrong-Stassen és mtsai. 1997*). Amennyiben a szervezeti változás időtartama alatt a dolgozó az előrelépési lehetőségek korlátozottságát, alacsony döntési szabadságot és rossz kommunikációt észlel, az hozzájárul a pályaelhagyási szándékhoz (*Davidson és mtsai. 1997*), a vezetőváltás pedig fokozza a munkabizonytalanságot (*Smith-Blair és mtsai. 1999*).

Az egészségügyben jelenleg is átalakulások zajlanak, így volt ez az elmúlt évtizedben is. Ezeket a változásokat azoknak a legnehezebb megélni, akik mindennap a betegápolásban tevékenykednek. A folyamatos változás szükségessé teszi az ápolók munkájának, mindennapjainak újbóli vizsgálatát egy 2003-ban, Dr. Betlehem József által alkalmazott kérdőív újbóli felvételével, továbbá az

egészségügyben végbement változások miatti bizonytalanság hatását is vizsgálni kívánjuk az ápolók mindennapi életében. A dolgozat egyik kulcselemét az ápolónők jól-létének (well-being) vizsgálata alkotja. A szubjektív jól-lét egy heterogén fogalom, magába foglalja a boldogságot, az élettel való megelégedettséget, valamint a pozitív érzelmi tényezőket is (Diener, 1984).

Jelen dolgozat célja feltárni az ápolók munkaelégedtségének, egészségi állapotának változását az első vizsgálatához képest, valamint az egészségügyi átszervezések miatt esetlegesen jelen lévő bizonytalanság hatását az ápolók jól-létére, egészségi állapotára. A vizsgálatban kulcsfontosságú szerepet kap a munkahely átalakulásának, valamint az ezzel járó bizonytalanságnak a vizsgálata. Az ezzel foglalkozó kérdések saját, átélt élményeken, félelmeken alapulnak. Statisztikai tesztekkel kívánjuk bizonyítani, hogy a bizonytalanság a Karasek (1979) és Johnson (1991) nevéhez fűződő Demand-Control-Support (igénybevétel-ellenőrzés-támogatás) modell tényezői mellett jelentős hatással van az ápolók pozitív és negatív jól-létére. Vizsgáljuk továbbá az utóbbi években az egészségügyben végbement változások megélését, illetve a jól-léttel és a munkakörnyezettel való kapcsolatát.

A bevezetésben megfogalmazottak és a szakirodalom áttekintése után az alábbi kutatási problémát fogalmaztam meg:

Az egészségügy átalakulása miatt érzett bizonytalanság hatással van-e az ápolók jól-létére?

2. MUNKAHELYI ELÉGEDETTSÉG

Minden ember életében jelentős szerepet tölt be a munkája, a munkahelye, hiszen az otthon után itt töltjük el a legtöbb időt mindennapjaink során. Ezért különösen fontos, hogy milyen körülmények között, milyen emberi tényezők mellett végezzük mindennapi feladatainkat, hogyan éljük meg a munkahelyen való tartózkodást.

2.1. Munkahelyi elégedettséghez kapcsolódó fogalmak

Az ember munkához való viszonyulását nagymértékben befolyásolja a személyes motivációja, melyben jelentős különbség van ember és ember között (*Krasz, 2006*).

„Motivációnak nevezzük azokat a késztetéseket, amelyek a szükségletet csillapító viselkedésre irányulnak. Az ember motivációs rendszerében számos motívumot (pl. éhség, szomjúság, biztonság, valahová tartozás, megbecsülés, önmegvalósítás) különböztethetünk meg, amelyek egyéntől függően különböző erősségűek” (*Gyökér, 1999*).

Ha a dolgozónak a munkája kielégíti a legfontosabb szükségleteit, akkor munkahelyi elégedettségről, ellenkező esetben elégedetlenségről beszélünk (*Guiot, 1984*). Aiken és munkatársai szerint az egészségügyi dolgozók között a munkaelégedetlenség négyszer gyakoribb, mint a más szakmákban dolgozók körében, és emiatt öt ápolóból egy szándékozott egy éven belül elhagyni az ápolói hivatást (*Aiken és mtsai. 2001*).

A munkával való elégedettség pozitív kapcsolatban van a munkateljesítménnyel, hiszen a munkájával elégedett dolgozó szívesebben tartózkodik munkahelyén, jobb kedvvel végzi munkáját, ezáltal javul a teljesítménye (*Hasselhorn és mtsai. 2005*).

2.2. Munkahelyi elégedettséggel kapcsolatos elméleti modellek

Az elmúlt évtizedekben számos modellt alkottak a munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők feltérképezésére. Néhány, a legismertebbek közül kerül most bemutatásra a teljesség igénye nélkül.

Kezdetben a munkával való elégedettséget az egyén szükségleteivel összhangban jellemezték. Ha a dolgozó munkája kielégítette az általa legfontosabbnak tartott szükségleteit, akkor munkahelyi elégedettségről beszéltek (*Guiot, 1984*).

Locke érték-elmélete szerint a szükséglet az egyén életben maradását biztosítja, az érték pedig az, amire az egyén vágyik. Az elégedettség egy kellemes érzelmi állapot, melyet az értékek kielégítése eredményez, és összhangban van az egyén szükségleteivel. Szerinte a dolgozók értékei befolyásolják a munkahelyi elégedettséget. A munkahelyi tényezők attól függően váltanak ki elégedettséget vagy elégedetlenséget, hogy milyen mértékben felelnek meg a dolgozók elvárásainak (Locke, 1976).

Frederick Herzberg az 1950-es évek végén, munkavállalók körében végzett kutatási eredményei alapján alkotta meg modelljét, mely kétfaktoros elméletként vált ismertté. Elméletében a munka jellemzőit különítette el, és két tényezőt különböztetett meg: belső tényezők (motivátorok) és külső tényezők (higiénés tényezők). Az elégedettségért a motivátorok felelősek: elismerés, tartalmas feladat, felelősség, előléptetés, szakmai fejlődési lehetőség. Az elégedetlenséget a higiénés tényezők okozzák: vállalati politika, igazgatás, vezetési stílus, munkafeltételek, munkatársakkal, felettesekkel való kapcsolat minősége, magánélet, fizetés (Herzberg és mtsai. 1959).

A higiénés tényezők nem motiválják a dolgozókat a munkavégzésben, de csökkenthetik az elégedetlenséget. A motivátorok, mint például a siker és az elismerés produktívabbá, elkötelezettebbé és kreatívabbá teszik a dolgozókat (Syptak és mtsai. 1999).

Strauss modellje a munka és az egyén jellemzőit egyaránt figyelembe veszi. A munka lehet ösztönző (felelősségvállalás, döntéshozatalban való részvétel, változatos, önállóan végezhető feladatok), és nem ösztönző jellegű. A dolgozókat saját munkájukhoz való viszonyulásuk alapján csoportosítja: eszköz jellegű orientáció (a munkát a munkán kívüli céljaik elérésére, szükségleteik kielégítésére szolgáló eszköznek tekintik) és expresszív orientáció (a munka öncél, rejtett képességek kifejezésének forrása) (Strauss, 1974).

Hackman és Oldham modelljükben három kritikus pszichológiai állapotot különböztetnek meg, melyek döntően befolyásolják az egyén munkával kapcsolatos motivációját és elégedettségét: a munka értelmessége, felelősségérzet, és a munka eredményeinek ismerete. Minél inkább átéli az egyén ezeket a pszichológiai

állapotokat, annál inkább fokozódik a munkával való elégedettsége. Belső munkaköri motivációs jellemzőket írtak le öt kategóriában, amelyek a pszichológiai állapotokat előidéznek: a munka változatossága, a feladatok tartalma, jelentősége, önálló munkavégzési lehetőség, valamint visszajelzés a munkáról (*Hackman és Oldham, 1975*).

Porter és Lawler méltányosság elmélete (equity theory) szerint a méltányosnak tartott elismerés, jutalom, és az aktuálisan megvalósuló jutalmazás közötti eltérés okoz elégedettséget illetve elégedetlenséget. Ha a kapott jutalom kisebb, mint amit az egyén elvár, akkor elégedetlenség, ha nagyobb, akkor feszültség érzése keletkezik (*Lawler, 1968*).

Warr vitamin modellje a munkahelyi tényezőket vitaminokhoz hasonlítja. A C- és E-vitamin (fizetés, fizikai biztonság, szociális pozíció) nagy mennyiségben sem mérgező, míg az A- és D-vitamin (a munka változatossága, ellenőrzés mértéke, az interperszonális kapcsolatok minősége) nagy mennyiségben mérgező (*Warr, 1987*).

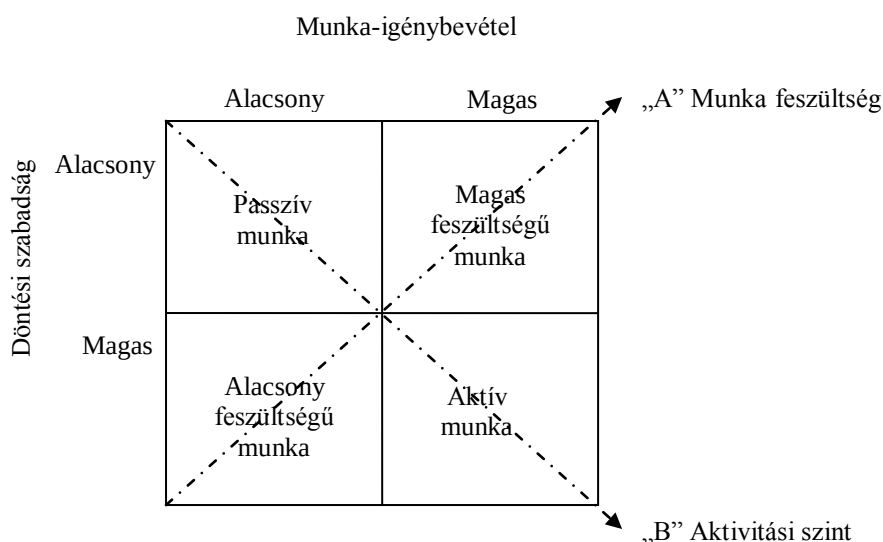
A kutatók között Karasek és Theorell voltak a legelsőek, akik az orvosi és technikai megközelítésen kívül a munkaszervezeti egészséget és biztonságot is vizsgálták. Figyelmüket a munka szociális szervezeti szerepére irányították, hogy az milyen hatással van a dolgozók egészségére. Rávilágítottak a pszichoszociális szükségletek, valamint a döntési szabadság fontosságára a stressz és a kardiovaszkuláris betegségek előfordulásának tekintetében. A munkahelyi magas szintű igénybevétel előidézője lehet különféle testi és lelki megbetegedéseknek különösen azok között, akik alacsony döntési terjedelemmel és magas feszültségű munkával rendelkeznek (*Karasek és Theorell, 1990*).

Karasek munka-igénybevétel (demand) - ellenőrzés (control) modellje a munkahelyi környezetnek két alkotóelemét feltételezi: munka-igénybevétel és munka-ellenőrzés (vagy döntési szabadság), melyek hatással vannak a dolgozók személyes jól-létének szintjére és a munkahelyi életük minőségére. A munka-igénybevétel a munkastresszorokra utal, úgy, mint a magas munkatempó és a magas időnyomás kombinációja. Az ellenőrzés vagy döntési szabadság a döntési lehetőségekre utal, hogy valaki hogyan fogadja a munka-igénybevételt, és két szubdimenziót foglal

magába: döntési önállóság (annak a mértéke, hogy a dolgozó képes önálló döntéseket hozni a munkájában), és szakmai jártasság (annak a mértéke, hogy melyik dolgozó tudja alkalmazni szakértelmét a munkában). A két dimenzió kombinációja nélkülözhetetlen a feszültség és az aktivitás fejlődéséhez. A modell leszögezi, hogy a munkafeszültség a munkahelyi igénybevétel és munka-ellenőrzés kölcsönhatásának eredményeképpen jön létre. Munkafeszültség áll fent, amikor a munka-igénybevétel szintje magas, a döntési szabadság szintje viszont alacsony. Ellenben, amikor a munka-igénybevétel és az ellenőrzés szintje is magas, aktív munkáról beszél Karasek, mivel ebben az esetben az igénybevétel a változás és a megújulás forrásaként szolgál inkább, mint a mentális és testi stressz forrásaként. Alacsony döntési szabadság és erős munka-igénybevétel mentális feszültséget és munkaelégedetlenséget okoz. Alacsony feszültségű a munka, ha a dolgozók minimális munka-igénybevétel mellett az ellenőrzés magas szintjét tapasztalják (Karasek, 1979; Karasek és Theorell, 1990).

Az 1. sz. ábra két kölcsönhatást reprezentál: olyan szituációk, amelyekben a munka-igénybevétel és a döntési szabadság eltér („A”) és olyan szituációk, ahol ezek harmonizálnak („B”). Az első szituáció, amikor az igénybevétel relatíve nagyobb, mint a döntési szabadság, a mentális feszültség szempontjából fontos. Amikor a munka-igénybevétel és a döntési szabadság is egyidejűleg magas, „aktív munká”-ról beszélünk. A „passzív munka” fennállása esetén csökken az általános és a problémamegoldó aktivitás.

1. sz. ábra: Munka-feszültség modell (Karasek, 1979)



A munka feszültség modellben Karasek négy csoportot hozott létre:

- Passzív munka: alacsony pszichoszociális munka-igénybevétel és alacsony ellenőrzés jellemzi;
- Aktív munka: magas pszichoszociális munka-igénybevétel és magas ellenőrzés;
- Alacsony feszültségű munka: alacsony pszichoszociális munka-igénybevétel és magas ellenőrzés;
- Magas feszültségű munka: magas pszichoszociális munka-igénybevétel és alacsony ellenőrzés jellemzi.

Ez a modell leszögezi, hogy a munka-igénybevétel és ellenőrzés kombinációja az észlelt feszültség, a stresszel kapcsolatos betegség-kockázatok, és a munkával összefüggő aktív-passzív magatartás különböző szintjeit eredményezi (Karasek és mtsai. 1981; Karasek és Theorell, 1990; Karasek és mtsai. 1998).

Számos, ezzel a modellel végzett epidemiológiai vizsgálat feltárta a magas munkafeszültség negatív hatását az egészségi állapotra (Karasek és mtsai. 1988; Schnall és Landsbergis, 1994; Theorell és Karasek, 1996; Cheng és mtsai. 2000; Belkic és mtsai. 2004; Karasek, 2008).

De Witte fiatal, pályakezdő dolgozók körében végzett vizsgálata rámutatott, hogy az autonómia magasabb foka az első munkahelyen a munkaelégedettség magasabb szintjét eredményezi, és a munkaterhelés magasabb szintjét is pozitívabban élik meg a pályakezdő ápolók, ami növeli a munkával való elégedettséget (De Witte és mtsai. 2007).

Karasek elméletét számos kutatásban tesztelték: a munka-igénybevétel növekedése és a döntési szabadság csökkenése a munkában összefügg a feszültség növekedésével, és különböző betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések) kialakulásával (De Jonge és Kompier, 1997; Van der Doef és Maes, 1999; Belkic és mtsai. 2004).

Johnson és munkatársai (1991) tovább fejlesztették Karasek munka-feszültség modelljét, kiegészítve a támogatás (support) dimenzióval, melynek eredményeképpen nyolc csoportot hoztak létre:

- Aktív munka alacsony támogatással;
- Aktív munka magas támogatással;

- Passzív munka alacsony támogatással;
- Passzív munka magas támogatással;
- Alacsony feszültségű munka alacsony támogatással;
- Alacsony feszültségű munka magas támogatással;
- Magas feszültségű munka alacsony támogatással (iso-feszültségű csoport);
- Magas feszültségű munka magas támogatással.

E modell szerint az a legveszélyesebb munka, amikor a magas munkafeszültség alacsony szociális támogatással együtt áll fenn (iso-strain) (*Johnson, 1991*).

A Demand-Control-Support modellt számos kutatás alkalmazta szerte a világban egyházi dolgozóktól kezdve adminisztrátorokon át az egészségügyi dolgozóig. Egy hazai felmérésből kiderült, hogy a passzív csoportba (alacsony igénybevétel-alacsony kontroll) tartozó ápolók, akik alacsony támogatást kaptak a munkahelyen, a jól-létük negatív és pozitív dimenzióiban sem éltek meg változást (*Betlehem és mtsai. 2007a*). Nyolc európai országot, köztük hazánkat is vizsgáló felmérésből kiderült, hogy a magyar dolgozók munkahelyi igénybevétele magasabb a nyugat-európaiaknál (a felmérés különböző cégeknél és kórházakban készült) (*Taipale és mtsai. 2011*).

2.3. A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben

A munkahelyi elégedettséget munkahelyi és személyi tényezők befolyásolják. Fokozódik a munkahelyi megterhelés, ezáltal az elégedetlenség, ha az ápolók jövedelmüket átlagosnak, vagy az átlagnál rosszabbnak ítélik meg, ha a pihenés hiányáról számolnak be, ha nem megfelelő a munkahelyi hangulat, ha rossznak ítélik meg a munkahelyi légkört, ha olyan feladatokat kell ellátniuk, amelyek nem tartoznak az ápolók feladatai közé (takarítás, mosogatás, orvosi kompetenciába tartozó feladatok), illetve ha alacsony az autonómia és a döntési szabadság (*Sasváriné, 2003*).

Davidson és munkatársai longitudinális vizsgálatukban a munkastresszt, a munkahelyi túlterhelést, a koordináció zavarát határozták meg munkaelégedettséget csökkentő tényezőként, amelyek jelentősen befolyásolják a betegellátás minőségét is,

hiszen a munkájukkal elégedetlen ápolók nem képesek odaadással ápolni a betegeket, amely mindenképp a betegellátás hátráltató tényezője, és a betegek is megérik a minőség romlását (*Davidson és mtsai. 1997*).

2.3.1. Munkahelyi tényezők

Munkahelyi tényezők közé azok a tényezők sorolhatók, melyek a munkahellyel, a munkakörnyezettel (annak rendezettségével), a munkahelyi társas támogatással (kollegiális támogatás) kapcsolatosak.

2.3.1.1. Fizikai biztonság, fizetés, szociális pozíció

Különösen az egészségügyben nagyon fontos a munkavégzés helyének „családias”, otthonos volta. Egy rendben, tisztán tartott, esetleg színesre festett falú betegellátó osztályon nemcsak a személyzet, hanem a betegek is otthonosabban érzik magukat, különösen, ha az osztály jól megvilágított (főleg, ha természetes fénnel), és amennyiben lehetséges, esetleg virágokkal díszített. Különösen az ápolók számára fontos a megfelelő pihenőhelyiségek kialakítása, ahol lehetőség nyílik a nyugodt étkezésre, esetleg egy pihentető tea- vagy kávéfogyasztásra.

A *fizikai környezethez* sorolható még a betegellátó osztály berendezése, bútorzata, illetve azok az eszközök, melyek a könnyebb betegellátást segítik elő (betegemelő, betegmozgató eszközök, terápia végrehajtását szolgáló berendezések). A mai tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ezen berendezések beszerzésére nem tudnak megfelelő anyagi forrást elkülöníteni az intézmények, ezért a korszerűtlen eszközök alkalmazása megnehezíti az ápolást. Vizsgálattal is bebizonyították, hogy a munkakörülmények összefüggést mutatnak a munkaelégedettséggel (*Bodur, 2002*).

A megfelelő *bérezés*, illetve kiegészítő *juttatások* (étkezési jegy, utazási költségtérítés, üdülési csekk) szintén hozzájárulnak a munkaerő megszerzéséhez és megtartásához, illetve szoros összefüggést mutat a munkahelyi elégedettséggel. Azon ápolók körében, akik nem megfelelőnek találják jövedelmi helyzetüket, gyakrabban fordul elő nagyobb munkahelyi terhelés és munkával való elégedetlenség (*Bodur, 2002; Sasváriné, 2003*).

Lynn és Kelley felmérésükben arra az eredményre jutottak, hogy a fizetés és a dolgozók ösztönzése nagymértékben hozzájárul a magas szintű munkavégzéshez. Ha az ápolók elégedetlenek a fizetésükkel vagy más, kiegészítő javadalmazással,

kevésbé törekednek a magas szintű munkavégzésre, illetve gyakrabban hagyják el a pályát (*Lynn és Kelley, 1997*).

A munkahelyi elégedettséghez hozzájárulhat, hogy a dolgozónak van-e lehetősége *előrelépni* a szervezeti hierarchiában, hogy van-e lehetősége továbbképzéseken való részvételre, vagy tovább tanulhat-e, amennyiben igénye merül fel rá (*Krasz, 2006*).

A munkahely *szervezeti felépítése*, működése szintén kihat a dolgozók munkahelyi elégedettségére. A nem megfelelő szervezeti felépítés, a nem központosított irányítás és döntéshozás belső konfliktusokat, elégedetlenséget okozhat (*Krasz, 2006*).

Egy izraeli felmérés rámutatott, hogy a szervezetben bekövetkező változások (pl. integráció) jelentős hatással vannak az ápolók stressz-szintjére, lelki jól-létére, munka teljesítményére (*Idel és mtsai. 2003*). Sok ember félelemmel, szorongással, haraggal vagy depresszióval reagálhat a szervezeti változásokra (*Brockner, 1985; Dianis és mtsai. 1997; Hendel, 1998*).

Az egészségügyi ellátórendszer gyors és drasztikus változásai, a szervezeti változások a munkahelyen belül hatással lehetnek az ápolók testi egészségére (pl. vázizom-rendszeri betegségek kialakulása) (*Lipscomb és mtsai. 2004*). A kórházi struktúra átalakítása, újjászervezése, a létszámleépítés hatással van a munka-család konfliktusokra, a munkahelyi elégedettségre, valamint az ápolók pszichés egészségére (*Burke és Greenglass, 2001*), jelentős mértékű szorongást okozva (*Roskies és Louis-Guerin, 1990*).

A munkahelyi bizonytalanság, az állás elvesztésének lehetősége (létszámleépítés) hatással van az ápolók jól-létére és egészségi állapotára (*Karasek, 1989*). A munkabizonytalanság egy tipikus munkastresszor, ami összefügg a dolgozók mentális és testi jól-létével (*Ashford és mtsai. 1989; Ferrie és mtsai. 2005*) valamint pályaelhagyási szándékával (*Sverke és mtsai. 2002*).

Egy norvég vizsgálat szerint az ápolók pszichoszociális munkakörnyezettel való elégedettsége hat faktorban tükröződik: munkastressz és szorongás, kollégákkal való kapcsolat, együttműködés és jó kommunikáció, munkamotiváció, munka-igénybevétel és szakmai fejlődés. Az ápolás során előforduló etikai konfliktusok hozzájárulnak a munkával kapcsolatos stresszhez és szorongáshoz. Ha az ápolók képesek megfelelő kommunikációra és együttműködésre a munkájuk során, akkor könnyebben tudtak foglalkozni az erkölcsileg nehéz szituációkkal is (*Bégat és mtsai. 2005*).

2.3.1.2. A munka változatossága, az ellenőrzés mértéke, a szükséges készségek mennyisége, az interperszonális kapcsolatok mértéke

Ezen tényezők előfordulása a munkahelyen erősen képes befolyásolni a munkaelégedettséget.

Minden ápoló munkába állásakor munkaköri leírást kap kézhez, mely tartalmazza az általa végzendő tevékenységeket, illetve a felelősségi körét, valamint a munkarendet, és, hogy munkájával kinek tartozik elszámolással. Ezek pontos ismerete teszi lehetővé, hogy az ápoló tisztában legyen a feladataival, valamint segít a felelősségteljes betegellátásban. A munkafeladat szempontjából hatással van az elégedettségre a munka jelentőségének mértéke, a *munka változatossága*, áttekinthetősége, az önállóság és a felelősségvállalás mértéke a munka során (*Gyökér, 1999*).

A munkaelégedettséget befolyásolhatja még a fentiekén túl a műszakbeosztás is. Az éjszakai műszakban végzett munka sokkal megterhelőbb a szervezet számára, mivel a szervezet éjszaka, alvás közben regenerálódik, és ez a regenerálódás az éjszaka dolgozók esetében elmarad, zavart szenved. Ráadásul a nappali alvás nem olyan pihentető, és rövidebb ideig tart, mint az éjszakai. Egy brazil felmérés rávilágított, hogy a főként nappali műszakban dolgozó ápolók munkaelégedettsége jobb, mint a túlnyomó részt éjszakai műszakban dolgozóké (*Ishara és mtsai. 2008*).

A munkafeladatból adódó elégedetlenség okai lehetnek a fokozott munkatempó, időhiány, irreális feladatok, szakmai bizonytalanság, monoton munkavégzés, több műszak, túlóra, gyakori veszélyhelyzet, fokozott figyelem igénye, nehéz fizikai munka (*Plette, 1994*).

Egy Amerikában végzett felmérés szerint minél több beteg jut egy ápolóra egy műszakban, annál valószínűbb az érzelmi kimerültség és a munkával való elégedetlenség kialakulása. A 8:1 beteg-ápoló aránynál 2,29-szer valószínűbb az érzelmi kimerültség, és 1,75-ször valószínűbb a munkával való elégedetlenség kialakulása, mint a 4:1 beteg-ápoló aránynál (*Aiken és mtsai. 2002*). Az ellátandó betegek súlyossága szintén befolyásolja a munkahelyi elégedettséget. A súlyos, haldokló betegeket ellátó ápolók gyakran elégedetlenebbek munkájukkal, mint az egyéb, könnyebb betegekkal foglalkozó kollégáik (*Ishara és mtsai. 2008*). A magas igénybevétel és alacsony döntési szabadság a munkahelyen jelentősen növeli a

kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris megbetegedések és halálozások számát (Karasek és mtai. 1981).

Egy Németországban készült felmérés eredményei szerint, ha az ápolók megnövekedett igénybevételről számolnak be a munkahelyükön, akkor a munkaelégedettségük csökken. A pszichoszomatikus megbetegedések előfordulása, valamint az érzelmi kimerültség csökkenthető a munkaellenőrzés növelésével (Schmidt és Diestel. 2011).

A munkahelyi vezető stílusa szintén hozzájárul a munkahelyi elégedettséghez. A demokratikusan vezetett szervezetekben nagyobb a munkával való elégedettség, a kölcsönös támogatás, és a minőségi munkavégzés. A munkatársakkal való törődés, a beosztottak iránti figyelem, a *munka ellenőrzésének módja és mértéke*, a munkával kapcsolatos visszajelzés megléte, az egyértelmű utasítások, a kölcsönös bizalom szintén hatással van a munkahelyi elégedettségre (Krasz, 2006).

Burke és munkatársai kutatásukban rávilágítottak, hogy az egyértelmű elvárások közlésének hiánya vagy csökkent volta, a nem egyértelmű utasítások csökkentik az elvégzett munka hatékonyságát, a munkaelégedettséget, és növelik a pályaelhagyás esélyét (Burke, 2002a). Az intézményi vezetés, menedzsment cselekedetei és beállítódása szintén nagymértékben befolyásolják a dolgozók munkaelégedettségét (Aronson és mtai. 2003).

A vezetőség támogató szerepe az egészségügyi ellátás minden szintjén fontos tényezőnek bizonyult a munkaelégedettség szempontjából. Különösen fontos a közvetlen felettes támogató szerepe, a megfelelő munkaszervezés a munkahelyi elégedettség szempontjából (Krogstad és mtai. 2006). Egy koreai felmérésben is hasonló eredményre jutottak: a szervezeti támogatás hiánya elősegíti a munkával való elégedetlenség kialakulását (Kwak és mtai. 2010).

A klinikai/kórházi vezetőség támogatása és ellenőrzése pozitív hatással van az ápolók jól-lét érzésére (Bégar és mtai. 2005).

Sargent egyházi dolgozókat vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a vezetői és munkatársi támogatás, valamint a kontroll magas szintje csökkenti a magas feszültségű munka negatív hatását a munkaelégedettségre, és a munkateljesítmény szintjére, tehát elősegíti a munkaelégedettséget és a munkateljesítményt (Sargent és Terry, 2000). Pályakezdőket vizsgálva arra jutottak, hogy a nekik adott nagyobb

önállóság a munkában nagyobb munkaelégedettséget eredményez, és ez pozitív hatással van a betanulási időszakra (*De Witte és mtsai. 2007*).

A döntési szabadság és a társas támogatás magas szintje a munkahelyen, és a pszichés munkaterhelés valamint a munkabizonytalanság alacsony szintje összefügg a munkaelégedettség magas szintjével (*Eum és mtsai. 2007*).

Egy jó közösség a munkahelyen növeli a munkakedvet, a munka hatékonyságát, a munkaelégedettséget. A munkahelyi *kollegiális támogatás* emelkedésével növekszik az egészségi állapot önértékelése és a munkaelégedettség is (*Pikó és Piczil, 2007*).

A munkatársakkal való rendszeres kommunikáció, a jó emberi kapcsolatok a munkahelyen pozitív hatással vannak az egészségi állapotra, és a munkaelégedettségre (*Mizuno és mtsai. 2006.*) A pozitív, támogató munkahelyi környezetben végzett munka növeli a munkával való elégedettséget, (*Le Blanc és mtsai. 2001*) valamint direkt és indirekt hatással bír a dolgozók egészségére és jólétére (*Cohen és Wills, 1985*).

Prosser és munkatársai szerint a team munka, a nyitottság, a demokratikus szerkezet, a jó kommunikáció a team-en belül mind összefüggnek a munkahelyi elégedettség magas szintjével (*Prosser és mtsai. 1997*).

A multidiszciplináris teamben végzett munka védelmet nyújt a munkahelyi stresszel és elégedetlenséggel szemben (*Thomsen és mtsai. 1999*). Az elvégzett munka érdekessége, valamint a más osztállyal együtt végzett közös munka szintén hozzájárul az ott dolgozó ápolók munkaelégedettségéhez (*Forsgren és mtsai. 2009*).

A három műszakos munkarend, a működési-szervezési bizonytalanságok, a munkatársak közötti nézeteltérések, a létszám- és eszközhiány, a merev hierarchia gyakran vezet elégedetlenséghez, pályaelhagyáshoz (*Pikó és Piczil, 1998; Pikó, 1999a; Pikó és Piczil, 2000; Sasváriné, 2001*).

Egy finn vizsgálat eredményei szerint a megfelelő munkahelyi ellenőrzés, a munkafolyamatok világos meghatározottsága, a munkakörnyezet és a célok iránti elkötelezettség növeli a munkaelégedettséget. Akik magasabb pozícióban vannak, szintén elégedettebbek a munkájukkal, illetve a továbbtanulási lehetőségek is növelik a munkaelégedettséget (*Grönroos és Pajukari, 2009*). Egy másik kutatás szerint a munkaelégedettséget pozitívan befolyásolja a személyzet megfelelő létszáma illetve az anyagi jutalmazás (*Pisanti és mtsai. 2011*).

2.3.1.3. Egyéb tényezők (túlóra, szabadidő)

Az egészségügyben dolgozók körében gyakori jelenség a *túlóra*. Kanadában az ápolók harminc százaléka végez átlagban 5,4 óra túlórárt hetente (*National Survey of the Work and Health of Nurses 2005*).

Csongrád megyében az ápolók átlag 186 órát dolgoznak havonta, ami 7 százalékkal több, mint a kötelezően előírt, de a válaszadók közel 25 százaléka jelzett havi 200 vagy ennél több munkával töltött órát (*Németh és Irinyi, 2009b*).

Egy Magyarországot is érintő, Európán átívelő nemzetközi felmérés eredményei azt mutatták, hogy a túlóra számának emelkedése az egészségi állapot rosszabb megítélésével jár együtt a kelet-európai országokban dolgozó egészségügyi dolgozók esetében, illetve azok, akik több túlórárt vállalnak, magasabb stressznek és nagyobb munkatehernek vannak kitéve, és rosszabb egészségi állapotról számoltak be (*Pisljar és mtsai. 2011*).

A túlórából fakadóan egyre kevesebb idő marad a *szabadidős tevékenységekre*. A szabadidő mennyisége, eltöltésének minősége különösen fontos tényező minden ember életében, igaz ez az ápolókra is, hiszen ők azok, akik a betegágy mellett folyamatos műszakban dolgoznak hétvége és ünnepnapokon is. Gyakran előfordul, hogy csak néhány napra mennek szabadságra, nem megoldható a több hét egybefüggő szabadságolás az ellátó személyzet hiánya miatt. Szabadidős tevékenységekről csak a legritkább esetben beszélhetünk, hiszen az ápolók többsége szabadidejében az otthoni munkával, a családjával van elfoglalva, igazi kikapcsolódásra, aktív pihenésre egyáltalán nem, vagy csak ritkán adódik lehetőségük. Egy Csongrád megyei felmérésből kiderül, hogy a fekvőbeteg ellátásban dolgozók szignifikánsan több időt szeretnének szabadidős tevékenységgel eltölteni, mint a járóbeteg ellátásban dolgozók. Azon válaszadóknál, akik kevésnek ítélték meg a havi rekreációra fordított idejüket, gyakrabban fordult elő hát- és derékfájás valamint gyengeség- és fáradtságérzés pszichoszomatikus tünetként. A szabadidő mennyisége a kiégés súlyosságával is szignifikáns kapcsolatban állt. Azok a válaszadók mutatták a kiégés súlyosabb tüneteit, akik havonta kevesebb időt tudtak szabadidős tevékenységre fordítani (*Németh és mtsai. 2011*). Azok az ápolók, akik részt vesznek valamilyen szabadidős tevékenységben, nagyobb valószínűséggel értékelik saját egészségi állapotukat jónak, vagy nagyon jónak (*Noula és mtsai. 2005*).

Jellemző, hogy az ápolók kevésnek tartják a szabadidős tevékenységre fordított idejüket, ötven százalékkal többet szeretnének pihenéssel tölteni, mint amennyire lehetőségük adódik (*Németh és Irinyi, 2009b*).

2.3.2. Személyi tényezők

A munkával való elégedettséget számos személyi tényező is befolyásolja, melyek hatással vannak az ápolók munkateljesítményére, munkahelyi életére is.

Az *életkor* emelkedésével romlik a saját egészségi állapot megítélése és nő a pszichoszomatikus tünetképzés (*Pikó és Piczil, 2007*). Vizsgálatok kimutatták, hogy az életkor előrehaladtával, és az egészségügyben eltöltött évek számával nő a munkaelégedettség mértéke (*Krogstad és mtsai. 2006; Ishara és mtsai. 2008*).

A fiatalabb ápolók körében magasabb a pszichés megbetegedések kockázata, mivel csupán néhány év munkatapasztalattal rendelkeznek, így még nem alakult ki a megfelelő stresszkezelési technikájuk (*WHO, 2000; Arafa és mtsai. 2003*).

Az *iskolai végzettség* fordítottan arányos a munkaelégedettséggel. A magasabb végzettségű ápolók általában elégedetlenebbek a munkájukkal, hiszen végzettségükből adódóan magasabb pozícióba vágynak, (*Piko, 2006*) illetve a magasabb iskolai végzettségűek körében gyakrabban fordulnak elő pszichés megbetegedések, ha az elvárt előrelépés lehetősége nem adott (*Arafa és mtsai. 2003*).

A *családi állapot* nagymértékben befolyásolja az érzékelt stressz szintjét. Azok az ápolók, akik házasságban, vagy együtt élnek valakivel, kevésbé vannak kitéve a kollégák által okozott stressznek, mint azok, akik egyedül élnek (*Landa és mtsai. 2008*).

A munkaelégedettséget negatívan befolyásolja a nem megfelelő családi és baráti támogatás, mely pszichés betegségek okozója is lehet. A családi és baráti társas támogatás összefügg a jól-lét érzésével (*Arafa és mtsai. 2003*). Az egészségügyi dolgozók kevésbé számíthatnak házastársuk, gyermekeik segítségére, mint a nem egészségügyi dolgozók, inkább a munkahelyen találnak támogató közegre probléma esetén (*Hegedűs és mtsai. 2008a*).

2.4. Munkahelyi elégedetlenség következményei

A munkával való elégedetlenség negatívan befolyásolja a munkateljesítményt, a táppénzen töltött idő hosszát, illetve a pályapályaelhagyási szándékot (Nagy, 2002; Hasselhorn és mtsai. 2005), tehát minél elégedetlenebb valaki a munkájával, annál kevésbé terhelhető a munkában, annál többször, és hosszabb időre megy táppénzre, illetve annál gyakrabban fontolgatja a munkahely elhagyását.

Munkahelyi elégedetlenség esetén gyakoribb a kiégés, a csökkent önbecsülés, szorongás és depresszió kialakulása. Ha az ápolói munka nem nyújt kielégítő személyes elégedettséget az ápoló számára, vagy ténylegesen elégedetlenséget okoz, akkor ez hosszú távon boldogtalanság és beteljesületlenség érzéshez vezethet. Növeli a munkahelyi elégedetlenség érzetének kockázatát, ha az egyén általános rosszkedvet, rossz hangulatot, és alacsony önértékelést él át a munkahelyén. Ha ezek az érzések tartósan fennállnak, érzelmi kimerültség, tartós szorongás, depresszió lehet a következménye (Faragher és mtsai. 2005).

Egy, az oktatás és kultúra területén dolgozók körében végzett vizsgálat kimutatta, hogy a munkával való elégedetlenség és a munkahelyi biztonságérzet hiánya magasabb szorongásszinttel járt együtt (Neculai és mtsai. 2006).

A munkával való elégedetlenség kapcsolatban áll a kiégéssel (Piko, 2006), a pszichés distresszel (Heslop és mtsai. 2002), az élettel való elégedetlenséggel és az énkép romlásával (Kohan és O'Connor, 2002).

Egy adott ország munkavállalói lehetőségei befolyásolhatják a Demand-Control-Support modell magyarázó erejét például az állás elhagyásával összefüggésben is. Az alacsony munkanélküliségi rátával rendelkező országokban, ahol lehetőség van új állást találni, a negatív pszichoszociális állapotok a munkahelyen fokozzák a munkahely elhagyásának szándékát (Widerszal-Bazyl és mtsai. 2008).

3. EGÉSZSÉG

Az ápolók testi és lelki egészsége befolyásolhatja a munkavégzésük minőségét, a szabadidő eltöltésük minőségét illetve az ellátott betegek elégedettségét (*Kawano, 2008*). Jelen fejezet a testi és lelki megbetegedések előfordulását mutatja be ápolók körében.

3.1. Egészség és életminőség fogalmainak értelmezése

Az alábbiakban az egészség és az életminőség fogalmának ismertetésére kerül sor a teljesség igénye nélkül. A testi és lelki egészség bemutatása előtt szükséges az egészség és az életminőség fogalmainak tisztázása.

3.1.1. Egészség fogalma

„Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyesen értékelt családi munka és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jól-lét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez. A teljes fizikai, szellemi és szociális jól-lét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, környezetével változzék vagy alkalmazkodjék ahhoz” (*WHO, 1986*).

3.1.2. Életminőség fogalma

„Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát, és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében” (*Kopp és Skrabski, 1998*).

Szociológiai szempontból: az életminőség az egyénnek az élet nem anyagi dimenzióiban való „jól-léte”. „A magas anyagi életszínvonalon kívül lelki szükségletek kielégítése is szükséges ahhoz, hogy az ember igazán jól érezze magát. Ezek a lelki szükségletek egyrészt a jó emberi kapcsolatokra, másrészt arra az érzésre vonatkoznak, hogy az ember életének van értelme” (*Andorka, 1997*).

3.2. Testi egészség, pszichoszomatikus egészség

A testi egészség minden ember számára a legnagyobb érték, hiánya kihat az ember életére. Az egészségügyben eltöltött évek száma több vizsgálatban is szignifikáns

összefüggést mutatott a pszichoszomatikus tünetek (fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeségérzés és fáradtság, idegességből eredő hasmenés) előfordulásával (*Piko és mtsai. 1997; Németh és Irinyi, 2009a*). Leggyakrabban hát- és derékfájás, gyengeség- és fáradtságérzés, fejfájás, alvási problémák szerepeltek a tünetek között (*Németh és Irinyi, 2009a*).

Egy korábbi, Csongrád megyében végzett felmérés szerint az ápolók pszichoszomatikus egészsége elsősorban munkahelyük pszichoszociális jellemzőitől függ. Az egészségi állapot alakulásában döntő szerepet játszik a munkahelyi stressz, az érzelmi megterhelés, valamint a kollegiális társas támogatás hiánya (*Pikó, 2001*). Az általános pszichoszomatikus tünetek magukba foglalják az alvási problémákat, feszítő fejfájást, krónikus fáradtságot, erős szívdobogásérzést, melyek jelzői lehetnek az ápolók munkahelyi stressz-szintjének (*Piko, 1999b*).

3.2.1. Egészségi állapot önértékelése

Egy Szegeden végzett vizsgálat - amely többek között az ápolók saját egészségi állapotának szubjektív megítélését is tartalmazta - rámutatott, hogy az ápolók csupán 9,1%-a értékelte saját egészségi állapotát kiválónak, 46,2%-a jónak (*Piczil és mtsai. 2005; Markovic és mtsai. 2006*).

Egy gyulai felmérésben a válaszadóknak csupán 3,6%-a értékelte saját egészségi állapotát kiválónak (*Molnár, 2002*).

Csongrád megyében, 2008-ban végzett reprezentatív kutatás eredményei azt mutatták, hogy a három műszakban dolgozó ápolók szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat, mint az egyéb munkarendben dolgozók. Egy tízfokozatú skálán-melyen a 10 jelölte a kitűnő egészségi állapotot-átlag 6,6 pontot értek el a válaszadók (*Németh és Irinyi, 2009a*).

Egy ír vizsgálatban azok az ápolók, akik egészségi állapotukat jónak vagy nagyon jónak értékelték, jobban meg voltak elégedve a fizikális munkakörnyezetükkel is, és kevésbé érezték munkájukat fárasztónak, mint a testi egészségüket rossznak, vagy nagyon rossznak értékelő kollégáik (*Sveinsdóttir és Gunnarsdóttir, 2008*).

A saját egészség alacsony önértékelése összefügg a magas fizikai és szellemi igénybevétellel, az alacsony döntési hatalommal és az alacsony munkahelyi támogatással (*Niedhammer és Chea, 2003*), valamint az alacsony

munkaelégedettséggel, a megnövekedett munkamennyiséggel, a kiégéssel és a munkahelyi társas támogatás hiányával (*Laschinger és mtsai. 2004*), és a váltott műszakban végzett munkával (*Noula és mtsai. 2005*).

Egy Európán átívelő, kórházi dolgozókat vizsgáló tanulmányból kiderült, hogy nagyobb fokú önállóság a munkában elősegíti az egészség magasabb önértékelését a nyugat-európai országokban, bár ez adódhat abból is, hogy az ottani egészségügyi dolgozók nagyobb szabadságot, rugalmasságot kapnak a munkájukban, és ezért ez jobb hatással van az egészségükre is (*Pisljar és mtsai. 2011*).

3.2.2. Akut betegségek alakulása

Az akut betegségek hirtelen fellángolása megnehezíti a munkavégzést, különösen, ha fájdalommal társulnak. Egy pécsi vizsgálatban a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók 47,7%-a jelezte akut fájdalom fennállását (*Hegedűs és mtsai. 2004*). Számos, különböző országban végzett vizsgálat beszámol az ápolók gyakori fej-, nyak-, hát-, és gerincfájdalmáról, gyomorpanaszairól (*Nolan és Smojkis, 2003; Smith és mtsai. 2004*).

Egy Egyiptomban végzett vizsgálat eredményei szerint leggyakrabban irritábilis vastagbél szindróma, arthritis, fejfájás, alvási zavarok és rossz étvágy fordul elő ápolók körében (*Arafa és mtsai. 2003*).

3.2.3. Krónikus betegségek előfordulása

Az ápolók 50,6%-ának van orvos által kezelt krónikus megbetegedése, mely leggyakrabban a mozgás, a keringési, az emésztő és az endokrin szervrendszert érinti, és gyakran több szervrendszer együttes megbetegedése is előfordul (*Németh és Irinyi, 2009a*).

A legtöbb krónikus betegségben szenvedő egyén az egyműszakos munkarendben dolgozók között található, ennek az lehet az oka, hogy egy műszakban többségében az idősebb korosztály dolgozik, akik betegségüknél fogva már nem tudják vállalni a több műszakos munkarendet (*Pásztor, 2006*).

Egy 2001-ben, Gyulán végzett felmérésben a megkérdezettek 23%-a számolt be valamilyen krónikus betegség fennállásáról. A leggyakrabban szív- és érrendszeri betegség, krónikus gerinctáji fájdalom, és endokrin probléma fordult elő (*Molnár, 2002*). Az ápolók körében gyakoriak különböző egészségi problémák, mint a fejfájás, ízületi- és mozgásszervi betegségek, gerincbántalmak, túlsúly (*Feith és mtsai. 2008a*).

A 2006-os Hungarostudy vizsgálathoz kapcsolódóan összehasonlították az egészségügyi dolgozók egészségi állapotát más, nem egészségügyi dolgozókéval, és azt találták, hogy az egészségügyi dolgozók körében magasabb volt az allergiás betegségek és a magas vérnyomás előfordulása, viszont jelentősen kisebb volt a reumás megbetegedések aránya, és szignifikánsan kisebb volt közöttük az egyéb izom- és csontrendszeri, valamint a szívbetegségek aránya (*Hegedűs és mtsai. 2008a*).

3.2.4. Orvoshoz fordulási szokások, táppénz igénybe vétele

Az egészségügyi dolgozók munkájuk során példaként jelennek meg a betegek előtt, ezért nem mindegy, hogyan viszonyulnak saját egészségükhöz, miként viselkednek betegségek fellángolása idején. Pontosan tudják, hogy mit is ér az egészség, ennek ellenére magatartásuk, orvoshoz fordulási szokásaik nem mindig ezt tükrözik.

Több vizsgálat is rámutatott, hogy minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben, annál kevésbé fordul betegség esetén orvoshoz, inkább a munkahelyi ismeretségét veszi igénybe tünetei enyhítésére (*Molnár, 2002; Pásztor, 2006; Németh és Irinyi, 2009a*). Az egészségügyi dolgozók közel $\frac{3}{4}$ -e nem vesz igénybe táppénzt betegség esetén (*Pásztor, 2006; Németh és Irinyi, 2009b*).

Egy 2008-as felmérésben a válaszadók 31,5%-a egyáltalán nem volt orvosnál, 48,9%-a viszont 1-3 alkalommal kereste fel orvosát panasz esetén a kérdőív kitöltését megelőző egy évben. A válaszadók 71,5%-a nem volt táppénzen, és mindössze a válaszadók 5,5%-a volt távol a munkától több, mint két hetet betegség miatt a felmérést megelőző egy évben (*Németh és Irinyi, 2009b*).

Kanadában az ápolók átlagban 14,5 napot voltak táppénzen betegség esetén, 14%-uk pedig több, mint 20 napot hiányzott a munkából egy évben betegség miatt (*National Survey of the Work and Health of Nurses 2005*). Angliában az ápolók egy évben átlag 12 napot töltöttek táppénzen (*Thomsen, 1999*).

Az elkötelezett és motivált ápolók kevesebb időt töltenek táppénzen, mint a nem motivált, munkájukkal elégedetlen ápolók (*Béga és mtsai. 2005*).

3.3. Lelki egészség

„A mentális egészség a mentális funkciók sikeres működésének állapota, mely produktív tevékenységet, az emberekkel való kapcsolat kiteljesedését, a változásokhoz való alkalmazkodást és a nehézségekkel való megküzdést eredményezi” (Buda, 1995). Jelen fejezet bemutatja a testi és lelki betegségek összefüggését ápolók körében, az alvászavar és a különböző abúzusok előfordulását, valamint a kiégés jelentőségét az ápolói szakmában.

A betegek lelki vezetése stresszel járó folyamat, hiszen az ápoló az emberek legsérülékenyebb időszakában, a betegség idején találkozik a páciensekkel, ami mindkét fél számára megterhelő lehet, és számos stresszhelyzet forrásául szolgálhat (Gelsema és mtsai. 2006). Az érzelmi kimerültség az egyik legfontosabb tényező, mely hozzájárulhat az ápolók alacsony munkaelégedettségéhez (Piko, 2006).

Vizsgálatok kimutatták, hogy a lelki problémák gyakoriságával nő a munkával való elégedetlenség mértéke, romlik az egészség megítélése és nő a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága is (Le Blanc és mtsai. 2001; Piko és Piczil, 2007).

Azon ír ápolók körében, akik mentális egészségüket jónak, vagy nagyon jónak ítélték meg, jelentősen alacsonyabb volt a vázizom-rendszeri és gasztrointesztinális betegségek, valamint a stressz, kimerültség előfordulása (Sveinsdóttir és Gunnarsdóttir, 2008).

A svéd nővérek 20-38%-a tapasztalt munkája során jelentős mértékű szorongást, irritabilitást és kimerültséget (Pettersson és mtsai. 1995).

A baráti és családi támogatás, az általános munkaelégedtség és a pályán eltöltött évek száma (Arafa és mtsai. 2003) illetve a személyes önbecsülés mértéke a legjelentősebb meghatározója az ápolók pszichés jól-létének (Thomsen és mtsai. 1999).

3.3.1. Munkahelyi stressz

A nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek a munkahelyen, a három műszakban végzett munka, a gépies, monoton munkafolyamatok, a nem megfelelően lefektetett kompetenciahatárok egy stresszel teli hivatássá tették az ápolást (Hegney és mtsai. 2006). Az egészségügyi dolgozók közül az ápolókra

jellemző leginkább a munkával kapcsolatos stressz átélése, hiszen munkájuk főként rutinfeladatokról áll, előírásokat kell teljesíteniük (*Kovács és mtsai. 2010*).

Ha a környezet elvárásai és az egyén rendelkezésére álló forrásai között eltérés van, nagyobb a munkahelyi stressz kialakulásának esélye, hiszen az ápoló nem tud megfelelni a vele szemben felállított követelményeknek. Ha a munkakörnyezet nem nyújt elegendő lehetőséget a dolgozó céljainak megvalósításához, szintén fokozódik a munkahelyi stressz kialakulásának esélye (*Pikó, 2001*).

A stresszes környezet a társas kapcsolatok felbomlását eredményezheti, így az egyén kevesebb visszajelzést kap másoktól, ami további stresszhez, betegségek kialakulásához vezethet (*Kang és mtsai. 2005; Szabó és mtsai. 2008a*). Onciul leszögezte, hogy a hosszú ideig tartó, folyamatos stressznek való kitettség a munkahelyen testi tüneteket okozhat, úgy, mint kimerültség, fejfájás, magas vérnyomás. Ezen felül érzelmi tünetek is jelentkezhetnek: frusztráltság, depresszió, mentális zavarok, melyek következtében romlik a teljesítőképesség és az ítélőképesség, fokozódik a munkához való negatív hozzáállás és a határozatlanság is (*Onciul, 1996*).

A stresszkeltő események megítélése embertípustól is függ, személyenként más és más lehet. Azoknál a személyeknél nagyobb a pszichés zavar valószínűsége, akik az őket ért változásokat negatívan élik meg (*Sarason és mtsai. 1978*).

A jelentős munkahelyi erőfeszítéshez nem társuló jutalmak szintén stressz állapotot idézhetnek elő, ami hosszú távon hozzájárulhat a dolgozó egészségromlásához (*Siegrist, 1996; Gray, 2000; Siegrist és mtsai. 2004*). A tartósan fennálló stressz testi és lelki betegségeket okozhat, krónikus fáradtság, levertség, fejfájás, alvászavar (*Sabo, 2006*), krónikus hátfájdalom (*Elfering és mtsai. 2002*), elhízás, hypertonia, korai öregedés, infekciók, drog abúzus, depresszió (*Schnall és mtsai. 2000; McNeely, 2005*), daganatos megbetegedések (orrüregi daganat, myeloid leukaemia, lymphosarcoma, emlő és vastagbél daganat) (*Lie és Kjaerheim, 2003*), lelki kimerültség (*Stordeur és mtsai. 2001*), és kiégés (*Lavanco, 1997*) lehetnek a vezető tünetek. Ha ezeket a tüneteket nem kezelik kellő időben és megfelelően, akkor az érintett egy idő után már nem képes megküzdeni a stresszorokkal, ami előbb-utóbb kiégéshez vezet (*Cubriilo-Turek és mtsai. 2006*). A nagy felelősséggel és kevés döntési lehetőséggel járó munka szintén növelheti a munkahelyi stressz szintjét (*Verschuren és Masselink, 1997*).

Az, hogy egy ápoló miként viszonyul a stresszhez, nagymértékben függ a szocio-demográfiai változóktól (életkor, nem), a szolgálatban eltöltött idő hosszától, a munkahelyi hierarchiában elfoglalt pozíciótól (*Tummers és mtsai. 2002*), valamint a személyiségtípustól és az érzelmek kontrollálásának képességétől (*Mann és Cowburna, 2005*).

Egy 2004-ben végzett vizsgálat szerint a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók testi és lelkiállapota rosszabb, mint a nem súlyos betegeket ellátóké. Ebben szerepet játszhat az ápolók testi kimerültsége, a munkahelyi stressz, valamint a társas támogatottság csökkent volta (*Hegedűs és mtsai. 2004*). Chen és munkatársai is azt találták, hogy az intenzív osztályon dolgozó ápolók vannak leginkább kitéve az érzelmi kimerülésnek, különösen igaz ez a fiatal ápolókra (*Chen és McMurray, 2001*).

Egy kanadai vizsgálat szerint is az egészségügyi dolgozók közül az ápolók stressz-szintje a legmagasabb, ami a nagy pszichés megterhelésnek, az alacsony társas támogatásnak köszönhető (*Sullivan és mtsai. 1999*). A Hungarostudy 2006. vizsgálat eredményei is alátámasztották, hogy az ápolónők stressz szintje jóval nagyobb, mint más egészségügyi dolgozóké (*Szabó és mtsai. 2008b*).

Edwards és munkatársai adminisztratív terheket, túlzott munkamennyiséget, munkahelyi ellenőrzésbeli gondokat, otthoni és munkahelyi konfliktusokat, önbizalomhiányt jelöltek meg stresszforrásként (*Edwards és mtsai. 2003*).

Lambert az ápolói munka stresszoraként az alacsony ellenőrzést és munkahelyi támogatást, a halállal való megbirkózást, a kollégákkal, betegekkel és hozzátartozóikkal való nehézségeket említette meg (*Lambert és mtsai. 2004*). Sveinsdóttir és munkatársai a túl sok elvégzendő feladatot, kevés konzultációs lehetőséget, elégtelen kommunikációt, váratlanul fellépő munkafeladatot, illetve otthoni gondokat jelöltek meg a munkahelyi stresszforrásaként (*Sveinsdóttir és mtsai. 2005*).

Maytum és munkatársai szerint a munkahelyi stresszt okozó tényezők közé sorolható a nővérhiány, a bizonytalanság, kompetenciahatárok elmosódása, túlzott papírmunka, túlterhelés, vezetői támogatás hiánya (*Maytum és mtsai. 2004*).

Vishwanath és munkatársai szerint az ápolók munkahelyi stressz szintjét jelentős mértékben növeli a munkahelyi szerepkonfliktus, a társas támogatás hiánya, valamint a túlterheltség (*Vishwanath és mtsai. 1999*). Kalliath és Morris is a szerepkonfliktus fontosságára hívják fel a figyelmet vizsgálatukban: a szerepkonfliktus fennállása munkával kapcsolatos stresszt generál, ami a munkateljesítmény és a munkaelégedettség csökkenéséhez vezethet (*Kallilath és Morris, 2002*). Pozitív munkahelyi légkörben végzett munka esetén az ápolók stressz-szintje alacsonyabb (*Hemingway és Smith, 1999*). A kollegiális támogatás a munkahelyen csökkenti a munkahelyi stressz mértékét (*Piko, 1999b*).

Egy ausztrál vizsgálatban a személyzettel szembeni erőszakot, a munkamennyiséget és a nem egyértelmű utasításokat, a tömeges balesetekkel való megbirkózást, gyermekek halálát vagy szexuális bántalmazását, indulatos betegeket jelölték meg az ápolók a munkahelyi stressz fő forrásának (*Ross-Adjie és mtsai. 2007*). A munkaszituációkban különböző tényezők lehetnek, amelyek elősegítik a stressz kialakulását: a szenvedés és a halál közelsége, nem egyértelmű feladatok a munkavégzés során, létszámhiány, több műszakos munkarend (*Lee és Wang, 2002*). A munkával kapcsolatos stresszfaktorok összefüggésben vannak a munkaelégedettséggel, (*Adams és Bond, 2000*) illetve a vázizomzat rendellenességeivel (*Yeung és mtsai. 2005*).

McVicar a kimerültséget a munkahelyi stressz negatív hatásaként definiálta, mely hosszú távon pszichés és szomatikus zavarokat, betegségeket okozhat (*McVicar, 2003*). A munkaellenőrzés és a vezetői támogatás magas szintje összefüggést mutat a kimerültség alacsony szintjével (*Verhaeghe és mtsai. 2008*). Azon ápolók körében, akik nagyobb autonómiát kapnak munkájuk során, csökken a munkahelyi stressz, és javul az egészségi állapot (*Chang és mtsai. 2007*).

Számos felmérésben az ápolás nyolc fő stresszforrását különítették el: halál és haldoklás, konfliktus az orvosokkal, támogatás hiánya, nem megfelelő felkészítés, konfliktus más nővérekkel, munkahelyi megterhelés, műszakos munka, bizonytalanság a kezelések alatt (*Gray-Toft és Anderson, 1981; Cottrell, 2001*).

Scalzi vizsgálata során négy fő stresszforrást különített el az ápolók körében: nem megfelelő időbeosztás, a kórházi vezetés eltérő, ellentmondásos követelése, a kelletténél nagyobb kontrollterület, túl sok elvárás a munkával kapcsolatban. Az

ápolók mindezeket a stresszforrásokat úgy kompenzálták, hogy sűrűbben mentek táppénzre, illetve elhagyták munkahelyüket (*Scalzi, 1988*).

A munkahelyi stressz fokozódásával egyre több ápoló hagyja el a pályát (*Shader és mtsai. 2001; Booth, 2002*), csökken a szakma vonzereje, valamint a betegellátás minősége (*Booth, 2002; Hegney és mtsai. 2003*). Különösen a fiatal, csupán néhány éve dolgozó ápolók körében fordul elő jelentős pályaelhagyási szándék (26%) a munkastressz, és a munkahelyi elégedetlenség következtében (*Flinkman és mtsai. 2008*).

Egy Európán átívelő vizsgálat azonban rámutatott, hogy azokban az országokban (pl. Lengyelország, Szlovákia), ahol magas a munkanélküliségi ráta, a magas munkahelyi igénybevétel, az alacsony munkahelyi ellenőrzés és szociális támogatás nincs befolyással az ápolók pályaelhagyási szándékára, hiszen nincs lehetőségük új állást találni (*Widerszal-Bazyl és mtsai. 2008*).

Szoros összefüggés van a munkahelyi stresszorok (munkahelyi túlterhelés, konfliktus az orvosokkal, ápolókkal, munkahelyi támogatás hiánya, szakmai bizonytalanság) és a pályaelhagyás között is (*Lambert és mtsai. 2004*).

Az ápolók munkájuk során számos etikai, erkölcsi problémával is szembesülhetnek, melyet a szakirodalom erkölcsi stresszként említ. Mint munkaelégedettséget befolyásoló tényező, az ápolók mindennapos tevékenységében, a betegekkel és családjukkal való napi kapcsolatban, és a komplex, bürokratikus egészségügyi ellátó rendszerben rejlik. Azok az ápolók, akik szervezeti támogatás nélkül próbálják meg kezelni az erkölcsi problémákat és a stresszt a munkahelyen, sokkal valószínűbb, hogy elhagyják a pályát (*Hart, 2005; Ulrich és mtsai. 2007*). Az ápolók mintegy 25%-a hagyja el a pályát erkölcsi stressz miatt (*Corley és mtsai. 2005*). Az etikai konfliktusok az ápolásban munkastresszt és szorongást eredményeznek (*Béga és mtsai. 2005*).

Burns és munkatársai azt találták, hogy a tanulási lehetőségek, a munka változatossága, a páciensek gyors javulása csökkentette a munkahelyi stressz észlelésének mértékét (*Burns és mtsai. 1983*).

Számos, Észak-Amerikában és Európában végzett felmérés leszögezte, hogy a munkahelyi stressz jelentős mértékben meghatározza a dolgozók egészségét, a

kritikus mértékű stressz kardiovaszkuláris és vázizom-rendszeri betegségeket okozhat (Karasek és Theorell, 1990; Schnall és Landsbergis, 1994).

Az egészségügyben is érzékelhető gyors gazdasági és szervezeti változások megnövelik a munkahelyi stressz szintjét, ezáltal a krónikus betegségek (kardiovaszkuláris, mentális, vázizom-rendszeri betegségek) arányát az ápolók körében (Karasek, 2008).

3.3.2. Alvászavar, alvási szokások

Az alvászavar okai igen összetettek és multidimenzionálisak. Pszichológiai tényezők széles skálája, úgy, mint teljesítmény-szorongás, előléptetés iránti vágy, interperszonális konfliktusok és ijesztő események sorozatos előfordulása hosszan tartó, magas izgalmi szinthez, ezáltal alvászavarokhoz vezetnek. A napi (circadian) ritmus megváltozása (éjszakai műszak), abúzusok (alkohol, nikotin, koffein, stimulánsok) szintén rossz alváshoz vezetnek (Ursin, 1996).

Az alvászavar az egyik leggyakoribb, vezető tünete a stressznek. Szegedi és szabadkai ápolók körében készített felmérés eredményeként a szegedi ápolók 33,3%-a, míg a szabadkai ápolók 20,9%-a gyakran küzd alvászavarral (Markovic és mtsai. 2006). Álmatlanság gyakoribb azon ápolóknál, akik hetente több, mint 44 órát dolgoznak munkahelyükön (Portela és mtsai. 2005).

Számos vizsgálat kimutatta, hogy az alvás minősége kapcsolatban van a műszakos munkarenddel (Marquié és mtsai. 1999; Ribet és Derriennic, 1999; Akerstedt és mtsai. 2002). A váltott műszak van leginkább negatív hatással az alvás minőségére, mint a hosszú távon, ugyan abban a műszakban végzett munka (Doi, 2005).

A nem megfelelő mennyiségű és minőségű alvás összefüggésben van a balesetek kockázatának emelkedésével, a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulásával, a mentális betegségekkel és a munkából való gyakori hiányzással (Liu és mtsai. 2002).

A pszichoszociális munkatényezők, úgy, mint a szerepkonfliktusok, verbális agresszió, kevés munkahelyi támogatás, alacsony megbecsülés, magas stressz alvászavarokat okozhatnak ápolóknál (Nakata és mtsai. 2001). A munkahelyi támogatás, bátorítás a vezetőktől, valamint a magas munkahelyi kontroll csökkenti az alvászavarok kockázatát (Eriksen és mtsai. 2008).

3.3.3. Abúzusok (dohányzás, alkohol, gyógyszer)

Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében gyakrabban fordul elő káros szenvedélyek élvezete. 37,9%-uk dohányzik, 28%-uk iszik három vagy több kávé naponta, 20,4%-uk fogyaszt rendszeresen alkoholt, 10,6% használt már kábítószer, míg az átlag egészségügyi csoportban 24,7% a dohányzók aránya, 14,7% fogyaszt három vagy több kávé naponta, és 1,9% használt valamilyen kábítószer (*Hegedűs és mtsai. 2004*). Egy másik, egészségügyi szakdolgozók körében végzett reprezentatív felmérés eredményei szerint 30,6%-uk dohányzik, 43,5% bevallása szerint nem fogyaszt alkoholt. Az alkalmoszerű alkoholfogyasztók aránya 34,5%. Szignifikáns összefüggés mutatkozik a munkarend és a dohányzás előfordulása között. Az állandó délelőtti dolgozó kollégák 21,8%-a, a három műszakos munkarendben dolgozók 41%-a, az állandó éjszakai műszakban dolgozók 28,6%-a, az ügyeletet ellátók 20%-a, a délelőtti és délutáni váltott műszakban dolgozó kollégák 14,3%-a vallotta magát dohányosnak. Nem jellemző viszont az indokolatlan gyógyszerfogyasztás (*Németh és Irinyi, 2009b*).

Egy másik, nem reprezentatív felmérés szerint a szegedi egészségügyi dolgozók 2%-a napi szinten fogyaszt alkoholt, 81,8% fogyaszt rendszeresen kávé, 51,3% pedig rendszeresen dohányzik (*Markovic és mtsai. 2006*).

A gyulai egészségügyi dolgozók 41,4%-a dohányzik, 77%-a alkalmoszerűen fogyaszt alkoholt, és 69,4%-a rendszeresen fogyaszt kávé (*Molnár, 2002*).

Storr arra az eredményre jutott, hogy az ápolók sokkal inkább hajlamosak receptre felírt gyógyszereket fogyasztani, mint az átlag populáció, és a munkahelyen is jobban hozzáférnek a gyógyszerekhez, és így többet fogyasztanak (*Storr és mtsai. 2000*).

3.3.4. Burnout

A kiégés (Burnout) egy hosszan tartó válaszreakció a munkával kapcsolatos, krónikus stresszre, ezért kiemelt jelentősége van az egészségügyi ellátásban, különösen az ápolók körében, akik pszichológiai, érzelmi, és testi megterhelésnek vannak kitéve munkájuk során (*Beckstead, 2002*).

A túlterheltség, a munka ellenőrzésének hiánya, a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek, a három műszakos munkarend, a gépies, monoton munkavégzés, szenvedő, haldokló emberek látványa, alulfizettség, a nem egyértelmű szerepek, feladatkörök mind a kiégés kialakulásához vezethetnek. Azt,

hogyan alakul ki a kiégés, - az egyén adottságain, genetikai tényezőin túlmenően - nagymértékben befolyásolja az intézet, és az osztály jellege, ahol az ápoló dolgozik (Nagy, 2005; Pálfi, 2006). Egy 2000-ben, Pécsen végzett felmérés eredménye szerint az intenzív és krónikus osztályon dolgozók körében fordul elő legsúlyosabb mértékben a kiégés, a vizsgált minta 34%-a veszélyeztetett a kiégés szempontjából, és közel 1%-a gyógyításra szorul (Pálfi, 2003).

A kiégés önértékelési problémákat, alvászavart, krónikus szorongást, kávé és nikotin, valamint alkohol és gyógyszerfüggőséget okoz, majd kimerültséghez és depresszióhoz vezet (Fekete, 1991).

Egy Csongrád megyei felmérés eredményei alapján elmondható, hogy a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozók között szignifikánsan magasabb a súlyos kiégés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák között. A járóbeteg ellátásban, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók esetén 67,7%-ban jelentkeztek a kiégés tünetei. A fekvőbeteg ellátás területén ez az arány 58,5% volt. Ugyan itt, de mindössze 0-tól 9 évig itt dolgozók esetén, ez az arány 35,6%. Az eredmények alapján elmondható, hogy a pályája elején lévő minden harmadik ápolónál jelentkeztek a kiégés tünetei. Szignifikáns összefüggés mutatkozott a szomatikus állapot megítélése, az egészségügyben eltöltött évek száma, valamint a kiégés súlyossága között is. Az ágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos kiégettség (Irinyi és Németh, 2010). A kiégés tekintetében az is elmondható, hogy már akár egy 32 órás kiégés elleni szupervízió való részvétel is képes szignifikánsan csökkenteni annak mértékét (Irinyi és Németh, 2011).

A munkahelyi ellenőrzés alacsony volta, illetve az önálló munkavégzés korlátozása a munkahelyen összefügg a munkahelyi stressz magas szintjével, mely kiégéshez vezet (Schmitz és mtsai. 2000).

Stewart és Arklie felmérésükben azt találták, hogy azoknál az ápolóknál, akiknél a munkahelyi szerepek és feladatok nem világosan meghatározottak, és olyan munkát végeznek, ami nem tartozik a feladatkörükbe, gyakrabban fordul elő kiégés (Stewart és Arklie, 1994).

Számos vizsgálatban a kiégés előfordulása és a munkaelégedettség között fordított irányú kapcsolatot találtak, tehát minél elégedettebb valaki a munkájával, annál

ritkábban fordul elő a kiégettség állapota (*Le Blanc és mtsai. 2001; Kalliath és Morris, 2002; Demir és mtsai. 2003*).

Az érzelmi kimerültség gyakoribb azoknál az ápolóknál, akik folyamatosan éjszakai műszakban dolgoznak, akik a felszerelés és a kisegítő személyzet, valamint a fertőzésekkel szembeni védelem hiányát, valamint a felettesekkel és orvosokkal való konfliktusokat tapasztalják (*Demir és mtsai. 2003*).

A kiégés számos következménnyel járhat: munkaelégedetlenség, pályaelhagyás, családi problémák, önbecsülés csökkenése, koncentrációs nehézségek, szociális elszigeteltség, libidó elvesztése, fejfájás, gasztrointesztinális problémák, alvászavarok, alkohol és drog abúzus, (*Maslach, 1981; Dignam és mtsai. 1986*) menstruáció rendellenességei (*McCarthy, 1985*). Az erős személyiség (elkötelezettség, kihívás, ellenőrzés), a szívósság, védő faktorként szerepelnek a kiégéssel szemben (*Garrosa és mtsai. 2008*).

4. A JÓL-LÉT ÖSSZEFÜGGÉSEI A FIZETETT ÉS NEM FIZETETT MUNKÁVAL

A dolgozat egyik kulcselemét az ápolók jól-létének (well-being) vizsgálata alkotja. A szubjektív jól-lét egy heterogén fogalom, magába foglalja a boldogságot, az étellel való megelégedettséget, valamint a pozitív érzelmi tényezőket is (*Diener, 1984*). Minden ember életében fontos szerepet tölt be a munkahely (fizetett munka) mellett a család (nem fizetett munka) jelenléte. Ezen két szintér jelentős hatással van az emberek pozitív és negatív jól-létére (*Walters és mtsai. 1997*).

4.1. Fizetett munka és a jól-lét kapcsolata

Egy Kanadában végzett felmérésben azok az ápolók, akik munkájuk során jutalomban, szóbeli dicséretben részesültek, valamint munkájukat változatosnak, kihívást jelentőnek ítélték, megfelelő mennyiségű ellenőrzést tapasztaltak munkájuk felett, sokkal gyakrabban számoltak be munkahelyi elégedettségről, valamint pozitív jól-lét érzéséről (*Walters és mtsai. 1996, 1997*). Ha az ápolók érzik, hogy megtervezhetik a munkájukat, és képesek megtalálni az értelmet a munkájukban, akkor pozitív jól-lét érzésük is fokozódik (*Bégar és mtsai. 2005*).

A munkahelyi társas támogatás szignifikáns hatást gyakorol a pozitív jól-létre (*Betlehem és mtsai. 2007a*). A Hungarostudy 2002-2006-os felmérések összehasonlításából származó eredmények szignifikáns javulást mutattak a jól-lét skálán, az egészségügyi dolgozók jól-léti pontszámai jelentősen emelkedtek a 2002-es eredményekhez képest, bár a szerzők szerint ez az időközben bekövetkezett fizetésemelésnek is betudható volt (*Hegedűs és Kovács, 2008b*). Egy hazai, de nem ápolók körében végzett felmérés eredményei azt mutatták, hogy a munkahelyen érzett bizonytalanság, az alacsony kontroll és szociális támogatás, a hétvégente végzett munka, a munkával és a felettséssel való elégedetlenség összefügg a negatív jól-lét érzésével (*Kopp és mtsai. 2008*). Egy másik hazai, oktatás és kultúra területén, nők körében végzett felmérés eredményei szerint a munkahelyi kontroll és a munkahelyi biztonság hozzájárul az általános jól-léhez. A felettséssel való elégedetlenség testi kimerültséggel, depressziós tünetegyüttessel és alacsonyabb jól-léttel társult (*Neculai és mtsai. 2006*).

Azok az ápolók, akik munkájuk során kevesebb ellenőrzésben részesülnek feletteseiktől, illetve elégedetlenebbek a munkájukkal, valamint hetente több mint 40 órát dolgoznak váltott műszakban, sokkal gyakrabban tapasztalták a negatív jól-lét érzését (*Walters és mtsai. 1997*).

Magas pszichés igénybevétel és alacsony szociális támogatás a munkahelyen negatív hatással van az ápolók pszichés jól-létére (*Escribá-Agüir és Tenías-Burillo, 2004*).

Brazil kutatók felméréséből kiderül, hogy a hetente több mint 44 órát dolgozó ápolók körében gyakrabban mutatkoznak az érzelmi téren is negatív vonások: enyhe depresszió, feszültség, szorongás (*Portela és mtsai. 2005*).

Intézményi vagy osztály összevonások is negatívan hathatnak az ott dolgozó ápolók jól-létére (*Idel és mtsai. 2003*).

4.2. Nem fizetett munka és a jól-lét kapcsolata

Az otthoni jutalmazási lehetőségek, a kellő önállóság megtapasztalása, valamint a partnerrel való jó kapcsolat egyaránt hozzájárul az ápolók pozitív jól-lét érzéséhez. A 3-4 gyermekről való gondoskodás, valamint a kevesebb stressz tapasztalása ugyan ilyen hatással bír (*Walters és mtsai. 1997*). A barátokkal való bizalmas kapcsolat szintén pozitívan hat az ápolók lelki jól-létére (*Walters és mtsai. 1996*).

Egy spanyol vizsgálat rámutatott, hogy egy 65 évesnél idősebb családtaggal való együttélés javítja a pszichés jól-létet (*Escribá-Agüir és Tenías-Burillo, 2004*).

Az otthoni munka változatosságának hiánya, valamint annak az érzése, hogy nem képes elérni az otthoni munkában kitűzött célokat, és nem járul hozzá anyagilag kellőképpen az család bevételeéhez, növeli az ápolók negatív jól-lét érzését. Az időhiány az otthoni feladatok elvégzéséhez, a partner és gyermekek hiánya, valamint a gyakori stresszhelyzetek szintén hozzájárulnak az ápolók negatív jól-lét érzéséhez (*Walters és mtsai. 1997*).

Azok az ápolók, akik hetente több mint 30 órát töltenek háztartási feladatok végzésével, sokkal nagyobb mértékben vannak kitéve a negatív pszichés jól-lét érzésének (*Escribá-Agüir és Tenías-Burillo, 2004*).

A házimunka túlsúlya negatívan befolyásolja a személyes dolgokra fordított idő alakulását. A nőknél elsőbbséget élvez a háztartási feladatok ellátása, ami gyakran a személyes érdeklődésük háttérbe szorítását eredményezi (*Portela és mtsai. 2005*).

4.3. Munka-család konfliktus

Az ápolók több műszakos munkabeosztását sokszor igen nehéz összeegyeztetni a családi élettel, erre számos kutatás bizonyítékul szolgál. Burke és Greenglass azt találták, hogy főként a munkahelyi stresszorok és követelmények az okozói a munka-család konfliktusoknak (*Burke és Greenglass, 1999*). Egy kanadai vizsgálat szerint, ha az ápolók nem tudják összeegyeztetni a munkahelyet a családdal, az negatív hatással van a pszichés jól-létre (*Burke és Greenglass, 2001*).

A munkakörülmények, a ledolgozott órák száma, a munkamennyiség, a műszakos munka elősegíti a munka-család konfliktus előfordulását (*Burke, 2002b, Higgins és mtsai. 2000*).

A munkahelyi túlterhelés, az aránytalan munkabeosztás összefüggésben áll a munka-család konfliktus előfordulásának gyakoriságával, ami alacsonyabb élet- és munkaelégedettséget eredményez (*Yildirim és Aycan, 2008*).

A felettesi támogatás az egyik legfontosabb forrása a szociális támogatásnak a munkahelyen, segít a problémákkal való megbirkózásban. Ha a munkahelyi vezető rugalmas a beosztottakkal, és támogatja őket véleményükben, sokkal könnyebben tudják összeegyeztetni a munkát és a családot (*Anderson és mtsai. 2002; Burke és Greenglass, 1999; Yildirim és Aycan, 2008*).

A munka-család konfliktus mind a testre, mind a lélekre nézve negatív hatással van, növeli a depressziós tünetek előfordulását, az alkohol- és kábítószer abúzust, csökkenti az élettel való elégedettséget, a munkaelégedettséget, rontja a házastárssal való kapcsolat minőségét, valamint növeli a munkahely elhagyásának gyakoriságát (*Eby és mtsai. 2005*).

A Hungarostudy 2002. és 2006-os felmérésében összehasonlították 161 egészségügyi dolgozó jól-létének változását, és a 2006-os eredményekben javulás volt megfigyelhető (*Hegedűs és mtsai. 2008a*).

Az egészségi állapot önértékelése gyakran összefügg a családi és munkahelyi konfliktusok megítélésével. Azok az ápolók, akik rosszabb egészségi állapotot jeleztek, gyakrabban számoltak be a munkahely és család közötti konfliktusokról, negatív jövőképről, valamint a partnerrel kapcsolatos problémákról, és kevésbé

voltak elégedettek életükkel (*Feith és mtsai. 2008a*). Azok, akinek nem okoz problémát a hivatás és a magánélet összeegyeztetése, jóval kisebb eséllyel számoltak be fáradtságról. A munkahely okozta családi konfliktusok aránya magasabb, mint a családi konfliktus okozta munkahelyi feszültségek aránya (*Feith és mtsai. 2008b*).

A munkahely-család konfliktust már az ápoló hallgatók is előre megjósolják, úgy vélik, lehetetlen a munka és a család összeegyeztetése, és ez konfliktusokhoz vezethet (*Feith és mtsai. 2005*).

5. MUNKAHELYI VÁLTOZÁSOK ÉS AZOK HATÁSA A DOLGOZÓKRA

A munkavállalók gyakran fenyegetőnek élik meg a munkahelyi változásokat, bizonytalannak érzik a változások kimenetelét, aggódnak a munkájuk, megélhetésük miatt. A megfelelő kommunikáció segíthet csökkenteni ezt a bizonytalanságot (*Hoag és mtsai. 2002*).

5.1. A munkahelyi változások negatív hatásai

A munkahelyek átszervezése, az átélt változások számtalan negatív következménnyel járhatnak. Azok az ápolók, akik a munkahelyükön összevonást (fúziót) éltek meg, magasabb munkabizonytalanságról, munkastresszről és nyomásról számoltak be. Alacsonyabb volt a munkával való elégedettségük, a testi és lelki életminőségük, mint azoknak az ápolóknak, akik nem éltek át változást a munkahelyükön (*Brown és mtsai. 2006*). A leépítéstől való félelem gyakran munkabizonytalanságot eredményez (*Greenglass és Burke, 2000*).

A munkahelyi átszervezés kapcsán a munkaterhelés megemelkedését (*Baumann és mtsai. 2001*) és a szervezeti kommunikáció romlását észlelték az ápolók, mely hozzájárult a munkával való elégedettség csökkenéséhez (*Davidson és mtsai. 1997*), valamint magát a munkahelyi légkört is sokkal negatívabbnak ítélték meg (*Clark és mtsai. 2000; 2001*). A munkahelyi átalakítás során végrehajtott létszámleépítés és költségcsökkentő intézkedések bevezetése szintén a munkaelégedettség csökkenéséhez vezet (*Davidson és mtsai. 1997; Corey-Lisle és mtsai. 1999*). Azok az ápolók, akik intézményi összevonást élnek át munkahelyükön, jobban félnek a munkahely elvesztésétől, és a munkaelégedettségük is alacsonyabb, mint azoknak az ápolóknak, akik nem éltek át fúziót (*Armstrong-Stassen és mtsai. 1997*).

Amennyiben a szervezeti változás időtartama alatt a dolgozó az előrelépési lehetőségek korlátozottságát, alacsony döntési szabadságot és rossz kommunikációt észlel, az hozzájárul a pályaelhagyási szándékhoz (*Davidson és mtsai. 1997*).

Ha egy betegellátó osztályon vezetőváltás történik, növekszik a munkabizonytalanság érzése az ott dolgozó ápolók körében, ezért nagyon fontos, hogy az új vezetőnek legyen lehetősége találkozni a beosztottaival (*Smith-Blair és mtsai. 1999*).

A munkahelyi változások következtében munkabizonytalanság lép fel, mely jelentősen csökkenti a munkaelégedettséget (*Heaney és mtsai. 1994*) és növeli a testi tünetek (pl. vérnyomás emelkedés) megjelenését a dolgozók körében (*Pollard, 2001*). Azon dolgozók, akiket áthelyeztek egy másik részlegbe dolgozni, rosszabbnak ítélték meg a saját egészségüket, növekedett a krónikus betegségek előfordulása, valamint alvási problémák jelentkeztek (*Ferrie és mtsai. 1998*).

A munkahelyi változások miatt érzett bizonytalanság összefüggést mutat a stresszel, a pályaelhagyási szándékkal, csökkenti a munkával való elégedettséget, az elkötelezettséget, és a munkahelybe vetett bizalmat (*Bordia és mtsai. 2004*).

5.2. A munkahelyi változások pozitív hatásai

A fenti példákból látható, hogy a munkahelyi átszervezéseknek számtalan negatív hatása lehet a dolgozókra nézve, de meg kell említeni néhány pozitív kimenetelt is, bár a fellelt és áttekintett tanulmányok között alig volt egészségügyi dolgozókra vonatkozó. Kalmi és Kauhanen felmérése szerint a munkahelyi fejlesztések hatása a dolgozókra inkább pozitív: többnyire a munkabiztonság, a fizetések és a munkaelégedettség növekedése tapasztalható, de vezethet megnövekedett munkaterheléshez és stresszhez is (*Kalmi és Kauhanen, 2008*).

Egy fejlődő környezetben az ápolók sokkal szabadabbnak érzik magukat, mernek új ötleteket bevezetni, és sokkal több lehetőségük van kísérletezni azokkal. A vezetők befolyásolni tudják egy új fejlesztés bevezetését az osztályukon azzal, hogy támogató légkört teremtenek. A dolgozók információkkal való ellátása az új eljárás bevezetésének korai fázisában sok energiát ad nekik, és sokkal pozitívabban tekintenek a változás felé (*van der Weide és Smits, 2004*).

5.3. Dolgozók segítése a változások érdekében

Egy nyitott, a változásokat megelőző kommunikáció a vezetőktől segít megérteni a dolgozóknak a várható változásokat, ezáltal produktivitásuk fokozódik, így a változások sokkal gyorsabban következnek be (*Weber és Weber, 2001*), valamint növekszik a jól-létük és a munkaelégedettségük is (*Terry és Jimmieson, 2003*). Amennyiben a dolgozók információkat kapnak az őket érintő munkahelyi változásokról, növekszik a személyes kontrollérzésük (*Davy és mtsai. 1988*), csökken a szorongás szintjük és bizonytalanságuk (*Miller és Monge, 1985*), valamint

növekszik a bizalom a vezetők iránt (*Paterson és Cary, 2002*), ezáltal sokkal pozitívabban állnak a változásokhoz (*Wanberg és Banas, 2000; Weber és Weber, 2001; Chiang, 2010*).

Ha a dolgozók több kontrollal rendelkeznek a munkájuk felett, sokkal szívesebben vesznek részt a szervezet átalakításában. A szociálisan támogató munkakörnyezet, a támogató kollégák segítenek megbirkózni a szervezeti változások okozta stresszel (*Cunningham és mtsai. 2002*).

6. ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE

6.1. Vizsgálat célja

A vizsgálat célja a 2003-ban Dr. Betlehem József által elvégzett felmérés megismétlésével feltérképezni az ápolónők munkaelégedettségének, egészségi állapotának változását, valamint hogy a Demand-Control-Support modell mely paramétereiben történt változás az előző vizsgálathoz képest. Cél volt továbbá megvizsgálni, hogy az elmúlt években történt egészségügyi átszervezések kapcsán milyen változásokat kellett átélni a munkahelyükön az ápolónőknek, ezek milyen hatással voltak munkájukra, munkakörülményeikre, jól-létükre és egészségi állapotukra. A vizsgálatban kulcsfontosságú szerepet kap a munkahely átalakulásával járó bizonytalanság feltérképezése.

6.2. Hipotézisek

1. Feltételezésem szerint az ápolók jól-léte alacsonyabb szintet mutat az előző vizsgálathoz képest.
2. Feltételezem, hogy a 2003-ban végzett D-C-S modell vizsgálati eredményei alapján elkülönített csoportok összetételében változás állt be, nevezetesen még több ápoló került a magas feszültségű csoportba.
3. Feltételezem, hogy az egészségügyi rendszer átalakulása miatt bizonytalanságérzet alakult ki az ápolókban, mely hatással lehet a jól-lét érzésre, különösen a negatív jól-lét érzésre fejt ki hatását.
4. Feltételezésem szerint az ápolók egészségi állapota romlott, valamint a pozitív jól-lét érzetük is nagymértékben csökkent az első vizsgálathoz képest.

6.3. Kutatási módszerek és minta

A vizsgálatban az ápolók jól-léte és munkája közötti kapcsolatot empirikus úton vizsgáltuk mind kvantitatív, mind kvalitatív eszközökkel.

6.3.1. Első szakasz-mérőeszköz kialakítása és a mintavétel

A felmérés kvantitatív részében elméleti keretmodellként a munkajellemzőket szervezeti szinten megragadó Karasek (1979) és Johnson (1991) által kifejlesztett D-C-S (demand-control-support, azaz igénybevétel-ellenőrzés-támogatás), illetve Badburn (1969) által megalkotott Érzelmi Egyensúly Skála (Affect Balance Scale-mely a jól-létet vizsgálja) alkalmazása történt. Ezt a modellt ápolók körében Dr. Betlehem József már alkalmazta Magyarországon egy 2003-as vizsgálatban, így a felmérés egy követéses vizsgálatnak tekinthető, mely azonban nemcsak egy egyszerű utóvizsgálat, hanem egyrészt összevetésre kerülnek a két felmérés eredményei, másrészt a 2010-ben lefolytatott felmérésben **új elemként** az utóbbi években az egészségügyben végbement változások megélését, illetve a jól-léttel, illetve a munkakörnyezettel való kapcsolatát is vizsgáljuk.

A kérdőív 77 kérdést tartalmazott hat egységre tagolva, mely a szocio-demográfiai adatokon túl magában foglalt munkahelyi jellemzőkre, munkaterhelésre, otthoni munkára, életérzésre, egészségi állapotra valamint az egészségügyben megélt változásokra vonatkozó saját kérdéseket is. Tartalmazta többek között a Jól-léti Skálát (Well-being Scale) (Badburn, 1969), a Munkaterhelés Skálát (Job Demand Scale), a Munka Ellenőrzés Skálát (Job Control Scale), a Munkahelyi Szociális Támogatás Skálát (Job Social Support Scale) (Karasek, 1979; Johnson, 1991), és az első felmérés során Dr. Betlehem József által kifejlesztett Otthoni Ellenőrzés Skálát (Home Control Scale), az Otthoni Igénybevétel Skálát (Home Demand Scale), és az Otthoni Szociális Támogatás Skálát (Home Social Support Scale). (1. sz. melléklet)

6.3.1.1. A D-C-S modell skáláinak elméleti bemutatása

A Demand-Control-Support modell három skála együtteséből áll. A **munkahelyi igénybevétel** skála (Job Demand Scale) három alskálából tevődik össze. Az első alskála hat ötfokozatú kérdést tartalmaz, melyek a munkahelyi fizikai igénybevétellel kapcsolatosak (pl. túl sok munkafeladat, túl gyors munkatempó). A második alskála három ötfokozatú kérdést tartalmaz, melyek a munkahelyi elismeréssel kapcsolatosak (pl. a munka megbecsülése, elismerése). A harmadik alskála a pszichológiai igénybevételt méri nyolc ötfokozatú kérdéssel (pl. halál, haldoklás jelenléte a munkahelyen, felkészületlenség érzése, támogatás hiánya, vagy éppen a kollégákkal való konfliktus).

A **munkahelyi ellenőrzés** skála (Job Control Scale) két alskálából tevődik össze. Az első szubskála egy négy, ötfokozatú itemet tartalmazó skála, mely az önállósággal kapcsolatos kérdéseket tartalmazza (pl. önálló döntéshozatal, munkavégzés). A második alskála nyolc, négyfokozatú kérdést tartalmaz, és a munkába való beleszólási lehetőséggel foglalkozik (pl. a munka megtervezésével, az időbeosztással, a munkafeladatokkal és módszerekkel kapcsolatos kérdések). A **munkahelyi támogatás** (Job Support Scale) skála két, négy-négy kérdést tartalmazó ötfokozatú alskálából áll. Az első a munkaközösségre vonatkozik, a második a közvetlen ápoló felettséggel kapcsolatos kérdéseket tartalmazza. (Karasek, 1979; Johnson, 1991)

6.3.1.2. A jól-lét mérésének bemutatása

Az ápolók jól-létének elemzése a **well-being skálával** történt, mely pozitív és negatív jól-léti alskálákból tevődik össze. A pozitív jól-létet mérő alskála négy háromfokozatú kérdést tartalmaz, magasabb pontszám nagyobb pozitív jól-létet jelez. A negatív jól-lét skála három kérdést tartalmaz, magasabb pontszám nagyobb negatív jól-létet jelez. (Badburn, 1969)

6.3.1.3. Az egészségügyi változások megélését felmérő kérdések

A kérdőív hatodik egysége saját munkám során átélt élményekből, tapasztalatokból származik. Mivel munkahelyem is számos változáson ment keresztül a felmérést megelőző időszakban, a kérdések maguktól értetődően adódtak. Igyekeztem leírni minden olyan változást a 6.2. kérdésben, amelyekkel én magam és kollégáim is szembesültünk közvetlen vagy tágabb munkahelyi környezetünkben. A leépítéstől való félelem, a továbbtanulás akadályozása, az osztályról való áthelyezés másik osztályra vagy részlegbe nap mint nap megtörtént, és bevett szokássá vált éveken keresztül. A mindennapi munka során jelentős stresszt okozott az ebből fakadó bizonytalanság, mely lassan a munkahelyi kapcsolatok feszültté válását, megromlását eredményezte. Nemegyszer kellett szembesülnünk azzal, hogy kedvelt kollégáinkat áthelyezték másik részlegbe, és onnan már nem jöttek vissza. Az említett időszakban pótlékcsökkentések, majd elvonások is bekövetkeztek, melyek a mindennapi megélhetést nehezítették meg. Ezen életesemények negatív hatását számos szakirodalom is bizonyítja (Armstrong-Stassen és mtsai. 1997; Greenglass és Burke, 2000; Clark és mtsai. 2000, 2001; Hoag és mtsai. 2002; Bordia és mtsai. 2004). A

6.9. kérdésben számos olyan tényezőt fogalmaztam meg, amelyet kollégáimmal - aktívan betegágy mellett dolgozóként - úgy ítéltünk meg, hogy nagymértékben javítaná a helyzetünket, a mindennapi munkánkat.

6.3.1.4. A kutatás lebonyolítása az egyes kórházakban

A követéses vizsgálatban ugyan az a hat kórház vett részt az ország különböző területeiről, mint a 2003-as felmérésben. A mintába kerülés feltételei voltak: legalább egy éves munkaviszony az adott kórházban, teljes munkaidős foglalkoztatás, illetve fekvőbeteg osztályon végzett munka. Férfiak és középvezető ápolók is részt vehettek a vizsgálatban. A kérdőívek kiosztását egy próbafelmérés előzte meg 10 fővel, melynek célja volt felmérni, hogy a kérdőív kérdései jól olvashatók és érthetőek, illetve megközelítőleg mennyi időt vesz igénybe a kitöltése. Ezután szóbeli és írásbeli megkereséssel éltünk a kórházak vezetősége irányába, akik írásban engedélyezték a kérdőívek kiosztását és a vizsgálat lebonyolítását. Az egyes kórházakban - Szombathely kivételével - személyesen konzultáltam a vizsgálatot lebonyolító kollégákkal, ahol részletesen ismertettem a beválasztási kritériumokat és a vizsgálat menetét. A kérdőívek kiosztását és összegyűjtését minden kórházban vagy az ápolási igazgató, vagy az arra kijelölt felelős szakember végezte (főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkező ápoló) kihangsúlyozva, hogy a részvétel névtelen és önkéntes. A vizsgálat lefolytatása 2010. októbertől-decemberig tartott. A bajai kórházban egyszerű véletlen mintavételi eljárást, a többi vizsgált intézményben szisztematikus mintavételi eljárást alkalmaztam.

A *bajai* kórházban aktuálisan 289 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban. 256 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. A felmérés időpontjában nem minden ápoló volt elérhető - tartós táppénz miatt -, így 225 darab kérdőívet osztottam ki.

Gyulán a vizsgálat menetének és a beválasztási kritériumok általam való ismertetésére főnővéri értekezleten került sor, ahol az osztályvezető főnővérek kézhez kapták a borítékolt kérdőíveket. A kórházban aktuálisan 693 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban, 645 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Az egyes osztályokon a dolgozók névsorba rendezése után minden második, páratlan sorszámú kolléga kapott kérdőívet. Tisztázatlan okok miatt 357 darab kérdőívet osztottak ki. Valószínű, hogy valamelyik osztályon a főnővér nem követte a kutatás menetéről szóló utasításokat.

A *kecskeméti* kórházban aktuálisan 629 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban. 600 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Az egyes osztályokon a dolgozók névsorba rendezése után minden második (páratlan sorszámú) kolléga kapott kérdőívet, összesen 300 fő.

Nyíregyházán a vizsgálat menetének és a beválasztási kritériumok általam való ismertetésére főnővéri értekezleten került sor, ahol az osztályvezető főnővérek kézhez kapták a borítékolt kérdőíveket. A kórházban aktuálisan 942 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban, 876 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Az egyes osztályokon a dolgozók névsorba rendezése után minden harmadik (1., 4., 7...sorszámú) kolléga kapott kérdőívet, összesen 310 fő.

A *székesfehérvári* kórházban aktuálisan 971 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban. 885 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Az egyes osztályokon a dolgozók névsorba rendezése után minden harmadik (1., 4., 7...sorszámú) kolléga kapott kérdőívet (295 fő).

Szombathelyen aktuálisan 520 fő dolgozott fekvőbeteg ellátásban. 430 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Mivel itt az ápolási igazgató csak 100 kérdőív kiosztását vállalta, így az egyes osztályokon a dolgozók névsorba rendezése után minden negyedik (1., 5., 9...sorszámú) kolléga kapott kérdőívet. A hat kórházban összesen 1587 kérdőív kiosztása történt meg.

6.3.2. Második szakasz

A kvantitatív vizsgálat lefolytatása után hat mélyinterjú is készült a kórházak ápolási igazgatóival, melynek célja volt az egyes kórházak életében bekövetkező változások feltérképezése a 2003-2010-es időszakban. Az interjúk elkészítése során a diktafonos rögzítés módszerét alkalmaztam 2010. december - 2011. január hónapokban. Minden résztvevő előre megkapta e-mail-ben a kérdéseket, így lehetőségük volt felkészülni. Kecskeméten, Székesfehérváron és Nyíregyházán személyes beszélgetés történt, a többi kórház ápolási igazgatójával telefonon folyt a beszélgetés. Az interjúk szó szerinti, írásbeli rögzítése ezután következett.

6.4. Alkalmazott módszertan

A statisztikai elemzés SPSS 18.0 statisztikai szoftver segítségével történt. A minta, illetve a skála itemek bemutatása leíró statisztikával történt. A két minta közötti különbségek, eltérések vizsgálatára χ^2 -próbát, illetve a skálák esetében független

kétmintás T-próbát alkalmaztunk. A kérdőív 6. egységének elemzése független kétmintás T-próbával történt, majd a bizonytalansági faktor kialakítása (faktor analízis) után korreláció analízissel (Spearman-féle rangkorreláció) elemeztük a jólét és az egészségi állapot kapcsolatát. Öt százalékos szignifikancia szinttel dolgoztunk.

A D-C-S, illetve a well-being skálák alskáláinak megbízhatóságát Cronbach-alfa segítségével jellemeztük. A skálát akkor tekinthetjük megbízhatónak, ha a Cronbach-alfa értéke legalább 0,6. Amennyiben ez az érték megfelelő, akkor egyrészt az itemek faktorálhatóságát is ellenőrizni kell, másrészt pedig, mivel a skálák a változók pontszámaiból jönnek létre, vizsgálni kell az itemek és ezek összegeként előálló alskálák közötti kapcsolatot. Ez utóbbiakat Spearman-féle rangkorrelációs együtthatóval jellemeztük. A skálapontszámokat az SPSS-ben nem összeadás művelettel, hanem a beépített Sum függvény segítségével határoztuk meg. Ez esetben ugyanis, ha valaki nem adta meg egy skála esetén az összes item pontszámát, akkor az adott megfigyelthez nem generálódik skálapontszám, míg az összeadás művelet használata esetén egy-egy személy összes pontszámát a megválaszolt itemekre adott pontszáma jelentette volna, mely az eredményekben, illetve ezek értékelésében torzítást okozott volna.

Az egyetlen változóba történő faktorálhatóságot faktoranalízis segítségével jellemeztük. Az eljárás során több változó információtartamát próbáljuk kevesebb, esetünkben egy-egy változóba sűríteni. Az eljárás akkor tekinthető sikeresnek, ha

- egy változó halmaz akkor tekinthető faktorálhatónak, ha Kaiser-Meier-Olkin (KMO) mutató érték legalább 0,6;
- az eljárás során elszenvedett információveszteség kezelhető, melyet akkor tekintünk jónak, ha a magyarázott varianciarány (sum of square loadings) legalább 30%;
- az eljárás során egyetlen faktor képződik;
- a faktorok és a skála itemek közötti kapcsolat ellentmondásmentes, azaz a köztük lévő korrelációk (loading változók) mindegyike azonos irányú korrelációt mutat.

A kutatás a 2003-ban és 2010-ben, azonos kórházakban végzett felmérések eredményeinek összehasonlításán, és az eltelt hét év alatt bekövetkezett változások elemzésén alapul. Az adatelemzés első lépéseként a két minta megtisztítása történt. A

2003-as adatbázist 1077 kérdőív képezte, melyből kizárásra kerültek a férfiak, a részmunkaidőben dolgozók, a naponta kevesebb, mint 8 órát dolgozók, valamint akik kevesebb, mint 12 hónapja dolgoztak az adott kórházban. Vezető beosztásúak ebben a mintában nem szerepeltek. 916 kérdőív adatait dolgoztuk fel.

A 2010-es felmérés során 1587 kiosztott kérdőívből 1267 értékelhető érkezett vissza (79,8%). Baján a kiosztott kérdőívek 98%-a, Gyulán 76,7%-a, Kecskeméten 75,3%-a, Nyíregyházán 94,8%-a, Székesfehérváron 71,3%-a, Szombathelyen 98%-a bizonyult értékelhetőnek. A 2010-es mintát 1267 értékelhető kérdőív képezte. Ezek után a minta további tisztítása történt. Kizárásra kerültek még a férfiak és a középvezetők is, így a 2003-as és 2010-es minta teljesen illeszkedett egymáshoz. Végül a 2010-es felmérésből 1048 (66,03%) válaszadó válaszainak feldolgozása történt meg.

7. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

Az eredmények bemutatása során először a 2010-es felmérésben szereplők szocio-demográfiai adatainak és munkakörülményeinek bemutatására kerül sor, majd a két felmérés eredményeinek összehasonlítása történik. Ezt követi az egészségügyben végbement változások megélésének bemutatása az egyes kórházakban, végül a kvalitatív kutatás eredményeinek ismertetése következik.

7.1. A 2010-es minta bemutatása

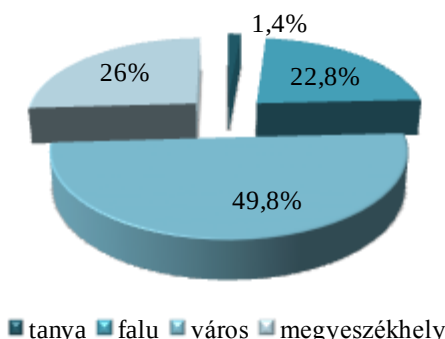
A következőkben a vizsgált minta szocio-demográfiai adatait és munkakörülményeit mutatom be.

7.1.1. Szocio-demográfiai tényezők

A válaszadók átlag életkora 38,47 év volt (5 fő nem válaszolt erre a kérdésre). 13,6% nem rendelkezik érettségivel, 70,9% érettségizett és/vagy OKJ végzettségű, 15,5% rendelkezik főiskolai vagy egyetemi végzettséggel. Átlagosan 17,4 éve dolgoznak az egészségügyben, 14,8 éve az adott kórházban, és átlagosan 11,3 éve az adott osztályon. 5,2% dolgozik intenzív osztályon, 32,7% belgyógyászaton, 24% sebészetben, 15,6% gyermekosztályon, 7,8% pszichiátrián, és 14,8% hosszú ellátási idejű (krónikus) osztályon.

A válaszadók többsége (49,8%) városban illetve megyeszékhelyen (26%) él. (2. sz. ábra)

2. sz. ábra: A válaszadók lakóhely szerinti megoszlása (n=1048)



Többségük házas (49,3%), illetve élettárral, partnerrel él (20,6%), 9,9% egyedül él, a többi válaszadó pedig elvált, özvegy vagy külön él. 32,2%-nak nincs gyermeke, 27,3%-nak egy, 28,5%-nak kettő, a többieknek három, vagy annál több gyermeke van.

7.1.2. Munkakörülmények bemutatása

A munkakörülmények a munka-munkatársak, valamint a munkaterhelés-kereset-megbecsülés szemszögéből kerülnek bemutatásra.

7.1.2.1. Munka, munkatársak

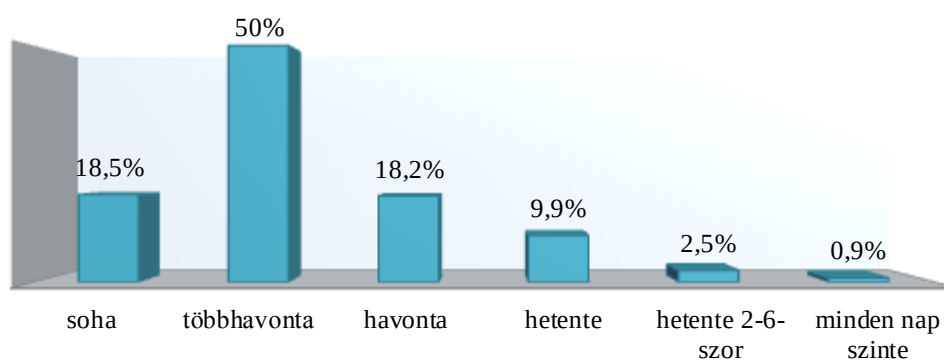
A válaszadók többsége (79%) két műszakban, 12 órás munkarendben dolgozik, 10,7% állandó délelőtt, 10,3% három műszakban (8 órás munkarend), a többi válaszadó eltérő munkarendben, például állandó éjszaka, csak délelőtt és délután dolgozik. 10,5% vállal mellékállást, leggyakrabban házi betegápolást, takarítást, asszisztensi feladatokat látnak el, vagy más osztályon dolgoznak ápolóként, de található közöttük termék forgalmazó, biztosítás értékesítő, oktatásban dolgozó, alkalmi munkát vállaló, és egyéni vállalkozást működtető ápolónő is. A mellékállás vállalásának indokaként 95,2%-ban a megélhetési problémákat nevezték meg.

Többségük (53,1%) „eléggé” elégedett a munkahelyi légkörrel, a változó átlagos értékelése ötfokú skálán 3,9. A „valamennyire” elégedett ápolók aránya 24,2%, a „nagyon” elégedettek aránya pedig 18,7%. Az ápolótársak segítőkészsége tekintetében is az „eléggé” elégedett válaszadók szerepelnek többségben (55,3%), a változó esetén 3,8-as átlagpontszám figyelhető meg. A „valamennyire” elégedettek aránya 23,7%, a „nagyon” elégedett ápolók aránya pedig 16,6%.

Az ápolótársakkal való problémák megbeszélése esetén is a többséget az „elégedett” válaszadók jelentik (41,1%), a változó átlagos pontszáma 3,5. A „valamennyire” elégedettek aránya 33,4%, azonban a változó esetén a „nagyon” elégedett aránya csupán 11,7%. *(1. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)*

A válaszadó ápolók fele csupán többhavonta találkozik munkahelyen kívül ápolótársaival. Magas (18,5%) azoknak az aránya is, akik soha nem találkoznak munkahelyen kívül a kollégáikkal, a havonta találkozóké pedig 18,2%.

3. sz. ábra: Munkahelyen kívüli találkozás ápoló kollégákkal (n=1048)



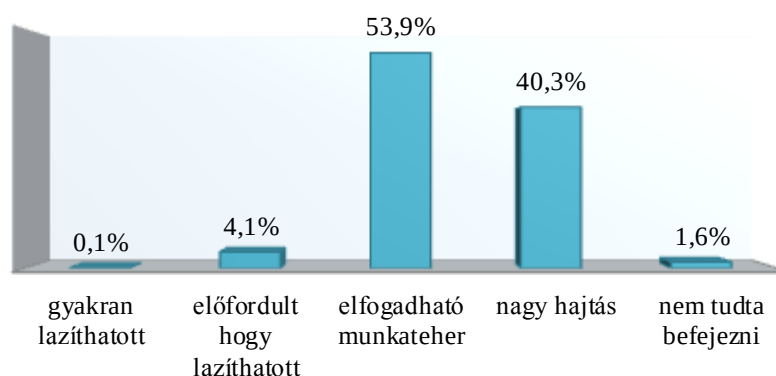
A válaszadók 9,9%-a találkozik hetente munkahelyen kívül ápolótársaival, 2,5%-ra a heti 2-6 találkozás jellemző. (3. sz. ábra)

7.1.2.2. Munkaterhelés, kereset, megbecsülés

A megkérdezettek átlagosan 4,14 napot dolgoznak hetente, 11,2 órát naponta, és 4,54 óra túlórájuk van átlagosan egy hónapban.

A válaszadó ápolók 53,9%-a gondolja, hogy az elmúlt három hónap folyamán elfogadható volt számára a munkateher, 40,3% szerint nagy hajtásban volt részük, 4,1% szerint pedig előfordult, hogy lazíthatott.

4. sz. ábra: Munka megterhelés az elmúlt három hónapban (n=1048)



1,6% állítása szerint nem tudta befejezni munkafeladatait, 0,1% pedig gyakran lazíthatott az elmúlt három hónapban a munka folyamán. (4. sz. ábra)

A válaszadók többsége (72,4%) legtöbbször időben el tudta végezni a munkafeladatait, 21,1% a „mindig” válaszlehetőséget, 4,1% a „néha”, 2,2% a „ritkán” és 0,2% a „soha” válaszlehetőséget jelölte be.

Az előrelépési lehetőségeket vizsgálva elmondható, hogy 41,1%-uk szerint „alig van lehetőség” előrelépésre, 28,8% szerint „van lehetőség”, 24,6% szerint pedig „nincs lehetőségük” előlépésre az adott kórházban. A „nagyon jó” választ megjelölők aránya 0,6%, a „jó” alternatívát választók aránya pedig 4,9%. A válaszadó ápolók 96,1%-át nem léptették elő az elmúlt két évben.

A kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapban a válaszadók 42,3%-nak néha eszébe jutott a munkahelyváltogatás gondolata, 41,7%-nak pedig nem jutott eszébe. Az „igen gondolkodtam rajta” választ megjelölők aránya 10,8%, az „igen, határozottan kerestem” lehetőséget választók aránya pedig 5,2%.

A válaszadók 32,7%-a nem tervezi a közeljövőben, hogy önszántából kilép a munkahelyéről. 31,5% szerint kis esély van arra, hogy önszántából kilép a jelenlegi munkahelyéről, a bizonytalanok aránya pedig 27,4%. A biztosan kilépők aránya 1,9%, 6,5% pedig azt gondolja, hogy komoly esély van a munkahely elhagyására.

A munkával való elégedettség esetén megállapítható, hogy a válaszadók 53,1%-a érzi magát elégedettnek az ápolói munkájával kapcsolatban. A változó esetén a közepes mértékben elégedettek aránya 38%, az egyáltalán nem elégedettek pedig 1,1%. Egyaránt 3,9% jelölte a „nem elégedett” és a „nagyon elégedett” megállapítást. A kérdőívet kitöltők többsége (42,7%) a környezetében élő emberekhez képest „átlagon alulinak”, illetve „átlagosnak” (39,3%) ítéli meg a fizetését, 17% „jelentősen átlagon alulinak”, 1,1% pedig „átlagon felülinek”. A válaszadók közel fele (50,1%) szerint a keresetük más egészségügyi intézményekhez viszonyítva nem tekinthető megfelelőnek. A „némileg megfelelő” választ megjelölők aránya 28,1%, az „egyáltalán nem megfelelő” alternatívát választók aránya 19,3%, a „megfelelő” választ pedig az ápolók csupán 2,5%-a jelölte meg. A válaszadók 28,6%-nak életében ritkán, 14%-nak gyakran, és 6,5%-nak nagyon gyakran előfordul, hogy nincs pénze élelemre. 31,7%-nak ritkán, 28,9%-nak gyakran, 17%-nak nagyon gyakran előfordul, hogy nincs pénzük ruhára. 27,1%-nak ritkán, 15,4%-nak gyakran, 6,4%-nak nagyon gyakran előfordul, hogy nincs pénze fűtésre. 30,1%-nak ritkán, 19,1%-nak gyakran, 10,9%-nak pedig nagyon gyakran megesik az életében, hogy nincs pénz kifizetni a számlákat. 26,7%-nak gyakran, 36,4%-nak nagyon gyakran problémát okoz a tartós fogyasztási cikkek megvásárlása. A gyógyszerek megvásárlása 31,1%-nak ritkán, 12,4%-nak gyakran, 7%-nak pedig nagyon gyakran problémát okoz.

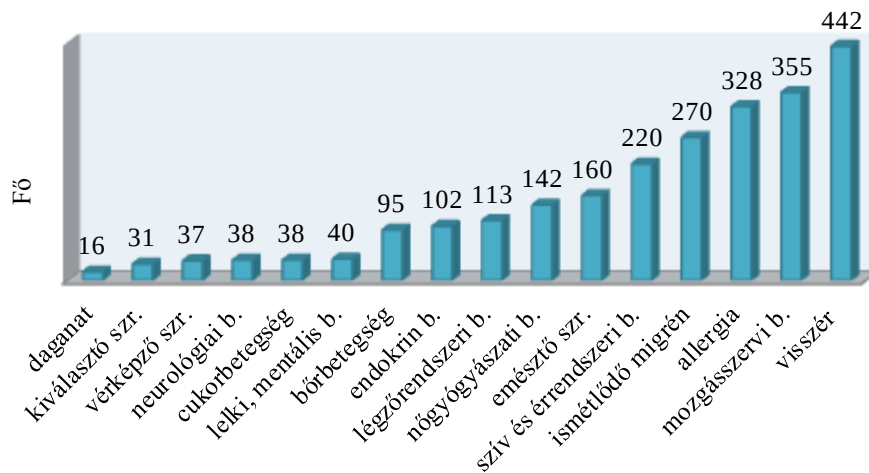
A válaszadók 86,9%-a jelezte, hogy nem tud havonta semennyi pénzt megtakarítani, tehát teljesen feléli a fizetését. 55,9% gondolja úgy, hogy jövedelme tovább fog csökkenni a közeljövőben, 35,9% gondolja, hogy változatlan marad, és 8,2% bízik a jövedelem növekedésben.

7.1.3. Élethelyzet, életérzés, egészségi állapot

A kérdőívben szerepelt egy kérdésblokk, mely arra vonatkozott, hogyan érezték magukat a válaszadók az elmúlt hónapban. Az ápolók körében az állítások közül a legmagasabb átlagpontszámot (2,9) a kifáradtsághoz kapcsolódó változó kapta a négyfokú skálán. Az állítás esetén a válaszadók 56,2%-a „elég sokat” volt kifáradt állapotban az elmúlt hónapban, 22% jelölte meg a „keveset” válaszlehetőséget, a „nagyon sokat” alternatívát választók aránya pedig 19,3%. A túlfeszítettséghez kapcsolódó állítás esetén 2,7 pont az átlag értéke, a változó esetén a leggyakoribb alternatíva az „elég sokat” válaszlehetőség volt (52,4%). A válaszadók 28,8%-a keveset volt túlfeszített, túlhajtott az elmúlt egy hónapban. Az idegeskedés átlagos pontszáma 2,5, a válaszadók 42,1%-a elég sokat idegeskedett, vagy problémái voltak az idegeivel az elmúlt hónapban. Az állítás esetén a „keveset” alternatívát megjelölők aránya 33,6%. (2. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A krónikus betegségek tekintetében a válaszadók csupán 18,1%-a nem említett egyetlen szervrendszert érintő krónikus betegséget sem. 21,7%-nak egy, 22,5%-nak kettő, 15,3%-nak három szervrendszert érintő krónikus megbetegedése van. A többi válaszadó ennél több betegséget is megjelölt. Leggyakrabban (442 fő esetében) a visszer betegség fordul elő, ezt követi a mozgásszervi megbetegedés (ízületi gyulladás, reuma) 355 fő esetében, majd az allergia (328 fő), ismétlődő migrén (270 fő) és a szív- és érrendszeri megbetegedés (magas vérnyomás) 220 fő esetében. Jelentős mértékben fordul elő továbbá az emésztőrendszeri (gyomor- vagy nyombélfekély, bélgyulladás), nőgyógyászati-, légző rendszeri (idült hörghurut, asztma), és az endokrin szervrendszeri megbetegedés is. (5. sz. ábra)

5. sz. ábra: Krónikus betegségek előfordulása a válaszadók körében (n=1048)



A válaszadók 7,3%-a értékelte egészségi állapotát kiválónak, 43,9% jónak, 46,3% megfelelőnek, és 2,6% pedig rossznak. 64,5% nem szed rendszeresen gyógyszert idült egészségi problémáira, 16,4% egy fajta gyógyszert szed, 9,8% két fajtát, 5,2% pedig három fajtát. A többi válaszadó négy, vagy annál több fajta gyógyszert szed, és volt olyan is (1 fő), aki tíz fajta gyógyszer szedését említette.

A kérdőívet kitöltők 1,3%-a szed nyugtatót rendszeresen, 13,5% pedig alkalmanként. 0,5% szed rendszeresen altatót, 6,9% pedig alkalmanként. Antidepresszánt rendszeresen a válaszadók 1,3%-a szed, alkalmanként pedig 2,3%.

A rendszeresen dohányzók aránya 32,5%, az alkalmankénti dohányosoké pedig 9,5%. Kávét rendszeresen a válaszadók 65,7%-a fogyaszt, alkalmanként pedig 20,1%-a. A rendszeresen alkoholt fogyasztók aránya 0,2% (2 fő), az alkalmi alkoholfogyasztók aránya pedig 41,6%.

A válaszadók 79,1%-a egyetlen napot sem volt táppénzen betegség miatt a kérdőív kitöltését megelőző egy évben. Átlagosan 3,25 nap (SD 12,54 nap) volt a táppénzen eltöltött napok száma. 15,3% jelezte, hogy 14, vagy annál kevesebb napot volt táppénzen, 5,6% pedig 15, vagy annál több napot töltött táppénzen. Négy válaszadó jelölt meg összesen 100 vagy annál több táppénzen töltött napot.

7.2. A 2003-as és 2010-es eredmények összehasonlítása

Az alábbiakban a 2003. és 2010. évi két minta közötti eltérések bemutatása történik a kérdőív részekre tagolása szerint. Az átlagpontokat tartalmazó változók elemzése esetén független kétmintás T-tesztet, a többi változó esetében χ^2 -próbát alkalmaztunk.

7.2.1. Személyes jellemzők, munka, munkatársak eltéréseinek bemutatása (1-2. rész)

A két minta esetén az átlagos életkor szignifikánsan különbözik ($p < 0,001$). A 2010-es minta jelentősen idősebb (átlag életkor 38,47 év, SD 8,78 év), mint a 2003-as (átlag életkor 35,19 év, SD 9,49 év). Az iskolai végzettségben is szignifikáns eltérés mutatkozott ($p < 0,001$), a 2010-es mintában duplája volt az érettségizettek aránya (70,6%), mint a korábbi mintában, ahol viszont a főiskolai végzettséggel rendelkezők aránya volt magasabb (42%). A két minta között a kórházban és az adott osztályon eltöltött munkaévek között is jelentős eltérés mutatkozott ($p < 0,001$). A 2010-es mintában szignifikánsan régebb óta dolgoznak az adott kórházban (átlag 14,8 év, SD 9,6 év) és az adott osztályon (átlag 11,3 év, SD 8,9 év). Az ellátási típusok vizsgálata során is jelentős eltérés mutatkozott ($p < 0,001$), különösen a hosszú idejű ellátási területeken dolgozók aránya magasabb a 2010-es mintában. A műszakbeosztás jellege sem független a minták szerinti csoportosítás tekintetében ($p < 0,001$), a három műszakban dolgozók aránya alacsonyabb, a napi 12 órát (nappal és éjszaka) dolgozók aránya pedig magasabb a 2010-es mintában a 2003-as mintához képest. (3. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A mellékállás tekintetében is szignifikáns eltérés mutatkozott ($p < 0,001$). A válaszadók 10,5%-a kényszerült mellékállást vállalni 2010-ben, míg ez az arány 2003-ban 9,1% volt.

A munkahelyi légkör barátságtalanná válása figyelhető meg az elmúlt években ($p < 0,001$), az átlagpontok csökkenése látható (2010: 3,86, 2003: 3,99). Az ápolótársak kevésbé segítenek a jobb munkavégzésben ($p = 0,007$), míg 2003-ban átlag 3,93 pontot értek el a válaszadók, addig 2010-ben 3,84 volt az átlag. A személyes problémák ápolótársakkal való megbeszélésében nem történt jelentős változás ($p = 0,105$), viszont elmondható, hogy jelentősen csökkent ($p < 0,001$) a munkahelyen kívüli találkozások száma a munkatársakkal.

7.2.2. Munkaterhelés, kereset, megbecsülés eltérései (3. rész)

Az elmúlt hét évben szignifikáns ($p < 0,001$) eltérés figyelhető meg a hetente ledolgozott napok számában, míg 2003-ban hetente átlag 4,33 napot (SD 0,62 nap), addig 2010-ben heti átlag 4,14 napot (SD 0,57 nap) dolgoztak a válaszadók. A naponta ledolgozott órák számában is szignifikáns ($p < 0,001$) különbség volt

megfigyelgető 2003-hoz képest (2003-ban 10,78 óra/nap, SD 1,78 óra/nap; 2010-ben 11,2 óra/nap, SD 1,56 óra/nap). A havi túlórák mennyisége sem tekinthető azonosnak ($p < 0,001$), míg 2003-ban havonta átlag 7,13 óra (SD 9,2 óra/hó) túlórájuk volt a válaszadóknak, addig ez a szám 2010-re 4,54 óra/hónapra (SD 8,05 óra/hó) csökkent.

A munkát kevésbé érezték megterhelőnek a 2010-es válaszadók, itt csupán 41,9% panaszkodott nagy hajtásra, vagy arra, hogy a feladatát nem tudta befejezni, 2003-ban ez az arány 44,5% volt, de a független kétmintás T-teszt nem mutatott jelentős eltérést ($p = 0,826$). (4. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A munkafeladatok időben történő elvégzésében sem mutatkozott jelentős eltérés ($p = 0,487$). 2010-ben a válaszadók 93,5%-a jelezte, hogy mindig vagy legtöbbször időben be tudja fejezni a munkafadatait, 2003-ban ez az arány 91,3% volt.

A kérdőív 3.5. kérdését vizsgálva (ahol magasabb pontszám nagyobb problémát jelent) elmondható, hogy jelentősen kevesebb problémát okoz a második felmérésben válaszolóknak a „nem ápolói munkával kapcsolatos feladatok” teljesítése ($p = 0,002$), míg 2010-ben átlag 2,62 pontot, addig 2003-ban átlag 2,72 pontot értek el a válaszadók. Ugyan ez elmondható az olyan feladatok ellátásáról is, „amelyek tulajdonképpen nem igényelnek jó szakmai felkészültséget” ($p < 0,001$; 2010: 2,44 átlagpont, 2003: 2,62 átlagpont), illetve a „szakmai felfogással ellentétes feladatok teljesítésével” kapcsolatban is ($p = 0,003$; 2010: 2,15 átlagpont, 2003: 2,31 átlagpont). A második felmérés idején szignifikánsan kevesebb problémát okoz a „túl sok túlóra” ($p = 0,006$; 2010: 1,36 átlagpont, 2003: 1,52 átlagpont), a „pótműszakok teljesítése” ($p = 0,029$; 2010: 1,57 átlagpont, 2003: 1,71 átlagpont), hogy a „munka a magánélet rovására megy” ($p = 0,004$; 2010: 2,03 átlagpont, 2003: 2,21 átlagpont), hogy „a munka fizikai környezete megterhelő” ($p < 0,001$; 2010: 2,39 átlagpont, 2003: 2,87 átlagpont), hogy „munkája során megsérülhet” ($p = 0,018$; 2010: 2,64 átlagpont, 2003: 2,76 átlagpont), hogy „a szakmai szabályokat nem tartják be kellően” ($p < 0,001$; 2010: 2,17 átlagpont, 2003: 2,45 átlagpont), valamint hogy „az ápolást könnyítő eszközök nem állnak kellően rendelkezésre” ($p < 0,001$; 2010: 3,08 átlagpont, 2003: 3,32 átlagpont). A többi változó elemzése során nem mutatkozott jelentős eltérés.

A kérdőív 3.6. kérdését elemezve (ahol alacsonyabb pontszám rosszabb helyzetet tükröz) elmondható, hogy a második felmérésben kevésbé érzik úgy a válaszadók,

hogy „más ápolókhoz viszonyítva megfizetik a munkájukat” ($p<0,001$; 2010: 1,92 átlagpont, 2003: 2,53 átlagpont), hogy „a betegek ellátása az elsőrendű dolog munkahelyén” ($p=0,037$; 2010: 4,25 átlagpont, 2003: 4,34 átlagpont). Kevésbé „biztosít a munkájuk jó jövedelmet” ($p<0,001$; 2010: 1,54 átlagpont, 2003: 2,06 átlagpont), és kevésbé „él az emberekben kedvező kép az ápolói hivatásról” ($p=0,001$; 2010: 2,05 átlagpont, 2003: 2,20 átlagpont).

A 3.7. kérdésben, ahol magasabb pontszám nagyobb problémát jelent, három kérdésben mutatkozott jelentős eltérés a korábbi vizsgálathoz képest. 2010-ben kevesebb problémát okozott, hogy „a közvetlen ápoló felettes nem adja meg a munkavégzéshez szükséges támogatást” ($p<0,001$; 2010: 2,08 átlagpont, 2003: 2,34 átlagpont), hogy „a közvetlen ápoló felettes szaktudása hiányos” ($p<0,001$; 2010: 1,65 átlagpont, 2003: 1,84 átlagpont), valamint, hogy a „közvetlen ápoló felettes nem becsüli meg a munkáját” ($p=0,012$; 2010: 2,05 átlagpont, 2003: 2,18 átlagpont).

Az orvossal való nézeteltérés is szignifikánsan ritkábban fordult elő a második felmérés idején ($p<0,001$).

2003-ban szignifikánsan jobbnak ítélték meg a válaszadók az előrelépési lehetőségüket, mint 2010-ben ($p<0,001$), és jelentősen több embert is léptettek elő ($p<0,001$), a válaszadók 8,2%-át, míg 2010-ben csupán 3,9%-ot. 2010-re jelentősen megnőtt azoknak az aránya, akik a felmérést megelőző 12 hónapban megpróbáltak munkahelyet változtatni ($p=0,024$). A válaszadók 5,2%-a határozottan keresett is munkahelyet. (5. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A munkahely elhagyását jelentősen gyakrabban ($p=0,001$) tervezik a második felmérésben (1,9%) válaszolók, mint az elsőben (1,7%). Míg az első felmérés idején a válaszadók 41,7%-a biztosan nem tervezte a munkahely elhagyását, addig 2010-re ez az arány 32,7%-ra csökkent. (6. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A korábbi felmérésben a munkában rejlő kihívás ($p<0,001$), a rászoruló emberek segítése ($p=0,005$), valamint a jó munkatársi kapcsolatok ($p<0,001$) játszottak nagyobb szerepet abban, hogy valaki az ápolói pályán dolgozik, míg a 2010-es felmérésben az, hogy nincs más elhelyezkedési lehetőség ($p<0,001$), és a megélhetés forrása ($p<0,001$) válaszok fordultak elő szignifikánsan gyakrabban.

A munkával való elégedettség vizsgálata során a korábbi felmérésben szereplők szignifikánsan gyakrabban jelezték, hogy élvezik a munkájukat ($p=0,001$), hogy ritkábban unják a munkájukat ($p<0,001$), nagyobb mértékben lelkesítette őket a munkájuk ($p<0,001$), és elégedettebbek voltak a munkájukkal ($p<0,001$), mint 2010-ben. Mindent figyelembe véve, a korábbi felmérésben szereplők szignifikánsan ($p<0,001$) elégedettebbek voltak ápolói munkájukkal, mint a második felmérés válaszadói. 2003-ban átlag 3,67 pontot, míg 2010-ben 3,55 pontot értek el az elégedettségi skálán. A más egészségügyi intézményekkel összehasonlított fizetésben is jelentős ($p<0,001$) eltérés figyelhető meg a két minta között. A korábbi felmérés válaszadói szignifikánsan jobbnak ítélték meg fizetésüket.

7.2.3. A D-C-S modell dimenzióinak összehasonlítása a két mintában

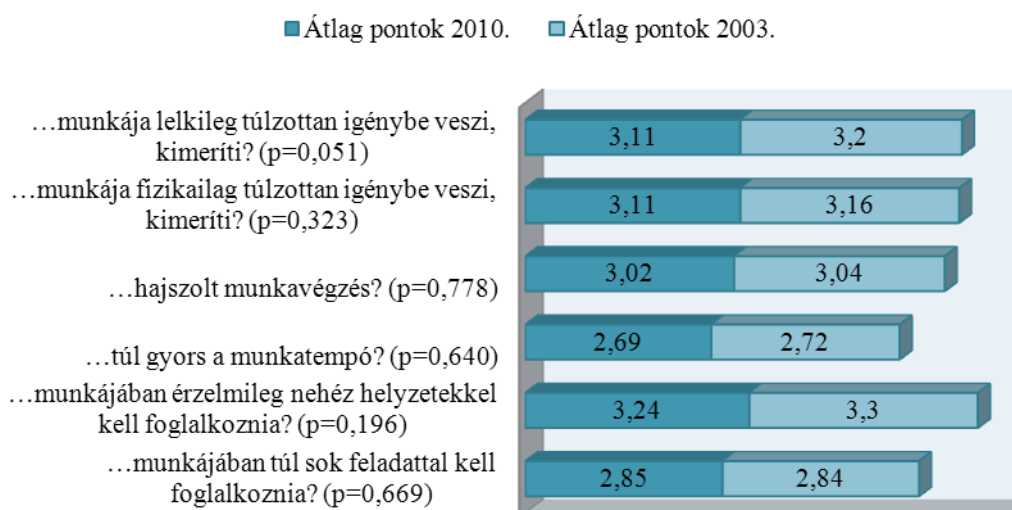
Ebben a részben a D-C-S modell dimenzióit állítjuk fel és hasonlítjuk össze a felmérések eredményeit.

7.2.3.1. Igénybevétel (Demand) összehasonlítása a két mintában

Az igénybevétel dimenzió mind a fizikai, mind a pszichológiai igénybevételt tartalmazza. A modellben az igénybevétel három alskála összegeként jelenik meg.

A munkahelyi igénybevétel skálán (Job Demand Scale) hat kérdés mutatott szignifikáns eltérést. Az első alskála eredményei szerint egyik változóban sem történt jelentős eltérés az első vizsgálathoz képest. (6. sz. ábra)

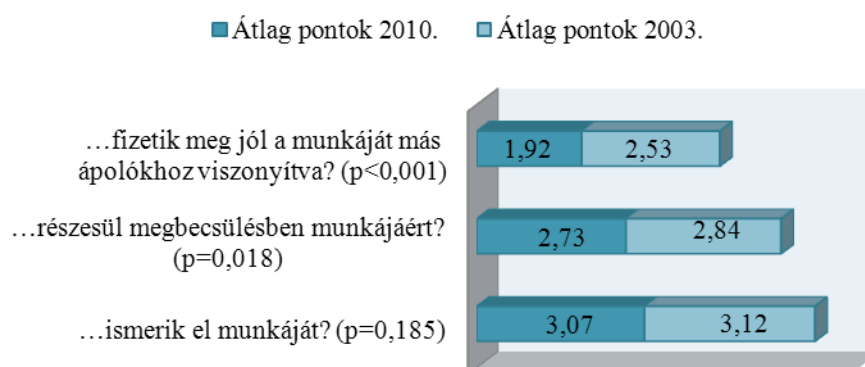
6. sz. ábra: Az igénybevétel első alskálájának összehasonlítása a két mintában



A **fizikai** igénybevétel hat ötfokozatú item (1=semmi, 5=rendkívül sok) összegeként jelenik meg a modellben, ebből fakadóan az alskálán mért érték 6 és 30 közötti. Mind a Cronbach-alfa értéke (0,860), mind a KMO mutató értéke (0,821) alátámasztja az alskála alkalmazhatóságát. Továbbá, az item-alskála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll az alskálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és az alskála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám nagyobb fizikai igénybevételt jelent. (7. sz. táblázat; 2. sz. melléklet) A kapott KMO, Cronbach-alfa, és korreláció értékek maximum egy tizeddel különböznek az előző vizsgálathoz képest.

A második alskála az **elismerést** jellemzi három ötfokozatú item (1=semmi, 5=rendkívül sok) összegeként, ebből fakadóan az alskálán mért érték 3 és 15 közötti. Kevésbé érzik úgy a második felmérés idején válaszolók, hogy más ápolókhoz képest jól megfizetik munkájukat ($p < 0,001$; 2010: 1,92 átlagpont, 2003: 2,53 átlagpont), illetve kevésbé részesülnek megbecsülésben munkájukért ($p = 0,018$), 2010-ben átlag 2,73 pontot, míg 2003-ban átlag 2,84 pontot értek el ezen a skálán. (7. sz. ábra)

7. sz. ábra: Az igénybevétel második alskálájának összehasonlítása a két mintában



Mind a Cronbach-alfa értéke (0,713) mind a KMO mutató értéke (0,563) alátámasztja az alskála alkalmazhatóságát.

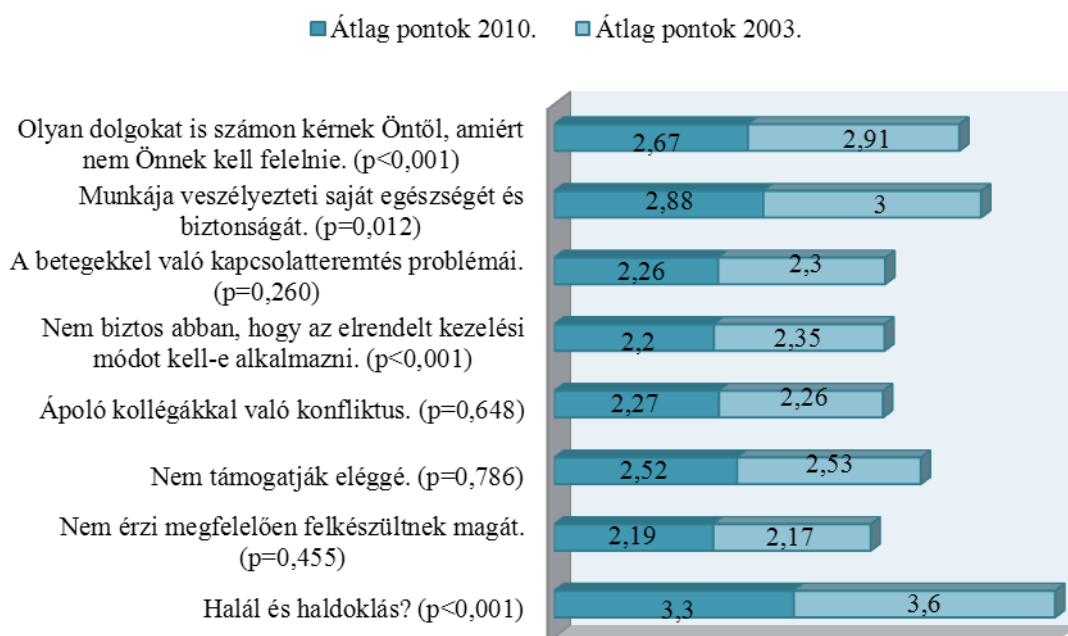
Mivel az egész skála az igénybevételt jellemzi és ezen alskála itemei esetében a nagyobb érték kisebb igénybevételt jelentene, ezért a skálát megfordítottuk, így az item-alskála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll az alskálával; továbbá a korrelációs

együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és az alskála között negatív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám alacsonyabb elismerést jelent.

A kapott KMO, Cronbach-alfa, és korreláció értékek maximum egy tizeddel különböznek az előző vizsgálathoz képest. (8. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Az igénybevétel harmadik alskáláján 2003-hoz képest kevésbé kell szembesülniük munkájuk során oktan számonkéréssel ($p < 0,001$), kevésbé érzik úgy, hogy a munka veszélyezteti az egészségüket, biztonságukat ($p = 0,012$), kevésbé érzik a válaszadók a kezelési mód bizonytalanságát ($p < 0,001$), jelentősen alacsonyabb a munkahelyen a halál és haldoklás előfordulásának észlelése ($p < 0,001$). A betegekkel való kapcsolatteremtési problémák észlelése nem különbözik szignifikánsan ($p = 0,260$). (8. sz. ábra)

8. sz. ábra: Az igénybevétel harmadik alskálájának összehasonlítása a két mintában



A **pszichológiai** igénybevétel nyolc ötfokozatú item (1=semmi, 5=rendkívül sok) összegeként jelenik meg a modellben, ebből fakadóan az alskálán mért érték 8 és 40 közötti. Mind a Cronbach-alfa értéke (0,681), mind a KMO mutató értéke (0,744) alátámasztja az alskála alkalmazhatóságát. Továbbá, az item-alskála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll az alskálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele

alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és az alskála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám nagyobb pszichológiai igénybevételt jelent. A kapott KMO, Cronbach-alfa, és korreláció értékek maximum egy tizeddel különböznek az előző vizsgálathoz képest. (9. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A három alskála pontszámai között mindkét vizsgálat szignifikáns pozitív irányú, de nem túl erős korrelációs kapcsolatot mutatott ki. (10. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

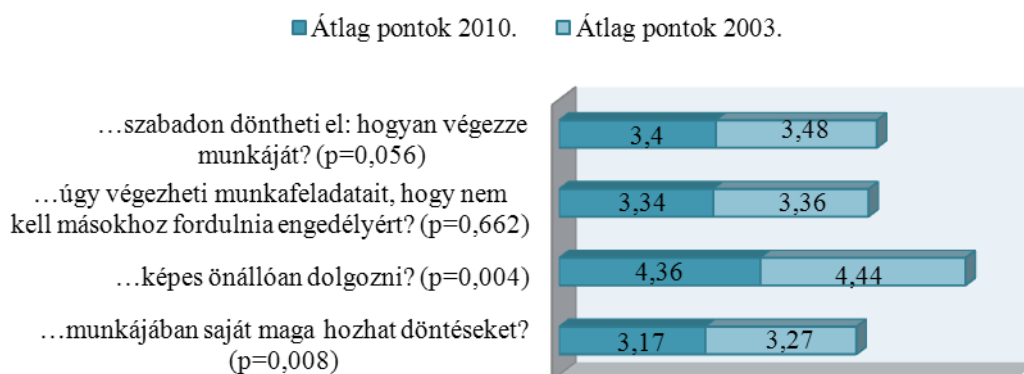
Az első és második vizsgálat eredményeit tekintve az első alskála átlagpontszáma között nincs szignifikáns különbség ($p=0,331$). A második és a harmadik alskála esetében már szignifikáns különbség van a két felmérés eredményei között: az elismerés, megbecsülés mértéke alacsonyabb a 2010-es felmérésben a 2003-as felméréshez képest ($p<0,001$). Ez az eltérés mindegyik korcsoportban megfigyelhető, azonban ez csak a 35-54 éves korcsoportban szignifikáns. Ezzel szemben a harmadik alskála 2010-ben szignifikánsan alacsonyabb igénybevételt mutat, mint a korábbi felmérés eredménye. (11. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Ebből fakadóan a három alskála összegeként előálló igénybevétel skála átlagpontszáma szignifikánsan nem különbözik a két felmérés alapján ($p=0,521$). (12. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

7.2.3.2. Ellenőrzés (Control) összehasonlítása a két mintában

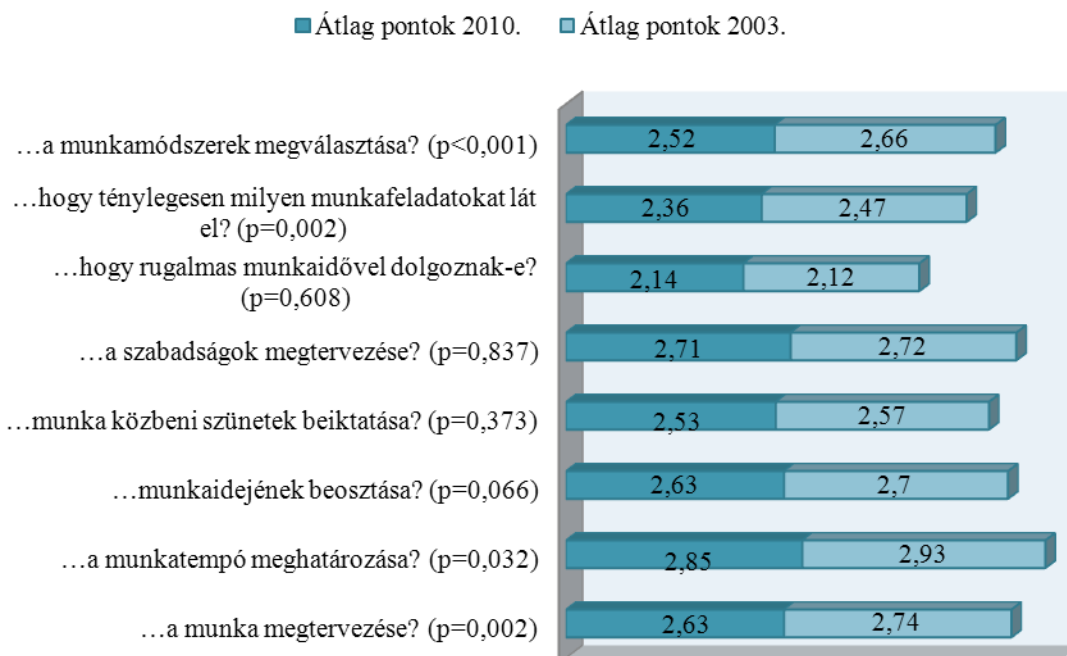
A munka-ellenőrzés skála (Job Control Scale) egy négy itemet tartalmazó **önállóság**, illetve egy nyolc itemet tartalmazó **beleszólási lehetőség** alskálából áll. Az egyes szempontokat öt- (1=egyáltalán nem, 5=nagyon), illetve négyfokozatú (1=egyáltalán nem, 4=szinte teljesen) skálán lehetett jellemezni, ebből következően az első alskálán mért érték 4 és 20 közötti, míg a második alskálán mért érték 8 és 32 közötti. Hat kérdés mutatott szignifikáns eltérést. Az első alskála eredményei alapján elmondható, hogy a 2010-es mintában a válaszadók kevésbé képesek önállóan dolgozni ($p=0,004$), és kevésbé érzik úgy, hogy saját maguk hozhatnak döntéseket munkájukban ($p=0,008$). Mindkét kérdésnél alacsonyabb pontszámot értek el a válaszadók, mint az első felmérés idején. A másik két kérdésben nem mutatkozott jelentős eltérés. (9. sz. ábra)

9. sz. ábra: Az ellenőrzés első alskálájának összehasonlítása a két mintában



A második alskála eredményei szerint a 2010-es mintában a válaszadók kevésbé választhatják meg a munkamódszereiket ($p < 0,001$), mint 2003-ban, kevésbé tudják befolyásolni, hogy milyen munkafeladatokat látnak el ($p = 0,002$), kevésbé határozhatják meg a munkatempót ($p = 0,032$), illetve kevésbé tervezhetik meg a munkát ($p = 0,002$). Ezen kérdésekre adott válaszok átlagpontjai jelentősen elmaradnak a 2003-as felmérés átlagpontjaihoz képest. (10. sz. ábra)

10. sz. ábra: Az ellenőrzés második alskálájának összehasonlítása a két mintában



Mind a Cronbach-alfa értéke (0,752, 0,835), mind a KMO mutató értéke (0,744; 0,852) alátámasztja alskálák alkalmazhatóságát. Továbbá, az item-skála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés

szoros kapcsolatban áll a skálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és a skála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám magasabb kontrollt, azaz több beleszólási lehetőséget jelent a munkakörülményekbe. (13-14. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

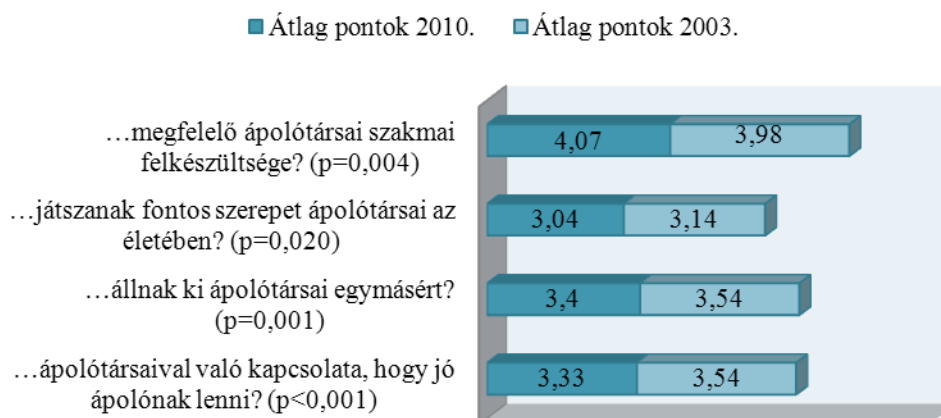
Azonos időszakokat vizsgálva az alskálák pontszámai között szignifikáns ($p < 0,001$), közepes erősségű, pozitív irányú korrelációs kapcsolatot találtunk ($r = 0,452$, $r = 0,410$). Az alskálák átlagpontszámai az előző vizsgálathoz képest szignifikánsan csökkentek (az első alskála esetében $p = 0,012$; a második esetében $p = 0,006$), azaz az új felmérés szignifikánsan alacsonyabb önállóságérzet-szintet mutatott ki. (15. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

7.2.3.3. Támogatás (Support) összehasonlítása a két mintában

A támogatás skála (Job Social Support Scale) két, négy-négy itemet tartalmazó **munkaközösség**, illetve **közvetlen felettes elismerése** alskálából áll. Az egyes szempontokat ötfokozatú skálán (1=egyáltalán nem, 5=nagyon) lehetett jellemezni, ebből következően az alskálakon mért értékek 4 és 20 közöttiek.

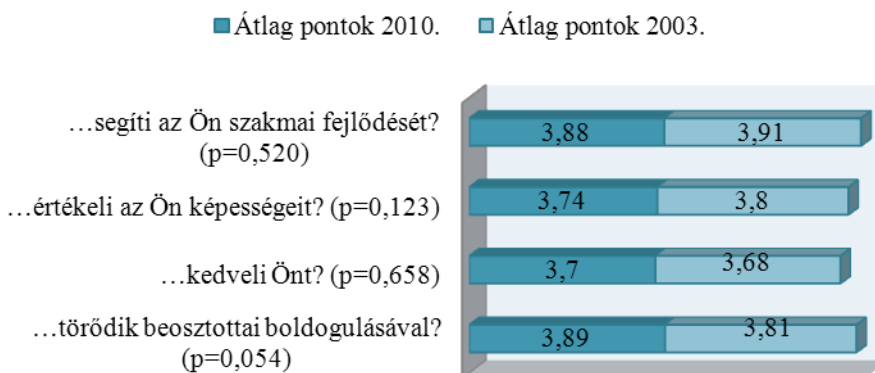
Az első alskálán mind a négy kérdés szignifikáns eltérést mutatott. A második felmérésben jobbnak értékelik ápolótársaik felkészültségét ($p = 0,004$), több pontot értek el 2010-ben (4,07) ebben a kérdésben, mint 2003-ban (3,98). Az ápolótársak kevésbé játszanak fontos szerepet egymás életében ($p = 0,020$), kevésbé állnak ki egymás mellett ($p = 0,001$), egyre inkább azt érzik a válaszadók, hogy kevésbé jó ápolónak lenni ($p < 0,001$), mint az első felmérés idején. (11. sz. ábra)

11. sz. ábra: A támogatás első alskálájának összehasonlítása a két mintában



A második alskálán egyetlen kérdés sem mutatott jelentős eltérést. Az ezen az alskálán elért átlagpontszámok nem különböznek jelentősen a két felmérés idején. (12. sz. ábra)

12. sz. ábra: A támogatás második alskálájának összehasonlítása a két mintában



Mind a Cronbach-alfa értéke (0,701; 0,898), mind a KMO mutató értéke (0,724; 0,790) alátámasztja az alskálák alkalmazhatóságát. Továbbá az item-skála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll a skálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és a skála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám nagyobb támogatást jelent. (16-17. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Azonos időszakokat vizsgálva az alskálák pontszámai között szignifikáns, közepesnél gyengébb erősségű, pozitív irányú korrelációs kapcsolatot találtunk ($r=0,358$, $r=0,298$).

Az első alskála átlagpontszáma az előző vizsgálathoz képest szignifikánsan csökkent ($p=0,002$), míg a másodiké nem változott szignifikánsan ($p=0,941$), azaz a munkaközösség összetartásának megítélése szignifikánsan romlott, míg a közvetlen ápoló felettesek megítélése szignifikánsan nem változott. (18. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

7.2.4. Családi háttér, otthoni munka (4. rész)

Jelen dolgozat a válaszadók munkahelyi körülményeit hivatott bemutatni, ezért a kérdőív negyedik, családi háttérre, otthoni munkára vonatkozó részének fontosabb kérdései kerülnek csak elemzésre, bemutatásra.

A második felmérésben résztvevők közül jelentősen ($p < 0,001$) többen házások, vagy élnek partnerrel, mint az első felmérésben válaszolók közül, és szignifikánsan ($p = 0,002$) többen nevelnek gyermeket is. Míg az első felmérés idején a válaszadók 41,5%-nak nem volt gyermeke, addig ez az arány 2010-re 32,2%-ra csökkent. Emelkedett az 1-4 gyermeket nevelők aránya is az első vizsgálathoz képest. Nem változott jelentősen ($p = 0,616$) azoknak az aránya, akik azt válaszolták, hogy partnerükön kívül nincs olyan személy, akiben megbízhat. Az első felmérés idején 14,6% válaszolta ezt, a második idején pedig a válaszadók 13,8%-a.

Az első vizsgálathoz képest alacsonyabb azoknak az aránya, akik el kívánják hagyni az ápolói pályát (2003-ban 12,8%, 2010-ben pedig 11,8% volt az arányszám). A továbbtanulást tervezők aránya 2003-ban 47,6%, 2010-ben pedig 28,5% volt.

7.2.5. Élethelyzet, életérzés, egészségi állapot (5. rész)

Az elmúlt évek során jelentősen ($p < 0,001$) magasabb a jövőért való aggodás mértéke, míg 2003-ban átlag 2,98 pontot, addig 2010-ben 3,35 pontot értek el a válaszadók, ami azt jelenti, hogy gyakrabban aggodnak a jövőért, mint az első felmérés idején. Viszont egyre kevésbé van lehetőségük arra, hogy azt tegyék, amit szeretnének ($p = 0,005$), az átlagpont a 2003-as 2,35-ről 2,28-ra csökkent.

Súlyos problémák esetén a válaszadók 76,5%-a ébreszthetne fel valakit az otthoni környezetében éjjel is, ez az arány az első felmérés idején 81,7% volt, tehát jelentős csökkenés ($p = 0,005$) figyelhető meg. Családon kívül pedig a válaszadók 72,5%-a, míg 2003-ban 79,7% ébreszthetne fel éjjel is valakit probléma esetén, mely szintén jelentős ($p < 0,001$) csökkenést mutat az első vizsgálat eredményeihez képest.

Jelentősen emelkedett azok aránya az első felmérés óta, akik sokat idegeskedtek ($p = 0,047$; átlag pont 2010: 2,49; 2003: 2,45), illetve sokszor voltak túlfeszített, túlhajtott állapotban ($p = 0,023$; átlag pont 2010: 2,74; 2003: 2,72).

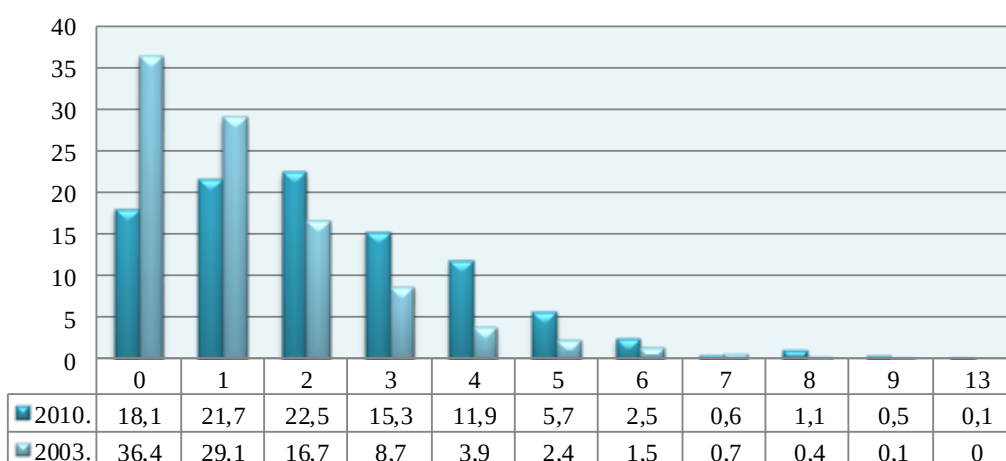
A kérdőív 5.6. kérdésében be kellett jelölni a válaszadóknak, hogy mennyire értenek egyet önmagukra vonatkozóan a felsorolt kérdésekkel. Négy alkérdésben szignifikáns eltérés volt megfigyelhető a két minta között. A második felmérés résztvevői kevésbé értenek egyet az alábbi állításokkal, mint az első vizsgálat válaszadói: „Szinte mindent meg tudok tenni, amit komolyabban elhatározok” ($p = 0,015$), „Időnként határozottan feleslegesnek érzem magam” ($p < 0,001$), „Bárcsak

többre értékelném magam” ($p<0,001$). „Jobb nekem, ha csak az élet pozitív oldalára figyelek” ($p<0,001$). Ezekben a kérdésekben alacsonyabb átlag pontszámot értek el a válaszadók a második felmérés idején.

Mindent figyelembe véve, a második felmérésben a válaszadók jelentősen zaklatottabbnak érzik az életüket, mint az első felmérés válaszadói ($p=0,003$). 1-4-ig terjedő skálán kellett bejelölni a zaklatottság mértékét, ahol 1=„nagyon”, 4=„egyáltalán nem” válaszokat jelentette. 2010-ben átlag 2,49, míg 2003-ban átlag 2,60 pontot értek el a válaszadók.

A krónikus betegségek előfordulásának vizsgálata során szignifikáns ($p<0,001$) eltérés volt kimutatható a két minta között. 2003-hoz képest jelentősen alacsonyabb azoknak az aránya, akik semmilyen krónikus betegségben sem szenvednek. Az első felmérésben résztvevők 36,4%-a jelezte, hogy nincs semmilyen krónikus betegsége, a második felmérésben résztvevők körében ez az arány 18,1%-ra csökkent. Emelkedett azoknak az aránya, akik 2-6, 8-9 szervrendszert érintő krónikus betegségről számoltak be. (13. sz. ábra)

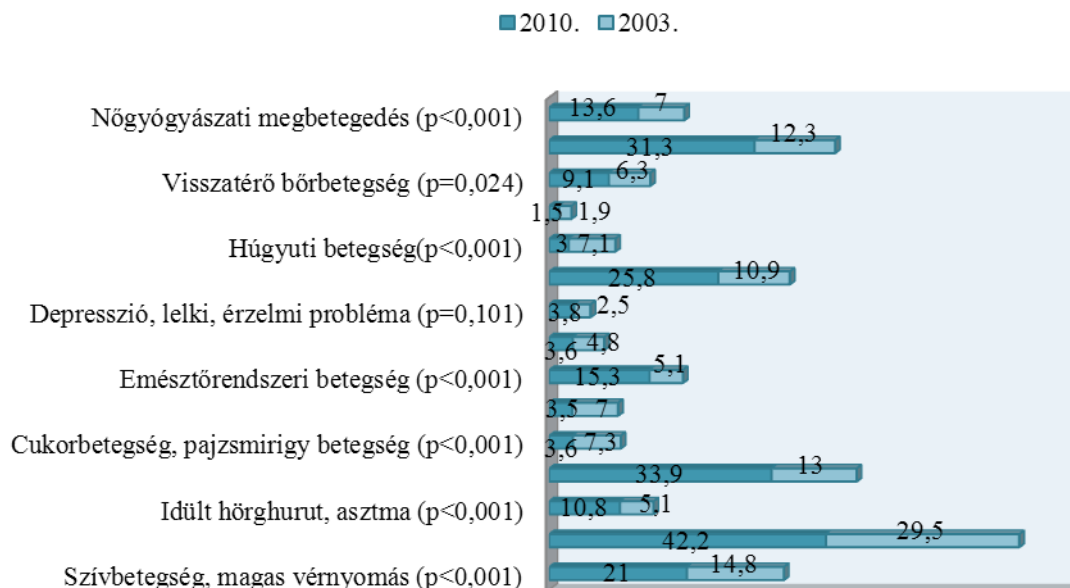
13. sz. ábra: Krónikus betegségek megoszlása a két mintában (%)



Az egyes betegségek vizsgálata során 12 betegségcsoportnál találtunk szignifikáns eltérést a két minta között ($p<0,001$ -0,024). Szembetűnő az allergiások (több, mint 2,5-szeresére), a migréntől szenvedők (2,5-szeresére), az emésztőrendszeri betegséggel küzdők (háromszorosára) és a visszérbetegek százalékos arányának emelkedése. A neurológiai, lelki és daganatos megbetegedéseknél nincs szignifikáns

eltérés a két minta között, az azonban elmondható, hogy a lelki betegségben szenvedők aránya magasabb lett, 2,5%-ról 3,8%-ra emelkedett.

14. sz. ábra: Krónikus betegségek szervrendszer szerinti megoszlása a két mintában (%)



Az egészségi állapot önértékelését egy négyfokozatú (1=kiváló, 2=jó, 3=megfelelő, 4=rossz) skálán vizsgálva, elmondható, hogy a második felmérés során szignifikánsan rosszabbnak ($p=0,019$) ítélték meg egészségi állapotukat a válaszadók. Míg a 2003-as vizsgálatban a leggyakoribb válasz a „jó” volt (52,7%), addig a 2010-es vizsgálatban a „jó”, illetve a „megfelelő” válaszok fordultak elő a leggyakrabban (43,9%, illetve 46,3%). A válaszadók 2,6%-a jelölte egészségi állapotát rossznak 2010-ben, 2,3%-a 2003-ban.

Jelentősen ($p < 0,001$) emelkedett a rendszeresen gyógyszert szedők aránya is. Míg az első vizsgálat idején a válaszadók 23,9%-a szedett rendszeresen átlagosan két fajta gyógyszert idült betegségeire, addig 2010-ben ez az arány 35,5% (átlagosan két gyógyszer/fő). A nyugtató szedése nem változott jelentősen az első vizsgálathoz képest ($p=0,725$), mindkét felmérésben a válaszadók csupán 1,3%-a jelezte rendszeres szedését. Az altató szedésben sem mutatkozott jelentős eltérés ($p=0,298$), bár a 2003-as 0,1%-ról 0,5%-ra emelkedett a rendszeres szedést megjelölők aránya.

A korábbi vizsgálathoz képest jelentősen ($p=0,004$) csökkent a táppénzes napok száma átlag 5,1 napról 3,25 napra. 2003-ban a válaszadók 71%-a, 2010-ben 79,1%-a nem volt táppénzen egyetlen napot sem.

A kérdőív kitöltése előtti egy hónapra vonatkozó kérdések elemzése után elmondható, hogy a második vizsgálatban szignifikánsan gyakrabban jeleztek a válaszadók fejfájást vagy migrént ($p=0,039$), alvási problémákat ($p<0,001$), hogy nehezükre esett hozzákezdeni valamihez ($p=0,001$), hátfájást ($p<0,001$), és a munkába való belefáradást ($p=0,004$). A kimerültségben ($p=0,056$) és a lehangoltságban ($p=0,073$) nem mutatkozott jelentős eltérés.

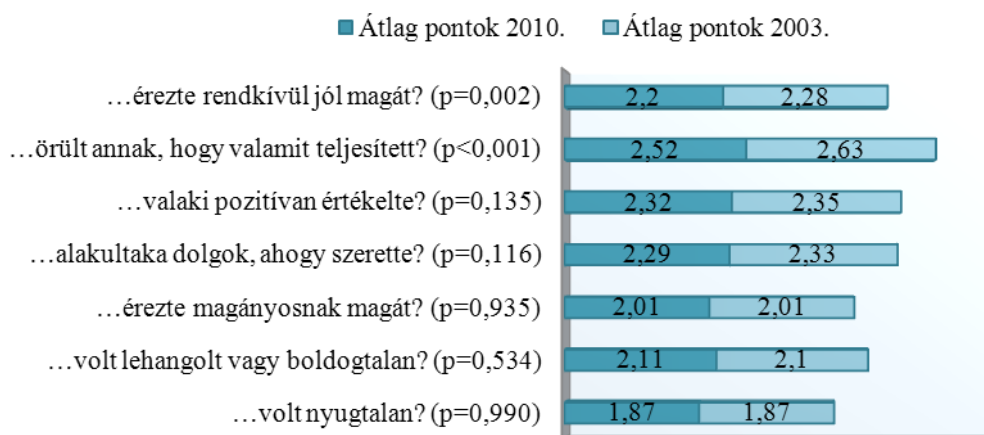
7.2.6. Ápolók jól-létének és az azt befolyásoló tényezők összehasonlítása

Az ápolók jól-létének jellemzésére well-being skálát alkalmaztunk, mely egy négy itemet tartalmazó pozitív, illetve egy három itemet tartalmazó negatív jól-lét alskálából áll. Az egyes szempontokat háromfokozatú skálán (1=soha, 2=ritkán, 3=gyakran) lehetett jellemezni, ebből következően a pozitív jól-léti skálán mért érték 4 és 12 közötti, míg a negatív jól-léti skálán mért érték 3 és 9 közötti.

Első hipotézis: Feltételezésem szerint az ápolók jól-léte alacsonyabb szintet mutat az előző vizsgálathoz képest.

Ezen a skálán csupán a pozitív jól-lét két állításában mutatkozott szignifikáns eltérés. A válaszadók jelentősen ritkábban érezték rendkívül jól magukat a vizsgálatot megelőző egy hónapban ($p=0,002$), és egyre kevésbé örültek annak, hogy valamit teljesítettek ($p<0,001$), mint az első felmérés idején. Ezeknél a kérdéseknél a 2003-as átlagpontszám szignifikánsan magasabb volt a 2010-es értékhez képest. (15. sz. ábra)

15. sz. ábra: A jól-lét kérdéseinek összehasonlítása a két mintában



Mind a Cronbach-alfa értéke (0,758; 0,755), mind a KMO mutató értéke (0,761; 0,669) alátámasztja a jól-léti alskálák alkalmazhatóságát. Továbbá, az item-skála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll a skálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és a skála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám mind a pozitív, mind a negatív alskálán erősebb pozitív, illetve negatív jól-lét érzetet jelent. (19-20. sz. táblázat; 2. sz. melléklet) A kapott KMO, Cronbach-alfa, és korreláció értékek maximum egy tizeddel különböznek az előző vizsgálathoz képest.

Felmerül a kérdés a pozitív, illetve negatív skálakon mért értékek között szignifikáns különbség van-e, illetve a két vizsgálat eredménye szignifikáns különbséget mutat-e. A negatív, illetve pozitív jól-léti skálán mért értékeket a két időszak között független, míg azonos időszakon belül párosított T-próbával jellemezhetjük.

A pozitív jól-léti skála átlagpontszáma az előző vizsgálat 9,59 értékéhez képest 0,26-nyival alacsonyabb, mely szignifikánsnak tekinthető ($p=0,035$), ezzel szemben a negatív jól-léti skála átlagpontszáma a mintában 5,97 értékről 5,99 értékre emelkedést mutat, azonban ez a növekmény nem tekinthető szignifikánsnak ($p=0,782$). (21. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

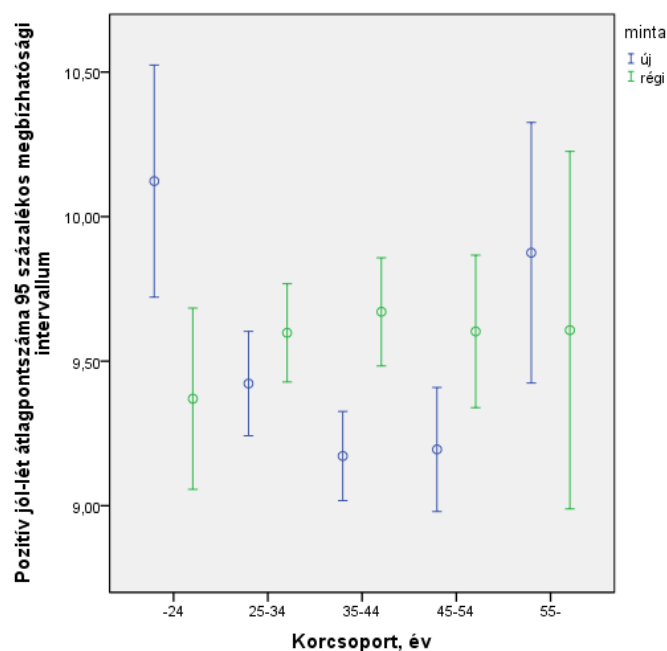
Azonos időszakokat vizsgálva a pozitív és negatív skála pontszámai között szignifikáns ($p<0,001$) fordított gyenge korrelációs kapcsolatot találtunk ($r=-0,353$, $r=-0,357$). A skálapontszámok összehasonlítása végett a skálák különböző item száma miatt az átlagpontszámot itemenkénti átlagra kell átszámolni és összehasonlítani, ez gyakorlatilag a skálaátlagok itemszámmal való osztását jelenti. Ez alapján elmondható, hogy mindkét felmérésben a pozitív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma (2010: átlag: 9,33, szórás: 1,61; 2003: átlag: 9,59, szórás: 1,62) szignifikánsan magasabb (mindkét esetben: $p<0,001$), mint a negatív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma (2010: átlag: 5,99, szórás: 1,67; 2003: átlag: 5,97, szórás: 1,48).

Ezen eredményekkel részben igazolható első hipotézisem.

A jól-léti skálák átlagpontszámát sem a kórházban töltött idő, sem az iskolai végzettség nem tipizálja, azaz a különböző csoportok között nem tudunk szignifikáns különbséget tenni.

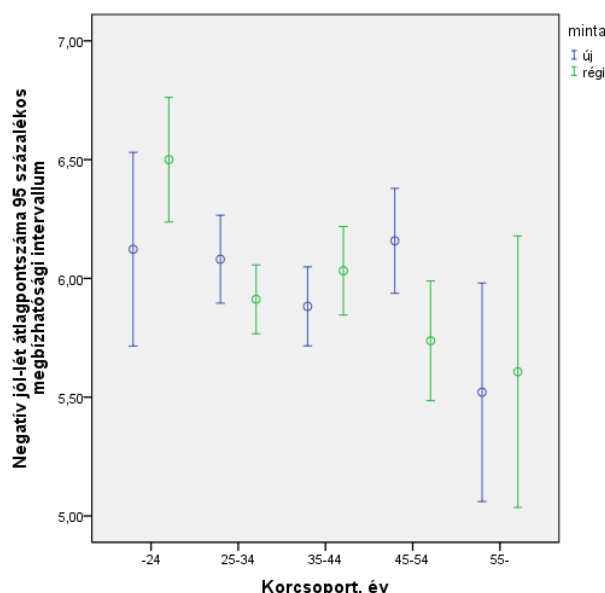
A korcsoportok és a jól-lét kapcsolatát vizsgálva az előző felmérésben nem mutatkozott szignifikáns eltérés a korcsoportok között a pozitív jól-léti skála átlagpontszámát tekintve. Ezzel szemben a 2010-es felmérésben a 25 évnél fiatalabbak pozitív jól-lét pontszámának átlaga szignifikánsan magasabb, a 25-54 év közöttiekhez képest, továbbá az 54 évnél idősebbek pozitív jól-lét pontszámának átlaga szignifikánsan magasabb, a 35-54 év közöttiekhez képest. A 2010-es felmérésben a 25 évnél fiatalabb korcsoportban a pozitív jól-lét átlagpontszáma szignifikánsan magasabb a 2003-as méréshez képest, míg a 35-44 éves korcsoportban szignifikánsan alacsonyabb a pozitív jól-lét átlagpontszáma a 2010-es felmérésben a korábbihoz képest. A többi korcsoportban nem találtunk szignifikáns eltérést a két felmérés között. (16. sz. ábra)

16. sz. ábra: A pozitív jól-lét átlagpontszámainak összehasonlítása a két mintában korcsoportonként



A negatív jól-léti skála korcsoporton belüli átlagpontszámai szignifikánsan nem különböznek a két felmérés között. Míg a korcsoportok között a 2010-es felmérésben nem találtunk szignifikáns különbséget, addig a 2003-as felmérésben az 54 évnél idősebbek negatív jól-léti pontszámának átlaga szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a 25 év alattiaké. (17. sz. ábra)

**17. sz. ábra: A negatív jól-lét átlagpontszámainak összehasonlítása a két mintában
korcsoportonként**



Az igénybevétel és a jól-lét skálák pontszámait vizsgálva szignifikáns kapcsolatot találtunk. A nagyobb igénybevétel szignifikánsan ($p < 0,001$) alacsonyabb pozitív jól-lét érzetet ($r = -0,298$), míg szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabb negatív jól-lét érzetet kelt ($r = 0,231$). (22. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Az önállóság mértéke és a jól-lét skálák pontszámait vizsgálva szignifikáns kapcsolatot találtunk. A nagyobb kontroll, azaz a munkakörülményekbe való beleszólás több lehetősége szignifikánsan magasabb pozitív jól-lét érzetet (control 1. szubskála: $p = 0,002$, $r = 0,093$; control 2. szubskála: $p < 0,001$, $r = 0,186$), míg szignifikánsan alacsonyabb (control 1. szubskála: $p = 0,001$, $r = -0,103$; control 2. szubskála: $p < 0,001$, $r = -0,127$) negatív jól-lét érzetet kelt. (23. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A támogatás mértéke és a jól-lét skálák pontszámait vizsgálva szignifikáns kapcsolat volt kimutatható. A nagyobb támogatás szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabb pozitív jól-lét érzetet (support 1. szubskála: $r = 0,235$; support 2. szubskála: $r = 0,162$), míg szignifikánsan alacsonyabb (support 1. szubskála: $p < 0,001$, $r = -0,137$; support 2. szubskála: $p = 0,009$, $r = -0,081$) negatív jól-lét érzetet kelt. (24. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Igen érdekes a munkahelyi stressz és az ápolók jól-létének vizsgálata. Az egyik leggyakoribb stresszforrás a kontroll hiánya, amikor a beosztottnak nincs joga beleszólni a munkáját érintő döntésekbe, illetve a magas munkahelyi igénybevétel.

Éppen ezért a válaszadókat csoportosítani kell az igénybevétel és a kontroll mértéke alapján. Lerner és társai (1994) az igénybevétel és a kontroll esetében is két fokozatot: alacsony illetve magas mértéket alakítottak ki. Eljárásuk szerint, ha az igénybevétel pontszáma magasabb a mediánnál, akkor magas, ellenkező esetben alacsony igénybevételről beszélünk. Ehhez hasonlóan, ha a kontroll pontszáma magasabb a mediánnál, akkor magas, ellenkező esetben alacsony kontrollról beszélünk (Lerner és mtsai. 1994).

Ahhoz azonban, hogy a két vizsgálat eredményét összehasonlíthassuk, szükséges, hogy a két mintában ugyanazon érték alapján alakítsuk ki a kontroll és az igénybevétel szintjeit. Mivel a kontroll skála mediánja mindkét mintában 35, így a kontroll magas szintjét a kontroll skála 35 feletti pontszámai jelentik. Az igénybevétel skála esetén a mediánok nem azonosak (2003: 49,0; 2010: 48,0), így támpontul a két medián átlagához viszonyítunk, azaz az igénybevétel magas szintjét az igénybevétel skála 48,5 feletti pontszámai jelentik.

Második hipotézis: Feltételezem, hogy a 2003-ban végzett D-C-S modell vizsgálati eredményei alapján elkülönített csoportok összetételében változás állt be, nevezetesen még több ápoló került a magas feszültségű csoportba.

Az elvégzett χ^2 -próba alapján elmondható, hogy mindkét mintában szignifikáns kapcsolat mutatkozik a kontroll és az igénybevétel szintje között (mindkét minta esetén $p < 0,001$).

A 2010-es mintában az alacsonyabb kontrollúak 57,1%-a alacsonyabb igénybevételű, 42,9%-a magasabb igénybevételű, míg a magasabb kontrollúak 45,7%-a alacsonyabb igénybevételű, 54,3%-a magasabb igénybevételű.

Az új mintában az alacsonyabb igénybevételűek 50,2%-a alacsonyabb kontrollú, 49,8%-a magasabb kontrollú, míg a magasabb igénybevételűek 39%-a alacsonyabb kontrollú, 61%-a magasabb igénybevételű. A réginél hasonló eredményeket találunk. Ez annyit tesz, hogy mindkét mintában az alacsonyabb kontroll alacsonyabb igénybevétellel, a magasabb kontroll pedig magasabb igénybevétellel jár együtt, és fordítva. (25. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A Karasek által felállított munka feszültség modell négy csoportjában az alábbi eltérések figyelhetők meg a két vizsgálati év eredményei között:

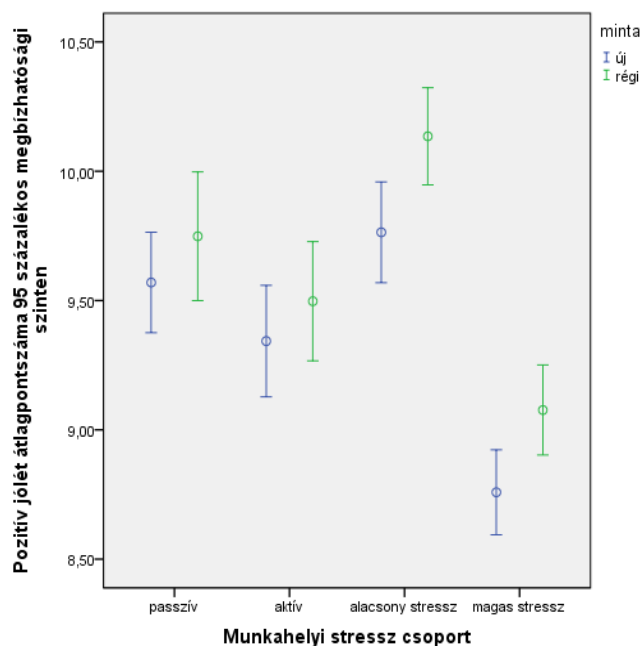
- Passzív munka (alacsony igénybevétel és alacsony ellenőrzés jellemzi): a 2010-es felmérésben a válaszadók 25,5%-a tartozott ebbe a csoportba, míg a korábbi vizsgálat résztvevői közül 28,3%, mely 2,8 százalékpontos csökkenést mutat az első felméréshez képest.
- Aktív munka (magas igénybevétel, magas ellenőrzés): A 2010-es felmérésben a válaszadók 30,1%-a tartozott ebbe a csoportba, míg 2003-ban 31,3%-a, mely 1,2 százalékpontos csökkenést mutat.
- Alacsony feszültségű munka (alacsony igénybevétel, magas ellenőrzés): 2010-ben a válaszadók 25,3%-a tartozott ebbe a csoportba, míg az első felmérés idején a válaszadók csupán 19,1%-a, mely 6,2 százalékpontos emelkedést mutat 2003-hoz képest.
- Magas feszültségű munka (magas igénybevétel, alacsony ellenőrzés): A második felmérés idején a válaszadók 19,2%-a, míg az első felmérésben válaszolók 21,3%-a tartozott ebbe a csoportba, mely 2,1 százalékpontos csökkenést mutat az első vizsgálat eredményéhez képest. (26. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Mivel 1000 elemnél az arányok hibahatára megközelítőleg 3 százalékpont, így, ahol a különbség 3 százalékpontnál nagyobb a régi és az új arány között, ott van szignifikáns változás. Ez pedig csak a magas kontroll-alacsony igénybevétel párra igaz. A többinél az, hogy nincs jelentős (3 százalékpontnál nagyobb) különbség, arra utal, hogy minden csoportból kerültek át ide.

A fent ismertetett eredmények alapján nem nyert igazolást második hipotézisem.

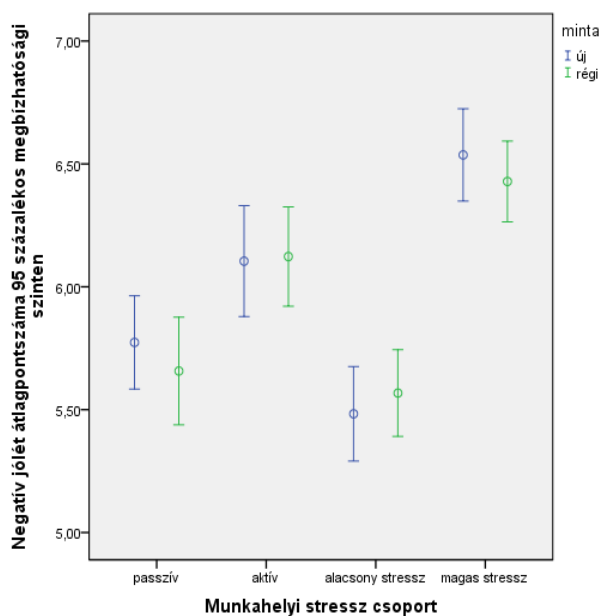
A pozitív jól-lét skála átlagpontszámai mind az aktív, mind a passzív, mind az alacsony, illetve magas stressznek kitettek csoportjában alacsonyabbak voltak 2010-ben 2003-hoz képest, azonban ezek az eltérések nem tekinthetők szignifikánsnak. Továbbá megállapítható, hogy a pozitív jól-lét átlagpontszámai mindkét időszakban szignifikánsan alacsonyabbak a magas stressznek kitett csoportban a másik három csoporthoz képest, melyek között nem tehetünk szignifikáns különbséget a pozitív jól-léti skála átlagpontszáma alapján. (18. sz. ábra)

18. sz. ábra: Pozitív jól-lét átlagpontszámainak összefüggése a munkahelyi stressz csoportokkal



A negatív jól-léti skála átlagpontszámai csoportokon belül szignifikánsan nem különböznek a két felmérés alapján. Továbbá megállapítható, hogy a negatív jól-lét átlagpontszámai mindkét időszakban szignifikánsan magasabbak a magas stressznek kitett csoportban az alacsony stressznek kitett csoporthoz képest. (19. sz. ábra)

19. sz. ábra: Negatív jól-lét átlagpontszámainak összefüggése a munkahelyi stressz csoportokkal



7.3. Elmúlt években, az egészségügyben történt változások megélése

Vizsgálatunkban új elemként az egészségügyben történt változások megélését, illetve a D-C-S és jól-léti skálák kapcsolatát is elemeztük. Az alábbiakban a két vizsgálat között eltelt időben vizsgáltuk, hogy milyen változások történtek a válaszadók munkahelyi életében, féltek/félnek-e a munkahely elvesztésétől, illetve hogy milyen gondot, bizonytalanságot eredményező történések nehezítették meg a dolgozók mindennapjait.

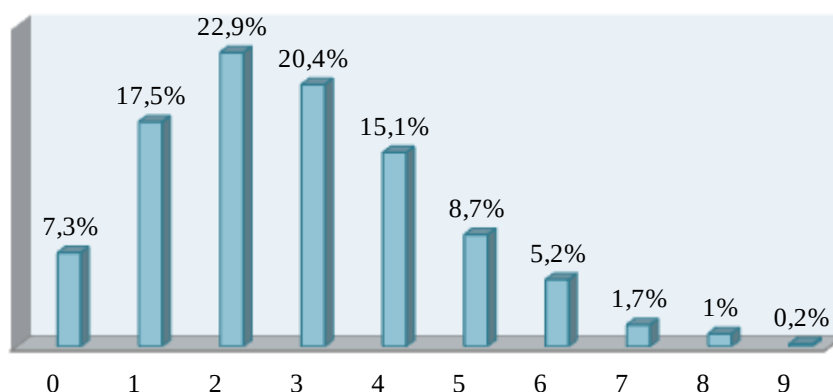
7.3.1. Változások, és azok megélése az egészségügyben, 2010.

A válaszadók 64,6%-nak az egészségügy átszervezése érintette a munkahelyét.

A 6.2. kérdésben felsorolt változások között mind pozitív, mind negatív események is szerepeltek (több válasz is bejelölhető volt, és szerepelt az „egyéb” alternatíva is). Negatív eseményeknek azokat tekintettük, melyek a szakirodalom szerint csökkentik a munkaelégedettséget. A kérdések között három pozitív esemény szerepelt: „Nőtt a fizetésem”, „Előléptettek”, „Könnyebb lett a munkám”. A válaszadók 93,7%-a állítása szerint nem élt meg pozitív változást, míg 5,9%-a egy, 0,4%-a pedig két pozitív változást élt meg. 2,4% jelzett fizetés emelkedést, 2,3% jelezte, hogy könnyebbé vált a munkája, 2% (21 fő) jelzett előléptetést.

Ezzel szemben egy válaszadó átlagosan 2,8 negatív eseményt jelölt meg átélt változásként. A válaszadók közül mindösszesen 7,3% azok aránya, akik nem éltek meg negatív eseményt az elmúlt években, továbbá a válaszadók 8,1%-a 6-9 negatív eseményt is átélt. A megkérdezettek leggyakrabban 2-3 negatív eseményt jelöltek meg (43,3%). (20. sz. ábra)

20. sz. ábra: A megkérdezettek megoszlása az átélt negatív események száma szerint (n=1048)



A munkahelyen átélt negatív változások közül legnagyobb arányban (63,8%) a feszültebb munkahelyi légkört jelölték meg a válaszadók, ezt követi a fizetés csökkenése (52,1%), a munkahelyi vezetőváltás (39,1%), az új eszközök, módszerek bevezetése a munkahelyen (21,6%), a továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételi lehetőségek csökkenése (20,7%), a más osztályra/részlegbe való áthelyezés (15,2%), a több túlóra (14,5%), az egészségi állapot megromlása a munkahelyi feszültség miatt (14,3%), a kedvelt munkatársak elbocsátása (13,7%), a családi kapcsolatok megromlása a munkahelyi feszültség miatt (7,3%), a más munkakörbe történő áthelyezés (5,1%), a nem a legmagasabb végzettségnek megfelelő bérezés (4,5%), a munkahelyről való elbocsátás (3,7%) és a továbbtanulás megakadályozása (3,5%). 0,8% jelezte, hogy leváltották vezetői állásából. Az egyéb alternatívák között 0,1-0,2%-os arányban az alábbi eseményeket sorolták fel a válaszadók: pszichés zavar jelentkezett, sokan külföldre mentek dolgozni, értelmetlen papírmunkát vezettek be, szigorúbb lett a gazdálkodás, más lett az osztály profilja, lemondott a vezetői pozíciójáról, megszűnt a közalkalmazotti jogviszonya, nőtt a munkahelyi terhelés.

A munka elvesztése miatti félelem vizsgálata során a válaszadók 11,6%-a „egyáltalán nem félt” az elmúlt években munkája elvesztésétől, 30%-a „kicsit félt”. A kérdés esetén 25,8% nem gondolt a munka elvesztésére, 25,4% félt, és 7,3% pedig nagyon félt attól, hogy az egészségügyi átszervezések hatására elveszíti a munkáját.

A válaszadók 34,4%-a jelenleg nem is gondol a munkahely elvesztésére. A munka elvesztésétől félők aránya 19,7%, míg a „nagyon fél” alternatívát a válaszadók 3,4%-a jelölte meg. 16,2% „egyáltalán nem fél”, 26,4% pedig csak „kicsit félt” a felmérés időpontjában munkája elvesztésétől. A munkahely elvesztésétől való korábbi és jelenlegi félelem szintje között pozitív irányú erős korrelációs kapcsolat ($r=0,699$) áll fent, tehát ha valaki korábban jobban félt a munkahely elvesztésétől, akkor az a kérdőív kitöltésének időpontjában is jobban félt tőle ($p<0,001$).

Az elmúlt évek folyamán a jövedelem csökkenésétől való félelem okozott leginkább gondot, problémát a válaszadó ápolók körében, ötfokú skálán a változó átlagos értékelése 3,8 pont. Az állítás esetén a „sokat” válaszlehetőséget megjelölők aránya 36,6%, a „rendkívül sokat” alternatívát választók aránya pedig 27,7%. A más

osztályra/részlegbe való áthelyezés is jelentős stresszforrásként szerepelt a válaszadók körében, 14,6% jelölte, hogy „sok”, és 3,4%, hogy „rendkívül sok” problémát okozott ezen tényező számára. A válaszadók 13%-nak okozott „sok”, vagy „rendkívül sok” problémát a munkatársak elvesztésétől való félelem. Legkevésbé okozott gondot, hogy nem tudtak elmenni továbbképzésekre (átlag 1,83 pont) az előléptetési lehetőségek korlátozottsága (átlag 1,67 pont), illetve az, hogy a válaszadók nem tudtak újabb, magasabb végzettséget szerezni (átlag 1,71 pont). A „nem tudott elmenni továbbképzésekre” válaszlehetőség esetében a válaszolók 43,5%-nak semmiféle problémát nem okozott ez a korlát, és 34,8%-nak csak „keveset”. Az előléptetési lehetőségek korlátozottsága esetén a „semmit” válaszlehetőséget megjelölők aránya 51,9%, a „keveset” alternatívát pedig a válaszadók 31,8%-a jelölte meg. Az elmúlt években nem tudott újabb, magasabb végzettséget szerezni állítás esetén a „semmit” alternatívát választók aránya 54,9%. *(27. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)*

A válaszadók 65,9%-ának megítélése szerint a vizsgálatot megelőző 4-5 évben a fizetése, anyagi helyzete romlott, 20,1% szerint a munkatársakkal való kapcsolat javult, 18,3% szerint a felettesekkel való kapcsolat javult, 15,8% szerint az orvosokkal való kapcsolat javult, és 15,9% szerint a betegekkel való kapcsolat javult. Érdeemes megemlíteni, hogy mindegyik állítás esetén a „nem változott” alternatívát megjelölők aránya a legmagasabb, a lelkiállapothoz kapcsolódó változót kivéve. A változó esetén ugyanis a válaszadók többsége (50,3%) szerint az utóbbi 4-5 évben a lelkiállapotuk romlott. Az intézményen belüli kommunikáció romlásáról a válaszadók 18,8%-a számolt be, míg 13,4% szerint javult. *(28. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)*

A válaszadók 49,0%-a szerint a jövőben a fizetés, anyagi helyzet romlani fog, 41,5% szerint pedig nem fog változni. 22,8% szerint a jövőben a munkatársakkal való kapcsolat, 15,8% szerint a felettesekkel való kapcsolat, 13,7% szerint az orvosokkal való kapcsolat, 17,2% szerint a betegekkel való kapcsolat, 19,3% szerint az intézményen belüli kommunikáció javulni fog. Viszont a válaszadók 33,9%-a jósolja a lelkiállapot további romlását a jövőben is. Mindegyik állítás esetén a „nem fog változni” alternatívát megjelölők aránya volt a legmagasabb a fizetés, anyagi helyzet változót kivéve. *(29. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)*

A 6.8. kérdés egy teljesen nyitott kérdés volt („Volt-e valami, amitől nagyon tartott az egészségügy átszervezése kapcsán, de nem következett be?”), melyre a válaszadók szabadon válaszolhattak. 84,7% nem írt semmit a kipontozott vonalra, 8,5% a létszámleépítéstől, 2,0% a fizetés, anyagi helyzet romlásától, 1,8% az osztály bezárásától, 1,3% pedig az intézmény bezárásától tartott az egészségügy átszervezése kapcsán. 0,1% tartott a kórház privatizációjától, 0,2% a szakképesítés leértékelésétől, 0,5% a licence vizsga bevezetésétől, és 0,9% a más osztályra, részlegbe történő áthelyezéstől.

Ha összehasonlítjuk az egészségügyi átszervezés által érintetteket, illetve nem érintetteket a múlt, illetve a jelen megélésére, illetve a jövőre vonatkozó elképzelések terén, független kétmintás T-teszt alapján elmondhatjuk, hogy, hogy általánosságban az átszervezést átéltek szignifikánsan negatívabb értékítéletet adnak, mint azok, akik nem éltek meg az átszervezést.

A 6.5. kérdés vizsgálata során elmondható, hogy a munkatársak elvesztésétől ($p < 0,001$), a másik osztályra/részlegbe történő áthelyezéstől ($p = 0,001$), a jövedelemcsökkenéstől ($p < 0,001$) való félelem, valamint hogy nem tudott elmenni továbbképzésekre ($p = 0,009$) szignifikánsan nagyobb gondot, problémát okozott az átszervezés által érintettek körében. Az előléptetési lehetőségek korlátozottsága ($p = 0,267$) és a magasabb végzettség megszerzésében való gátoltság ($p = 0,316$) tekintetében nem mutatkozott jelentős eltérés.

A 6.6. kérdés esetében, mely a vizsgálatot megelőző 4-5 év megítélését vizsgálta különböző kérdéskörökben, négy alkérdésben mutatkozott jelentős eltérés az egészségügy átszervezését átélők és át nem élők tekintetében. Az átszervezést átélők szignifikánsan gyakrabban számoltak be az anyagi helyzet ($p < 0,001$), a felettesekkel való kapcsolat ($p = 0,020$), a lelkiállapot ($p < 0,001$) és az intézményen belüli kommunikáció ($p = 0,004$) romlásáról. A munkatársakkal ($p = 0,066$), az orvosokkal ($p = 0,106$), és a betegekkel ($p = 0,138$) való kapcsolat tekintetében nem mutatkozott jelentős eltérés.

A 6.7. kérdés tekintetében, mely az előbbi változók jövőbeli megítélését vizsgálta, két kérdésben mutatkozott jelentős eltérés. Az egészségügy átszervezést átélők gyakrabban jósolták a lelkiállapot ($p = 0,003$) és az intézményen belüli kommunikáció ($p = 0,028$) jövőbeni romlását. A fizetés, anyagi helyzet ($p = 0,166$), a munkatársakkal

($p=0,491$), a felettesekkel ($p=0,078$), az orvosokkal ($p=0,379$), és a betegekkel ($p=0,138$) való kapcsolat vizsgálata során nem találtunk jelentős eltérést.

Ugyancsak független kétmintás T-teszttel vizsgáltuk az átszervezés kapcsán negatív eseményeket átélőket, és az azt át nem élőket a múlt, illetve a jelen megélésére, illetve a jövőre vonatkozó elképzelések vonatkozásában. A negatív eseményeket átélők korábban is ($p<0,001$), és a kérdőív kitöltésének időpontjában is ($p=0,014$) szignifikánsan jobban féltek munkájuk elvesztésétől, mint a negatív eseményt át nem élők.

A 6.5. kérdés elemzése során elmondható, hogy a munkahelyükön negatív eseményeket átélők körében szignifikánsan több gondot, problémát okozott a munkatársak elvesztésétől ($p<0,001$), a más osztályra/részlegbe való áthelyezéstől ($p=0,001$), és a jövedelem-csökkenéstől ($p<0,001$) való félelem, valamint az, hogy nem tudtak elmenni továbbképzésekre ($p=0,007$). A másik két változó tekintetében nem találtunk jelentős eltérést (előléptetési lehetőségek korlátozottsága: $p=0,258$, nem tudott továbbtanulni: $p=0,300$).

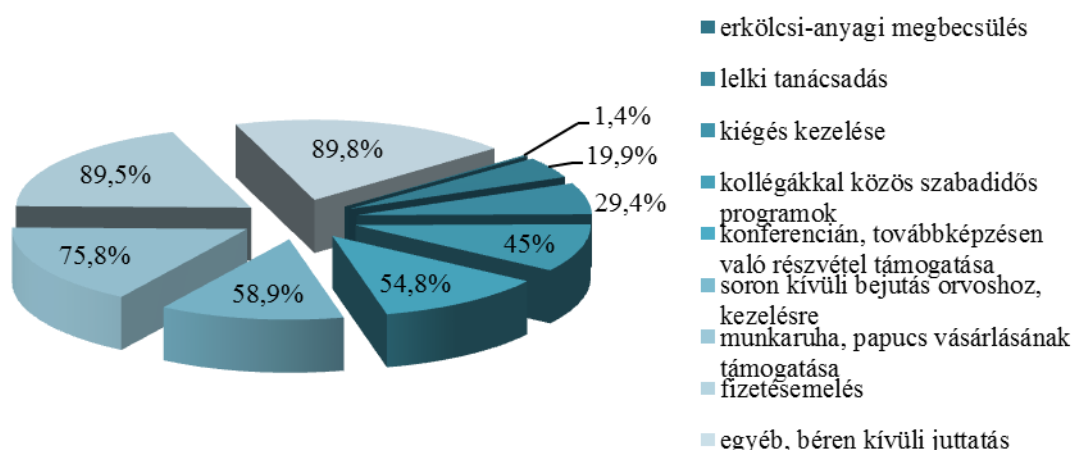
A kérdőív kitöltését megelőző 4-5 év változásait vizsgálva (6.6. kérdés) négy kérdésben mutatkozott jelentős eltérés. A negatív munkahelyi eseményeket átélők szignifikánsan gyakrabban számoltak be a fizetés, anyagi helyzet ($p<0,001$), a betegekkel való kapcsolat ($p=0,009$), a lelkiállapot ($p<0,001$), és az intézményen belüli kommunikáció ($p=0,021$) romlásáról. Nem mutatkozott jelentős eltérés a munkatársakkal ($p=0,241$), a felettesekkel ($p=0,210$), és az orvosokkal ($p=0,290$) való kapcsolat megítélésében.

A 6.7. kérdés elemzése során a negatív eseményeket átélők szignifikánsan gyakrabban ($p=0,047$) jósolták a betegekkel való kapcsolat további romlását. A többi kérdés vizsgálata során nem találtunk jelentős eltérést a két csoport között: fizetés, anyagi helyzet ($p=0,494$), munkatársakkal ($p=0,060$), felettesekkel ($p=0,096$), orvosokkal ($p=0,124$) való kapcsolat, lelkiállapot ($p=0,067$), intézményen belüli kommunikáció ($p=0,805$).

A válaszadók 83,4%-a (873 fő) vár valamilyen segítségre, támogatásra a munkahelyén. Az erre a kérdésre igennel válaszoló ápolók a segítség jellegét is megjelölhették vagy leírhatták, több alternatívát is megjelölhettek. A támogatás típusok közül a legmagasabb arányú megjelölést (89,8%) az egyéb, béren kívüli

juttatás kapta, melyet a fizetésemelés (89,5%) követ. A munkaruha, papucs vásárlásának támogatását a válaszadók 75,8%-a, a soron kívüli bejutást az orvoshoz, vagy kezelésre alternatívát pedig 58,9%-a jelölte meg. Szerepelt még konferencián, továbbképzéseken való részvétel támogatása, közös szabadidős programok, kiegészítő kezelése, lelki tanácsadás és erkölcsi megbecsülés is. (21. sz. ábra)

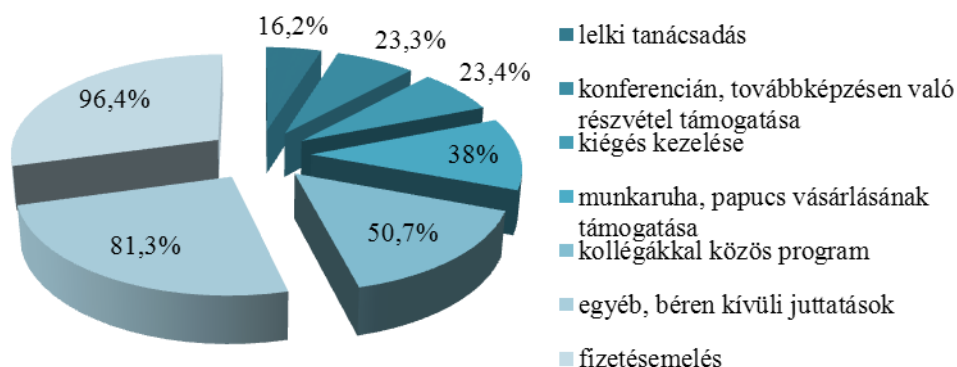
21. sz. ábra: Munkáltatótól elvárt segítség megoszlása a válaszadók körében (n=873)



Megjelöltek még további, munkáltatóval szembeni elvárásokat is 0,2%-os előfordulással: korkedvezményes nyugdíj, ingyenes fogászati ellátás, megfelelő munkahelyi körülmények, továbbtanulás, lakásvásárlás és ebéd támogatása. 0,1%-os előfordulással jeleztek beiskolázási támogatás, egészségpénztár, sportolási lehetőség, fizetési előleg, utazási kedvezmények, megfelelő ápolói létszám iránti igényt.

A következő kérdésben a munkahelyi légkört javító tényezők vizsgálata történt, szintén több válasz megjelölési lehetőséggel. A válaszadók szerint leginkább a fizetésemelés javítaná a munkahelyi légkört, az állítást megjelölők aránya 96,4%, ezt követte az egyéb, béren kívüli juttatások alternatíva 81,3%-os megjelöléssel, illetve a kollégákkal közös programok szervezése 50,7%-os megjelöléssel. 0,6%-os előfordulással megjelölték továbbá a megbecsülést, elismerést, megfelelő számú munkaerőt (0,5%), korkedvezményt és a jobb munkakörülményeket (0,3%), havonta osztályértekezletet és az erkölcsi megbecsülést (0,2%), valamint 0,1%-os megjelölési gyakorisággal a megfelelő eszközöket, jobb kapcsolatot a felettesekkel és a számítógépes dokumentáció bevezetését. (22. sz. ábra)

22. sz. ábra: Munkahelyi légkör javítását szolgáló tényezők megoszlása (n=1048)



A válaszadók 18,1%-a eddigi tapasztalatait figyelembe véve ajánlaná gyermekének, családtagjának, közeli ismerősének az ápolói hivatást. A „nem” választ megjelölők aránya 52,9%, a „lebeszelné róla” alternatívát pedig a válaszadók 29,1%-a választotta.

7.3.2. Egészségügyi átalakulás, jól-lét és a munka kapcsolata

A következőkben az egészségügyi rendszer átalakulásának kapcsolatát vizsgáljuk a jól-lét, illetve a D-C-S modell skáláival.

Összehasonlítva az egészségügyi rendszer átalakításában érintetteket és nem érintetteket, az igénybevétel kivételével a két csoport között nem mutatkozik szignifikáns különbség a skálaátlag tekintetében. Az egészségügyi rendszer átalakulását átélők igénybevétele szignifikánsan magasabb ($p=0,003$) az egészségügyi rendszer átalakulását át nem élők köréhez képest. (30. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Ez a magasabb szintű igénybevétel okot ad az egészségügyi rendszer átalakulása, változása által okozott bizonytalanság mértékének meghatározására, mely esetlegesen szignifikáns kapcsolatban állhat a jól-léttel, az igénybevétellel, a kontrollal, illetve a támogatással.

Harmadik hipotézis: Feltételezem, hogy az egészségügyi rendszer átalakulása miatt bizonytalanságérzet alakult ki az ápolókban, mely hatással lehet a jól-lét érzésre, különösen a negatív jól-lét érzésre fejt ki hatását.

Az egészségügyi átalakulás megélése, illetve nem élése nem jelentett szignifikáns különbséget az előrelépési lehetőségek megítélésében. A megélt bizonytalanságérzetet faktor analízissel két, 3-3 itemű – ötfokozatú – alskálával: az előrelépési- korlát által (belülről fakadó bizonytalanság: előrelépési lehetőségek korlátozottsága, nem tudott elmenni továbbképzésekre, nem tudott magasabb végzettséget szerezni), illetve a munkahelyi környezet által okozott bizonytalanság (külső okok miatt bekövetkező bizonytalanság: munkatársak elvesztésétől, más osztályra/részlegbe helyezéstől és jövedelem-csökkenéstől való félelem) érzettel lehet jellemezni. Mind a Cronbach-alfa értéke (0,630; 0,776), mind a KMO mutató értéke (0,614; 0,696) alátámasztja a bizonytalanságérzet alskálák alkalmazhatóságát. Továbbá, az item-skála kapcsolatot jellemző korrelációs együtthatók értéke alapján elmondható, hogy mindegyik kérdés szoros kapcsolatban áll a skálával, továbbá a korrelációs együtthatók előjele alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes itemek és a skála között pozitív irányú kapcsolat van, azaz a magasabb alskála pontszám magasabb bizonytalanságérzetet jelent. (31-32 sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A bizonytalanságérzet és alskálái a megélt negatív események számával szignifikáns, pozitív irányú gyenge kapcsolatot mutatnak, azaz minél több negatív eseményt élt meg valaki az egészségügyi rendszer átalakításával kapcsolatosan, annál magasabb a bizonytalanság érzete, mind a környezet ($p < 0,001$), mind az előrelépési lehetőségek tekintetében ($p < 0,001$).

Az igénybevétel magasabb mértéke szignifikáns ($p < 0,001$), pozitív kapcsolatban áll a bizonytalanság, illetve a megélt negatív események számával, azaz magasabb igénybevétel magasabb bizonytalanságérzettel párosul.

Magasabb kontroll ($p = 0,026$), illetve támogatási mérték ($p = 0,002$) szignifikánsan alacsonyabb előrelépési-korlát okozta bizonytalansággal, illetve megélt negatív eseményszámmal ($p < 0,001$; $p = 0,001$) párosul.

A negatív jól-lét magasabb mértéke szignifikáns, pozitív kapcsolatban áll a bizonytalanság ($p < 0,001$), illetve a megélt negatív események számával ($p < 0,001$), azaz magasabb negatív jól-lét magasabb bizonytalanságérzettel párosul, míg a magasabb pozitív jól-lét szignifikánsan ($p < 0,001$) alacsonyabb bizonytalanságérzettel párosul. Minél több negatív életeseményt élt meg valaki a munkahelyén, annál magasabb a bizonytalanság érzete, és annál inkább fokozódik a negatív jól-lét érzése is. (33. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Ezen eredmények alapján harmadik hipotézisem igazolódott.

A pozitív, illetve a negatív jól-lét szintjét megvizsgáltuk az igénybevétel, a kontroll és a támogatás függvényében, illetve megvizsgáltuk a bizonytalanság jól-létre gyakorolt hatását is.

Az első modellben – melyben a bizonytalanság még nem szerepel – az igénybevétel, kontroll és a támogatás együttesen szignifikáns ($p < 0,001$) kapcsolatban áll a pozitív jól-lét szintjével. Mindhárom tényező szignifikáns hatással van a pozitív jól-létre (igénybevétel: $p < 0,001$; ellenőrzés: $p = 0,002$; támogatás: $p < 0,001$). A modell magyarázóereje 13,1%, mely nem tekinthető magasnak. A magyarázó erő – standardizált béták és a függőváltozóval való korrelációs együtthatók szorzataként előálló – felbontása alapján megállapíthatjuk, hogy a modellben a magyarázó erőhöz legnagyobb mértékben (8,2%) az igénybevétel járul hozzá, míg legkisebb súlya a kontrollnak van (1,8%). (34. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A második modellben az igénybevétel, a kontroll és a támogatás mellett a bizonytalanságot is magyarázó változóként szerepeltetjük. Ebben a modellben az igénybevétel, a kontroll, a támogatás és a bizonytalanság együttesen szignifikáns ($p < 0,001$) kapcsolatban áll a pozitív jól-lét szintjével. Mind a négy tényező szignifikáns hatással van a pozitív jól-létre (igénybevétel: $p < 0,001$; ellenőrzés: $p = 0,003$; támogatás: $p < 0,001$; bizonytalanság: $p = 0,003$). A modell magyarázóereje 13,81%, mely ugyancsak nem tekinthető magasnak. Különböző dimenziójú modellek magyarázó erejét a korrigált magyarázó erők (korrigált R-négyzet) alapján hasonlíthatjuk össze. Mivel a 2. modell korrigált magyarázó ereje (13,5%) magasabb, mint az 1. modellé (12,8%), így a 2. modellt célszerűbb statisztikai szempontból alkalmazni. A magyarázó erő – standardizált béták és a függőváltozóval való korrelációs együtthatók szorzataként előálló – felbontása alapján megállapíthatjuk, hogy a modellben a magyarázóerőhöz legnagyobb mértékben (7,5%) továbbra is az igénybevétel járul hozzá, azonban a bizonytalanság modellben való szerepeltetése is szignifikáns ($p = 0,003$) hozzáadott értékkel rendelkezik (1,4%). (35. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A harmadik és negyedik modellel a negatív jól-létet vizsgáljuk. A harmadik modellben – melyben a bizonytalanság még nem szerepel – az igénybevétel, a kontroll és a támogatás együttesen szignifikáns ($p < 0,001$) kapcsolatban áll a negatív jól-lét szintjével. Az igénybevétel és a kontroll szignifikáns (igénybevétel: $p < 0,001$; ellenőrzés: $p = 0,009$) hatással van a negatív jól-létre, azonban a támogatásról ez nem

mondható el ($p=0,426$). A modell magyarázóereje 7,7%, mely nem tekinthető magasnak. A magyarázó erő – standardizált béták és a függőváltozóval való korrelációs együtthatók szorzataként előálló – felbontása alapján megállapíthatjuk, hogy a modellben a magyarázóerőhöz legnagyobb mértékben (6,2%) az igénybevétel járul hozzá. (36. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A negyedik modellben az igénybevétel, a kontroll és a támogatás mellett a bizonytalanságot is magyarázó változóként szerepeltetjük. Ebben a modellben az igénybevétel, a kontroll, a támogatás és a bizonytalanság együttesen szignifikáns ($p<0,001$) kapcsolatban áll a negatív jól-lét szintjével. Az igénybevétel ($p<0,001$), a kontroll ($p=0,019$) és a bizonytalanság ($p<0,001$) is szignifikáns hatással van a negatív jól-létre, azonban a támogatásról ez nem mondható el ($p=0,306$). A modell magyarázóereje 10,1%, mely ugyancsak nem tekinthető magasnak. Különböző dimenziójú modellek magyarázó erejét a korrigált magyarázó erők (korrigált R-négyzet) alapján hasonlíthatjuk össze. Mivel a 2. modell korrigált magyarázó ereje (9,7%) magasabb, mint az 1. modellé (7,4%), így a 2. modellt célszerűbb statisztikai szempontból alkalmazni. A magyarázó erő – standardizált béták és a függőváltozóval való korrelációs együtthatók szorzataként előálló – felbontása alapján megállapíthatjuk, hogy a modellben a magyarázó erőhöz legnagyobb mértékben (5,2%) továbbra is az igénybevétel járul hozzá, azonban a bizonytalanság a modellben a második legrelevánsabb tényező a magyarázó erő felbontásában (3,5%). (37. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

Összességében megállapíthatjuk, hogy a jól-lét érzetet a bizonytalanságérzet mértéke is szignifikánsan alakítja, azaz a jól-lét vizsgálatokor a D-C-S modell dimenziói mellett a bizonytalanságot is célszerű a modellben szerepeltetni.

Utolsó lépésként - a bizonytalanság faktor kialakítása után - korreláció analízissel (Spearman-féle rangkorrelációs együttható) elemeztük a jól-lét és az egészségi állapot kapcsolatát.

Negyedik hipotézis: Feltételezésem szerint az ápolók egészségi állapota romlott, valamint a pozitív jól-lét érzetük is nagymértékben csökkent az első vizsgálatához képest.

2003-hoz képest jelentősen ($p<0,001$) alacsonyabb azoknak az aránya, akik semmilyen krónikus betegségben sem szenvednek. Az első felmérésben szereplők 36,4%-nak nem volt krónikus betegsége, a második felmérésben résztvevők körében

ez az arány 18,1%-ra csökkent. Szembetűnő az allergiások, a migréntől szenvedők, az emésztőrendszeri betegséggel küzdők, és a visszérbetegek százalékos arányának emelkedése. Magasabb lett a lelki betegségben szenvedők aránya is, de a növekmény nem szignifikáns ($p=0,101$). A második felmérés során jelentősen ($p=0,019$) rosszabbnak ítélték meg saját egészségi állapotukat a válaszadók, és jelentősen ($p<0,001$) emelkedett a gyógyszer szedők aránya is.

A második vizsgálatban gyakrabban jeleztek a válaszadók fejfájást vagy migrént, alvási problémákat és hátfájást (ld. még 7.2.5. fejezet, 66-68. o.).

A pozitív jól-léti skála átlagpontszámait vizsgálva jelentős ($p=0,035$) csökkenés volt megfigyelhető az első felméréshez képest átlag 9,59 pontról 9,33 pontra (ld. 69. o.).

Mindkét felmérés alapján megvizsgáltuk az egészségi állapot és a jól-lét, valamint a D-C-S modell dimenzióinak kapcsolatát. A 2010-es felmérésben mind az egészségi állapot, mind a betegségek száma szignifikáns gyenge kapcsolatban áll a bizonytalanság, a jól-lét, illetve a D-C-S modell dimenzióival, azaz nagyobb bizonytalanságérzet, igénybevétel, negatív jól-lét rosszabb egészségi állapot megítéléssel, illetve magasabb betegségszámmal, míg magasabb támogatás, kontroll, illetve pozitív jól-lét jobb egészségi állapot megítéléssel, illetve alacsonyabb betegségszámmal jár együtt. Ezzel szemben a 2003-as felmérésben a betegségek száma nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a jól-léttel, illetve a D-C-S dimenziókkal. Az egészségi állapot megítélése a kontroll kivételével szignifikáns kapcsolatot mutatott a jól-léttel, és a D-C-S dimenziókkal. Elmondható tehát, hogy azon ápolónők, akik a bizonytalanság magasabb szintjét érzelték, jelentősen ($p=0,005$) több krónikus betegség meglétéről számoltak be, és a saját egészségi állapotukat is jelentősen ($p=0,012$) rosszabbnak ítélték meg. (38. sz. táblázat; 2. sz. melléklet)

A korrelációk, illetve a betegségek számának növekedésével igazoltam negyedik hipotézisem.

7.4. Kvalitatív eredmények bemutatása

Felmérésem második részét a vizsgálatban szereplő hat kórház ápolási igazgatóival készített mélyinterjú képezte. Az interjúk diktafonos rögzítését az írásbeli rögzítés követte. Az alábbiakban egyszerű szöveges értékeléssel mutatom be az egyes kórházakban bekövetkezett változásokat.

7.4.1. Létszám adatok (felvétel, elbocsátás)

A vizsgált kórházak közül Baja számolt be arról, hogy jelenleg nincs elegendő számú ápoló az intézményben. A többi intézményben a minimum feltételeknek megfelelnek, de 26-60 fő ápoló kellene még a zavartalan betegellátás megteremtéséhez, és különösen szakképzett ápolókra lenne még nagy szükség. Baján és Nyíregyházán jellemző az ápolók elvándorlása más, nem egészségügyi területekre, a többi intézményben régebben volt ez inkább jellemző, ma sokkal jobban megbecsülik az emberek a munkájukat. Különösen 2006-2007, 2009. és 2010-ben volt kiugróan magas az intézményeket elhagyó ápolók száma.

A krónikus, intenzív, pulmonológiai, sebészeti, belgyógyászati, pszichiátriai és onkológiai betegeket ellátó osztályokon lenne még szükség több ápolóra. Székesfehérváron és Nyíregyházán jelezték, hogy évente mintegy 120-130 ápoló érkezik új munkaerőként a kórházba. A többi vizsgálati helyszínen 15-70 közötti számot jelöltek meg, a legkevesebbet Kecskeméten. Baján, Kecskeméten és Nyíregyházán jelezték, hogy csökkenő tendencia volt megfigyelhető az elmúlt években az új dolgozók létszámában, hiszen évről évre egyre kevesebb ápoló végez az iskolákban. Gyulán növekvő tendencia volt megfigyelhető.

Nyíregyházán 2006-tól folyamatosan vannak elbocsátások, 2009-ben bocsátottak el 139 főt a kórházat érintő finanszírozási gondok miatt. Kecskeméten 2005-ben és 2010-ben volt elbocsátás struktúraváltás miatt, Gyulán szintén struktúraváltás miatt és ágyszámleépítés miatt vált szükségessé a létszámleépítés. Baján 2007-ben történt létszámleépítés szintén struktúraváltás miatt.

7.4.2. Változások a kórház életében (vezető váltás, ágyszám változások, osztály bezárás/nyitás, pénzmegvonás)

2003 óta egyedül Gyulán nem volt főigazgató váltás, Baján 2008-ban, Kecskeméten 2005-ben, Nyíregyházán öt alkalommal (2005, 2007, 2008, 2009, 2010-ben) Székesfehérváron háromszor, Szombathelyen pedig 2010-ben.

Ápolási igazgató váltás Szombathelyen 2006-ban, Székesfehérváron egy alkalommal, és Nyíregyházán történt két alkalommal (2005, 2011. januárban pedig már zajlott a pályáztatás).

Gyulán 2007-ben 60-70 ágygal lett kevesebb a struktúra átalakítást követően, Kecskeméten 2010-ben kb. 100 ágy megszüntetése történt, Nyíregyházán és

Székesfehérváron 2007-ben (kb. 100 ágy), és Szombathelyen 190 ágy. Ezek a leépítések nem jártak az ápolói létszám csökkentésével, elbocsátásokkal.

Ágyszámbővítésről Kecskemét és Nyíregyháza számolt be. Kecskeméten csupán néhány ágygal bővült egy-egy osztály. Nyíregyházán a krónikus ágyak számát emelték. Az így keletkezett ápolói szükségletet átcsoportosítással meg tudták oldani.

Kecskeméten a pszichiátriai osztályt zárták be az elmúlt években orvoshiány miatt, de nem kellett ápolót elbocsátani emiatt állásából. 2007-ben Szombathelyen sürgősségi osztályt, Nyíregyházán ápolási osztályt és egy 33 ágyas légzés rehabilitációs osztályt nyitottak. Az így keletkezett létszámszükségletet átcsoportosítással és új dolgozók felvételével oldották meg.

Baja kivételével az összes kórház jelentős pénzmegvonásról számolt be: Szombathelyen 2007-ben, de ez a dolgozókat nem érintette. Székesfehérváron 2009-2010-ben, Nyíregyházán 2006-2007-ben, itt megszorító intézkedéseket vezettek be, mely a rendelkezésre álló eszközök mennyiségének csökkenésében mutatkozott meg. Kecskeméten 2010-ben, Gyulán 2007-2008-ban és 2010-ben, ahol a béren kívüli juttatások és jutalmak megvonása történt jelentős anyagi nehézségeket okozva az ápolóknak.

7.4.3. Fizetés, pótlékok, jutalmazás

A vizsgált kórházakban dolgozó ápolók közül senki nem szenvedett el fizetéscsökkenést az elmúlt években, hiszen mindegyik intézményben a törvényben előírt minimális bért és pótlékokat kapták a dolgozók, egyedül Gyula volt, ahol részesültek plusz pótlékokban a dolgozók, ezt viszont megvonták. Szombathelyen illetmény kiegészítéseket vontak vissza. Mindegyik vizsgálati helyszín próbál rendszeresen, vagy időszakosan plusz juttatásokat adni az ápolóknak. Van, ahol havonta kapnak a betegágy mellett és a műtőben dolgozók plusz pótlékot, máshol időszakosan üdülési csekkel, étkezési utalvánnyal vagy éppen beiskolázási utalvánnyal próbálják segíteni a dolgozókat, illetve Semmelweis Nap alkalmából is adnak át pénzjutalommal járó elismeréseket.

Munkaruhát minden kórházban biztosítanak a dolgozóknak, viszont papucsot egyedül a székesfehérvári kórház biztosít alkalmazottai számára.

Nyíregyházán az étkezési jegyet, Kecskeméten az addig ingyenes havi 10 étkezést, Gyulán pedig minden plusz juttatást visszavontak, amire a törvény nem kötelezi a munkáltatót.

7.4.4. Túlóra, másodállás

Mindegyik kórházban jellemző a túlóra. Van, ahol csak ünnepi túlóráról beszélhetünk (Kecskemét), máshol rendszeres probléma (Nyíregyháza). Nyíregyházán kiemelték, hogy a túlóra mennyisége jelentősen nőtt az elmúlt években a dolgozóhiány miatt, máshol csökkenésről számoltak be. A keletkezett túlórákat többségében kifizetik, de szabadnapban is le lehet csúsztatni. Székesfehérvár kivételével mindenhol emelkedett az utóbbi években a másodállást vállalók aránya egyértelműen az alacsony fizetések miatt. Többségében egészségügyben teszik ezt, gyakran otthonápolási szolgálatnál, de jelentős az egészségügyön kívül másodállást vállalók aránya is.

7.4.5. Szabadidős tevékenység, szabadságolás

A szabadidős tevékenységek tekintetében mindegyik vizsgálati helyszínen igyekeznek színesíteni a kínálatot. Gyógytornász segítségével tornát, aerobik edzéseket, jógát tartanak ingyenesen, vagy jelképes összegért. Karácsonyi ünnepséget, csapatépítő napot, szakmai kirándulásokat, családi napot, farsangi bált szerveznek. Mindenhol lehetőségük van a dolgozóknak minimum két hét egybefüggő szabadságot kivenni. Nyíregyházán romlott a szabadságolási rend a nagy mértékű létszámhiány miatt, itt gyakran kerül sor a szabadságok következő évre való áttolására.

7.4.6. Képzések, továbbképzések

A képzéseket illetően, minden helyszínen engedélyezett a dolgozók továbbtanulása. Azokban az esetekben, amikor a kórháznak érdekében áll a továbbtanulás, szükség van a magasabb vagy újabb képzettség megszerzésére, akkor tanulmányi szerződést kötnek a dolgozóval, és különböző mértékben támogatják anyagilag. Általánosságban elmondható, hogy a tandíj 50-70-100 százalékát támogatja az intézmény, és az egyéb költségekben (utiköltség, szállás) is igyekeznek segítséget nyújtani. Baján, Nyíregyházán és Szombathelyen számoltak be a továbbtanulók számának emelkedéséről, a többi kórházban csökkenés tapasztalható. A továbbképzés mindegyik intézményben helyileg megoldott és térítésmentes a dolgozóknak, tehát nem kell a szükséges kreditpontok megszerzéséért máshová utazniuk. A kongresszusokon való részvétel csak az előadóknak finanszírozott.

7.4.7. Stresszkezelés

A vizsgált intézményekben egyéb módon is megpróbálják segíteni a dolgozókat, például soron kívül bejuthatnak orvosi vizsgálatokra, ha azt előzetesen megbeszélik. Baján havi rendszerességgel szerveznek kommunikációs tréninget, melyre nagy az érdeklődés. Gyulán nincs kiégés- vagy stresszkezelő tréning, de nagy igény mutatkozik a problémák ventilálására. Szükség esetén a kórházi pszichológus is rendelkezésre áll. Kecskeméten rendszeresen van kiégés elleni tréning, melyre szívesen mennek a dolgozók. Nyíregyházán rendszeresen tartanak kommunikációs tréningeket, és mentálhigiénikus szakember segítségét is igénybe lehet venni. Székesfehérváron rendszeresen szerveznek stresszkezelő, és kiégés elleni tréninget, és kórházi munkapszichológus is rendelkezésre áll. Meglehetősen nagy az érdeklődés iránta. Szombathelyen évente, kétfévente szerveznek kiégés és stresszkezelő tréningeket, az érdeklődésnek megfelelően.

8. MEGBESZÉLÉS

Jelen kutatás célja volt feltárni a betegség mellett dolgozó ápolók munkaelégedettségét, egészségi állapotát, és az esetlegesen jelen lévő bizonytalanság hatását az ápolónők jól-létére, egészségi állapotára. A változás mértékét szemlélítve az eredményeket összehasonlítottuk a 2003-ban, ugyanezen kórházakban, ugyanezen kérdőívvel végzett felmérés eredményeivel. A vizsgálatban kulcsfontosságú szerepet kapott a munkahely átalakulásának, valamint az ezzel járó bizonytalanságnak a vizsgálata. Be kívántuk bizonyítani, hogy a bizonytalanság jelentős hatással van az ápolók pozitív és negatív jól-létére, egészségi állapotára. Vizsgálatunkban új elemként az egészségügyben történt változások megélését, illetve a D-C-S és jól-léti skálák kapcsolatát is elemeztük. Az egyes vizsgálati helyszíneken történt változásokat az ápolási igazgatókkal készített interjúk elemzésével térképeztük fel.

8.1. A két felmérés eredményeinek összehasonlítása (2003-2010)

A második felmérésben szereplők átlag életkorukat tekintve idősebbek voltak, és duplája volt az érettségizettek aránya, mint az első felmérésben, ahol viszont a főiskolai végzettséggel rendelkezők aránya volt magasabb. Különösen a hosszú idejű ellátási területen dolgozók aránya magasabb a 2010-es mintában, a három műszakban dolgozók aránya alacsonyabb, a 12 órás műszakban dolgozóké pedig magasabb, mint 2003-ban. Ez magyarázható azzal, hogy a vizsgált kórházak a szükséges minimális ápolói létszámot alig tudják biztosítani, 26-60 fő lenne még szükséges a zavartalan betegellátáshoz, ezért sok helyen a 12 órás műszakra tértek át, mert ilyen műszakbeosztást könnyebb kivitelezni. A vizsgált kórházak ápolási igazgatói szerint egyértelműen csökkenő tendencia volt megfigyelhető az elmúlt években az új dolgozók számában, hiszen évről évre kevesebb ápoló végez az iskolákban. Ezt szakirodalmi adatok is alátámasztják (*Betlehem és mtsai. 2007b; Halmosné, 2008; Csetneki, 2008*). Négy kórházban jelezték, hogy jelentős létszámleépítés volt 2003-óta, mely azt eredményezte, hogy egyre kevesebb ápoló dolgozik az osztályokon, ezért szükségessé vált áttérni a 12 órás műszakbeosztásra. A második felmérésben jelentősen megemelkedett a másodállást vállalók aránya, és egyértelműen az alacsony jövedelmet jelölték meg ennek indokaként. Lényeges megjegyezni, hogy a vizsgált kórházakban sehol sem csökkentették a béreket az elmúlt hét évben, csupán a keresetek reálértékének csökkenése, valamint az

adóterhek változása miatt volt érzékelhető az alacsonyabb fizetés. Csupán egy kórházban jelezték, hogy voltak a kötelező minimumon kívüli juttatások, amelyeket elvontak. A havi túlórák mennyiségében jelentős csökkenés figyelhető meg 2010-ben. A felmérésben szereplő kórházak közül csupán egy jelezte, hogy az elmúlt években jelentősen növekedett a havi túlórák száma, a többi kórházban csökkenésről, vagy stagnálásról számoltak be. Pisljar és munkatársai által 2007-ben végzett vizsgálatban a magyarországi egészségügyi dolgozók szignifikánsan több túlórát jelöltek meg, mint a nyugat-európai kollégáik (*Pisljar és mtsai. 2011*).

A munkahelyi légkör barátságatlanabbá vált az elmúlt években, és úgy érzik a válaszadók, hogy az ápolótársak kevésbé segítik egymást a munkavégzés során, és jelentősen csökkent a munkahelyen kívüli találkozások száma is. A jó szakmai felkészültséget nem igénylő, illetve a nem ápolással kapcsolatos, és a szakmai felfogással ellentétes feladatok elvégzése jelentősen kevesebb problémát okoz mostanság. A válaszadók megítélése szerint kevesebb problémát okoz a túl sok túlóra és a pótműszakok teljesítése. Az eredményekből is látszik, hogy ***csökkent a havi túlórák mennyisége*** átlag 7,13 óra/hó-ról 4,54 óra/hó-ra.

A válaszadók úgy érzik, hogy az emberekben kevésbé él kedvező kép az ápolói hivatásról, és hogy már nem a betegek ellátása az elsőrendű dolog a munkahelyükön, és az anyagi megbecsültségüket is rosszabbnak ítélik meg. A közvetlen ápoló felettes megítélése viszont pozitív irányba mozdult el az első felméréshez képest.

2003-ban szignifikánsan jobbnak ítélték meg a válaszadók az előrelépési lehetőségüket, mint 2010-ben és jelentősen több embert is léptettek elő. Megnőtt azoknak az aránya, akik tervezik, vagy esetleg meg is próbálták munkahelyet változtatni. A pályaelhagyás gondolata más vizsgálatok szerint is szerepet játszik a magyar ápolók mindennapjaiban (*Betlehem és mtsai. 2007b; Ujvarine és mtsai. 2011; Németh és Irinyi, 2012a; Betlehem, 2012*), és a gazdasági nehézségek Európa más területein is fokozzák az ápolók pályaelhagyását (*Yildiz és mtsai. 2009*). A korábbi felmérésben a munkában rejlő kihívás, a rászoruló emberek segítése, valamint a jó munkatársi kapcsolatok játszottak nagyobb szerepet abban, hogy valaki az ápolói pályán dolgozik, míg a 2010-es felmérésben az, hogy nincs más elhelyezkedési lehetőségük, illetve a megélhetésük forrásának tekintik a válaszadók munkájukat. Tehát elmondható, hogy ma kényszerből dolgoznak az ápolói pályán, míg néhány

évvel ezelőtt még a segítség dominált. Ez egybecseng egy korábbi felmérés eredményével is, ahol szintén segítségvágyból választották a vizsgált személyek az ápolói hivatást (*Kovácsné és mtsai. 2004*). A korábbi felmérésben szereplők elégedettebbek voltak ápolói munkájukkal, mint a második felmérés válaszadói, és gyakoribbá vált a jövőért való aggodás is.

A D-C-S modell igénybevétel dimenziójának elemzése során elmondható, hogy az elismerés, megbecsülés mértéke alacsonyabb a 2010-es felmérésben a 2003-as felméréshez képest, az igénybevétel viszont szignifikánsan nem különbözik a két felmérésben. Csökkent a fizetés, és a munkájukért járó megbecsülés érzése az ápolónők körében. Az igénybevétel harmadik alskálájának elemzése során elmondható, hogy a második felmérés idején válaszolók körében jelentősen csökkent a pszichológiai igénybevétel mértéke, azonban a három igénybevétel alskála összegeként előálló **igénybevétel** skála átlagpontszáma **nem különbözik a két felmérésben**. Egy 2007-ben végzett nemzetközi felmérés eredményei szerint, mely több munkahelyet vizsgált (köztük kórházakban dolgozókat is) a Magyarországon dolgozók körében volt a legmagasabb az igénybevétel szintje (*Taipale és mtsai. 2011*).

A kontroll dimenzió elemzése kapcsán elmondható, hogy a második felmérés jelentősen **alacsonyabb önállóság** érzetet mutatott ki, nevezetesen kevésbé érzik úgy a válaszolók, hogy képesek önállóan dolgozni, és hogy saját maguk hozhatnak döntéseket munkájukban. Kevésbé választhatják meg a munkamódszereiket, az ellátandó munkafeladatokat és a munkatempót, valamint kevésbé tervezhetik meg a munkát. Ezen eredmények megegyeznek egy 2008-ban végzett vizsgálat eredményeivel, ahol szintén arról számoltak be az ápolók, hogy a döntésekbe kevés beleszólásuk van, és kevesebb autonómiát élveznek más egészségügyi dolgozókhoz képest (*Kovács és Hegedűs, 2009*).

A támogatás dimenzió elemzése során elmondható, hogy **a munkaközösség összetartásának megítélése jelentősen romlott**, míg a közvetlen ápoló felettesek megítélése szignifikánsan nem változott az első vizsgálatához képest. A második felmérésben résztvevők jobbnak értékelik ápolótársaik felkészültségét, viszont már kevésbé játszanak fontos szerepet egymás életében, és kevésbé állnak ki egymásért. Mindent figyelembe véve, kevésbé jó ápolónak lenni mostanság, mint 10 évvel ezelőtt.

2003-hoz képest jelentősen alacsonyabb azoknak az aránya, akik semmilyen krónikus betegségben nem szenvednek. Az eredmények 50%-os csökkenést mutatnak a 2003-as 36,4%-ról 18,1%-ra. Szembetűnő az allergiások, a migréntől szenvedők, az emésztőrendszeri betegséggel küzdők, és a visszérbetegek arányának nagyfokú emelkedése, és magasabb lett a lelki betegségben szenvedők aránya. A második felmérés során jelentősen **rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat** a válaszadók. Emelkedés volt megfigyelhető a rendszeresen gyógyszert szedők arányában 2003-hoz képest, és jelentősen csökkent a táppénzes napok száma is átlag 5,1 napról 3,25 napra. Elmondható tehát, hogy az ápolók betegség esetén nem fordulnak orvoshoz. Ez összhangban van más vizsgálatok eredményeivel is (Molnár, 2002; Pásztor, 2006; Németh és Irinyi, 2009a). Magasabbá vált a fejfájást, alvási problémákat, hátfájást jelző ápolónők aránya. Más vizsgálatokban is ezen tünetek jelentkeztek leggyakrabban (Piko és mtsai. 1997; Piko, 1999b; Nolan és Smojkis, 2003; Arafa és mtsai. 2003; Smith és mtsai. 2004; Németh és Irinyi, 2012b).

A jól-lét skáláinak összehasonlítása során elmondható, hogy a pozitív jól-léti skála átlagpontszáma az előző vizsgálat 9,33 értékéhez képest 0,26-nyival alacsonyabb, mely szignifikánsnak tekinthető, ezzel szemben a negatív jól-léti skála átlagpontszáma a mintában 5,97 értékről 5,99 értékre emelkedést mutat, azonban ez a növekmény nem tekinthető szignifikánsnak. Mindkét felmérésben a pozitív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a negatív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma. Elmondható, hogy **első hipotézisem**, mely szerint az ápolók jól-léte alacsonyabb szintet mutat az első vizsgálatához képest- **részben igazolódott**. Egy hazai, az oktatás és kultúra területén dolgozók körében végzett vizsgálatban a munkahelyi kontroll a jól-lét védő tényezőjének bizonyult (Neculai és mtsai. 2006). A nagyobb igénybevétel szignifikánsan alacsonyabb pozitív jól-lét érzetet, míg szignifikánsan magasabb negatív jól-lét érzetet kelt. A nagyobb kontroll, azaz a munkakörülményekbe való beleszólás több lehetősége szignifikánsan magasabb pozitív jól-lét érzetet, míg szignifikánsan alacsonyabb negatív jól-lét érzetet kelt. A támogatás mértéke és a jól-lét skálák pontszámait vizsgálva szignifikáns kapcsolat volt kimutatható. A nagyobb támogatás szignifikánsan magasabb pozitív jól-lét érzetet, míg szignifikánsan alacsonyabb negatív jól-lét érzetet kelt. Ez az eredmény megegyezik egy korábbi kutatás eredményeivel (Betlehem és mtsai. 2007a). Viszont ezzel ellentétes eredményt mutattak az oktatás

és kultúra területét vizsgáló kutatás eredményei, mely szerint az alacsony általános jól-lét pontszám magas munkatársi támogatással társult (*Neculai és mtsai. 2006*).

A Karasek által felállított munka feszültség modell négy csoportjának elemzése során elmondható, hogy az alacsony igénybevétellel és ellenőrzéssel járó (passzív munka), a magas igénybevétellel és magas ellenőrzéssel járó (aktív munka), és a magas igénybevétellel és alacsony ellenőrzéssel járó (magas feszültségű munka) csoportba tartozók aránya csökkent. Emelkedést mutatott viszont az alacsony igénybevételhez társuló magas ellenőrzés (alacsony feszültségű munka) csoportba tartozók aránya. Ezzel tehát ***nem nyert igazolást második hipotézisem***, melyben feltételeztem, hogy az első felméréshez képest több ápoló került a magas feszültségű csoportba. Ez egy pozitív eredmény, mivel a munkahelyi stressz mértékének emelkedése különösen veszélyes tényező, hiszen bizonyítottan negatív hatással van a dolgozók egészségére (*Pisljar és mtsai. 2011*). Egy hazai kutatás eredményei leszögezik, hogy a munkahely bizonytalansága, az alacsony kontroll és alacsony szociális támogatás, a munkával, valamint a felettséggel való elégedetlenség depressziós tünetek okozója lehet, valamint negatívan összefügg a jól-léttel és az egészség önértékelésével (*Kopp, 2008*).

A pozitív jól-lét skála átlagpontszámai mind az aktív, mind a passzív, mind az alacsony, illetve magas stressznek kitettek csoportjában alacsonyabbak voltak 2010-ben 2003-hoz képest, azonban ezek az eltérések nem tekinthetők szignifikánsnak. Továbbá megállapítható, hogy a pozitív jól-lét átlagpontszámai mindkét időszakban szignifikánsan alacsonyabbak a magas stressznek kitett csoportban a másik három csoporthoz képest, melyek között nem tehetünk szignifikáns különbséget a pozitív jól-léti skála átlagpontszáma alapján.

A negatív jól-léti skála átlagpontszámai csoportokon belül szignifikánsan nem különböznek a két felmérés alapján. A negatív jól-lét átlagpontszámai mindkét időszakban szignifikánsan magasabbak a magas stressznek kitett csoportban az alacsony stressznek kitett csoporthoz képest.

8.2. Az egészségügyben végbement változások megélése

Az egészségügyben történt változások vizsgálata képezi a 2010-es felmérés új elemét. A válaszadók többségének (64,6%) az egészségügy átszervezése érintette munkahelyét. Csupán 7,3% élt meg elmondása szerint pozitív változást (fizetés emelkedés, előléptetés, könnyebbé vált a munkája). 93,7% élt meg elmondása szerint negatív változást a munkahelyén. Ezek közé olyan tényezőket soroltunk, melyek a szakirodalom szerint a munkával való elégedettséget csökkentik. Ezen változások között leggyakrabban a feszültebb munkahelyi légkört, a fizetéscsökkenést, a munkahelyi vezető váltást, az új eszközök, módszerek bevezetését, a továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételi lehetőségek csökkenését, a más osztályra/részlegbe való áthelyezést, a több túlórát, és az egészségi állapot megromlását jelezték a válaszadók. Szerepelt még válaszként a családi kapcsolatok megromlása a munkahelyi feszültség miatt, a más munkakörbe történő áthelyezés, az elbocsátás, a nem a legmagasabb végzettségének megfelelő bérezés és a továbbtanulás megakadályozása is a válaszok között. Ezen változások megélésével kapcsolatban elmondható, hogy ha valaki a kérdőív kitöltését megelőző 4-5 évben félt a munkahely elvesztésétől, akkor a kérdőív kitöltésének időpontjában is félt ettől. A munkahely elvesztésétől való félelem egy jelen lévő probléma az egészségügyben (Armstrong-Stassen és mtsai. 1997; Irinyi és Németh, 2013).

Legnagyobb problémát a jövedelem-csökkenéstől való félelem okozott az elmúlt években. Jelentős stresszforrásként szerepelt még a más osztályra/részlegbe történő áthelyezéstől és a munkatársak elvesztésétől való félelem. A válaszadók 65,9%-nak megítélése szerint a vizsgálatot megelőző 4-5 évben romlott az anyagi helyzete és 50,3%-nak pedig a lelkiállapota. Szakirodalmi adat is alátámasztja az egészségügyi dolgozók reálbérének csökkenését (Halmosné, 2008).

A múlt, a jelen megélésére, illetve a jövőre vonatkozó elképzelések terén elmondhatjuk, hogy általánosságban az átszervezést átéltek szignifikánsan negatívabb értékítéletet adtak, mint azok, akik nem élték meg az átszervezést. A munkatársak elvesztésétől, a másik osztályra/részlegbe való áthelyezéstől, a jövedelem-csökkenéstől való félelem, valamint az, hogy nem tudott elmenni továbbképzésekre, nagyobb gondot okozott az átszervezést átéltek körében. Ők jelentősen gyakrabban számoltak be az anyagi helyzet, a felettesekkel való kapcsolat,

a lelkiállapot és az intézményen belüli kommunikáció romlásáról, és jelentősen gyakrabban jósolták a lelkiállapot, az intézményen belüli kommunikáció további romlását.

Az egészségügyi átszervezés kapcsán negatív eseményeket átélők vizsgálata során elmondható, hogy ők korábban is, és a kérdőív kitöltésének időpontjában is szignifikánsan jobban féltek munkájuk elvesztésétől, mint a negatív eseményt át nem élők. Továbbá számukra több gondot okoz a munkatársak elvesztésétől, a más osztályra/részlegbe való áthelyezéstől, a jövedelem-csökkenéstől való félelem, valamint az, hogy nem tudtak elmenni továbbképzésekre. Gyakrabban számoltak be az anyagi helyzet, a betegekkel való kapcsolat, a lelkiállapot és az intézményen belüli kommunikáció romlásáról, és jelentősen gyakrabban jósolták a betegekkel való kapcsolat további romlását.

A válaszadók döntő többsége (83,4%) vár valamilyen segítségre, támogatásra munkahelyén, leggyakrabban egyéb, béren kívüli juttatásokat, a fizetésemelést, a munkaruha és papucs vásárlásának támogatását, és a vizsgálatokra való soron kívüli bejutást jelölték meg a válaszadók. Véleményük szerint a fizetésemelés, az egyéb, béren kívüli juttatások és a kollégákkal közös programok javítanak leginkább a munkahelyi légkört.

A kérdőívet kitöltők 52,9%-a nem ajánlaná gyermekének, ismerősének az ápolói pályát, 29,1%-a pedig egyenesen lebeszelné róla. Ezek az eredmények arányaiban megegyeznek egy korábbi, szintén hazánkban végzett felmérés eredményeivel, ahol a válaszadók 51,1%-a válaszolt „nem”-mel és 32,8%-a pedig lebeszelné róla hozzátartozóját (*Irinyi és Németh, 2010*).

8.3. Egészségügyi átalakulás, jól-lét és a munka kapcsolata

Az egészségügyi rendszer átalakulását átélők igénybevétele szignifikánsan magasabb az átalakulást át nem élők köréhez képest. Az egészségügyi rendszer átalakulása által okozott bizonytalanságérzetet két, 3-3 itemű, ötfokozatú alskálával lehet jellemezni. Az első alskála a saját igényekkel, vágyakkal kapcsolatos, ezért belülről fakadó bizonytalanságnak neveztük el (előrelépési lehetőségek korlátozottsága, nem tudott elmenni továbbképzésekre, nem tudott magasabb végzettséget szerezni). A második alskálába a munkahelyi környezet által okozott bizonytalansági tényezők tartoznak (munkatársak elvesztésétől, más osztályra/részlegbe helyezéstől és jövedelem-

csökkenéstől való félelem). A Cronbach-alfa értékek alátámasztják a bizonytalanságérzet alszkálák alkalmazhatóságát (0,630; 0,776). Minél több negatív eseményt élt meg valaki az egészségügyi rendszer átalakításával kapcsolatosan, annál magasabb a bizonytalanság érzete, mind a környezet, mind a belülről fakadó bizonytalanság tekintetében.

Magasabb munkahelyi igénybevétel magasabb bizonytalanságérzettel és több megélt negatív eseményszámmal párosul. Magasabb kontroll, illetve támogatási mérték jelentősen alacsonyabb belülről fakadó bizonytalansággal, illetve megélt negatív eseményszámmal párosul.

A negatív jól-lét magasabb mértéke szignifikáns, pozitív kapcsolatban áll a bizonytalanság, illetve a megélt negatív események számával, azaz magasabb negatív jól-lét magasabb bizonytalanságérzettel párosul, míg a magasabb pozitív jól-lét alacsonyabb bizonytalanságérzettel párosul. Minél több negatív életeseményt élt meg valaki a munkahelyén, annál magasabb a bizonytalanság érzete, és annál inkább fokozódik a negatív jól-lét érzése is. Ezzel **igazolódott harmadik hipotézisem**, mely szerint az egészségügyi rendszer átalakulása miatt bizonytalanságérzet alakult ki az ápolókban, mely különösen a negatív jól-lét érzésre fejt ki hatását.

A pozitív jól-lét, a munkahelyi igénybevétel-ellenőrzés-támogatás dimenziói, és a bizonytalanságérzet kapcsolatának elemzése során elmondható, hogy mind a négy tényező jelentős hatással van a pozitív jól-létre. Ezen modell magyarázó ereje 13,81%, és a bizonytalanságérzet is 1,4%-os, szignifikáns hozzáadott értékkel rendelkezik. A negatív jól-lét esetében is hasonló eredmények születtek, tehát a bizonytalanságérzet jelentős hatással van a negatív jól-létre is. A statisztikai elemzések bebizonyították, hogy a jól-lét vizsgálatakor a D-C-S modell három dimenziója mellett a bizonytalanságot is célszerű a modellben szerepeltetni. Elmondható tehát, hogy a nagyfokú **bizonytalanságérzet negatív irányban befolyásolja a vizsgált személyek jól-létét**. Ez az eredmény egybeesik Karasek vizsgálatának eredményeivel (Karasek, 1989), bár ő a munkahelyi bizonytalanságot más aspektusból vizsgálta.

Az első vizsgálathoz képest emelkedett a krónikus betegségben szenvedők aránya, valamint rosszabbnak ítélték meg saját egészségi állapotukat a válaszadók.

Gyakrabban jeleztek fejfájást, alvási problémákat és hátfájást, mint az első felmérés idején. Más felmérésekben is ezen tünetek fordultak elő leggyakrabban (*Arafa és mtsai. 2003; Nolan és Smojkis, 2003; Smith és mtsai. 2004*). A pozitív jól-léti skála átlagpontszámaiban pedig jelentős csökkenés volt megfigyelhető az első felméréshez képest. A bizonytalanság faktor kialakítása után mindkét felmérésben megvizsgálva az egészségi állapot és a jól-lét, valamint a D-C-S modell dimenzióinak kapcsolatát, elmondható, hogy a 2010-es felmérésben mind az egészségi állapot, mind a betegségek száma szignifikáns gyenge kapcsolatban áll a bizonytalanság, a jól-lét, illetve a D-C-S modell dimenzióival. Nagyobb bizonytalanságérzet, igénybevétel, negatív jól-lét rosszabb egészségi állapot megítéléssel, illetve magasabb betegségszámmal, míg magasabb támogatás, kontroll, illetve pozitív jól-lét jobb egészségi állapot megítéléssel, illetve alacsonyabb betegségszámmal jár együtt. Ezzel szemben a 2003-as felmérésben a betegségek száma nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a jól-léttel, illetve a D-C-S dimenziókkal. Az egészségi állapot megítélése a kontroll kivételével szignifikáns kapcsolatot mutatott a jól-léttel és a D-C-S dimenziókkal. Ezzel **igazolódott negyedik hipotézisem**, mely szerint az ápolók egészségi állapota romlott, ezzel párhuzamosan a pozitív jól-lét érzetük is nagymértékben csökkent az első vizsgálathoz képest. Egy Magyarországot is érintő nemzetközi felmérés eredményei azt mutatták, hogy a munka önállóság pozitív hatással van az egészség megítélésére a nyugat-európai országokban, míg negatív hatással bír a Kelet-Európában dolgozók egészségére (*Pisljar és mtsai. 2011*). Egy másik, D-C modell alkalmazásával készült felmérés rámutatott, hogy a megnövekedett munkahelyi igénybevétel negatívan hat a munkaelégedettségre, és a pszichoszomatikus megbetegedések, valamint az érzelmi kimerültség csökkenthető a munkaelőzítés növelésével (*Schmidt és Diestel, 2011*).

9. JAVASLATOK

Az ápolók helyzetének, munkával való elégedettségének javítására több területen is lehetséges beavatkozás, és átfogó intézkedésekre lenne szükség.

9.1. Az ápolók helyzetének javítására tett javaslatok

Az egészségügyi társadalom előregedőben van, egyre kevesebb fiatal választja az ápolói szakmát hivatásául. Az ápolóhiány egyre nagyobb méreteket ölt, hiszen évről-évre egyre kevesebben végeznek az iskolákban, bár igaz, hogy a fizetések alacsony volta sem teszi ezt a hivatást vonzóvá. ***Az ápolói pályát vonzóvá kell tenni*** a fiatalok számára. Erre lehetséges megoldás a pályairányítás és a tanácsadás, hiszen ha már a középiskolában tanuló diákokhoz eljut a szakma szépsége, ha lehetőségük lenne bepillantani a betegellátás mindennapjaiba, akkor talán többen választanák ezt a hivatást. A toborzás elsősorban az ápolóképzést végző iskolák feladata lenne. A ma is működő nyílt napok csak kevés bepillantást engednek a szakma szépségeibe, inkább csak az iskolák bemutatására szolgálnak. Viszont, ha a tizenéveseknek lehetőségük lenne önkéntesként kórházi osztályokon tevékenykedni (beszélgetni a betegekkel, játszani a beteg gyermekekkel, vagy éppen a koraszülött osztályokon megfelelő higiénés szabályok betartásával simogatni a koraszülötteket, beszélni hozzájuk), akkor elképzelhető lenne, hogy meglátják a szakma szépségeit, és megszeretik annyira, hogy az ápolói szakmát válasszák később hivatásuknak. Ehhez azonban elengedhetetlen az anyagi megbecsülés is.

A ***bérek rendezése*** már régóta nagy probléma az egészségügyben. Intézkedések ugyan jelenleg is folynak, és a most beígért és végrehajtott/végrehajtás alatt lévő béremelés csak pillanatnyi feszültségcsökkentő hatással bír. A végső, és kívánatos cél a fizetések nyugat-európai szintre történő emelése lenne, mivel a hazai ápolók semmivel sem tudnak kevesebbet, semmivel sem végeznek másabb jellegű munkát, mint a nyugati kollégáik. Amíg ez nem rendeződik, addig az ápolók kénytelenek lesznek szabadidejükben másodállást vállalni, hogy keresetüket kiegészítsék. Így nemcsak, hogy szabadidejük nem marad családjukra, pihenésre, hanem a folyamatos túlmunka miatt testi, lelki egészségük is tovább romlik, ami már-már a betegellátást sodorja veszélybe. Ennek egyik ellenszere a béremelés lehet, nem is beszélve a béren kívüli juttatások fontosságáról. Ezen intézkedésekkel az ápolói pálya vonzóbbá válna a fiatalok számára is, és megelőzhető lenne az elvándorlás más munkaterületekre, illetve külföldre.

A létszámproblémák megoldására szükséges lenne a **képzésben résztvevők számának növelése**. Ez csak akkor érhető el, ha az ápolói pálya vonzó a fiatalok számára. Jelenleg nagy probléma, hogy a három éves, nappali OKJ képzést csak igen kevesen választják, mivel plusz egy év tanulással már diploma szerezhető, így inkább a BSc fokozat megszerzésére törekednek a fiatalok. Erre megoldás lehet az OKJ-s képzés idejének csökkentése.

A **továbbtanulás** gyakori vita forrását képezi a már ápolóként dolgozók körében. Nagyon sokan vannak, akik szeretnék magasabb végzettséget szerezni, de a munkahely nem járul hozzá létszámhiányra hivatkozva, vagy mondván: „nincs ilyen végzettségű ápolóra szükség az osztályon” (BSc, MSc). Érdemes lenne ezen a szemléleten változtatni, hiszen bebizonyosodott, hogy a továbbtanulás akadályozásának is lehetnek negatív hatásai az ápolók jól-lét érzésére nézve. Igaz, az így végzett ápolók nem növelik az ápolói létszámot, de nagyobb tudással biztonságosabb, teljes körűbb betegellátásra lesznek képesek. A munkáltatók egyre kevesebbszer kötnek tanulmányi szerződést a dolgozókkal, de ha valaki a saját szabadidejéből szeretné megoldani a továbbtanulást, támogatni kellene, hiszen mindenképp dicséretes és pozitív dolog, ha valaki számára fontos saját tudásának fejlesztése, és a kiégés megelőzésében is jelentős hatással bír (Pálfi és mtsai. 2007).

Nagy hangsúlyt kellene fektetni a **munkahelyi légkör javítására** is, hiszen a felmérésből egyértelműen kiderült, hogy a munkahelyi légkör feszültebbé, barátságtalanabbá vált az elmúlt években, az ápolók nem segítenek egymásnak, nem állnak ki egymásért, nincs összetartás az osztályokon dolgozók között. Ezek a tényezők nemcsak rossz munkahelyi légkört teremtenek, hanem a betegellátást is veszélyeztethetik. A munkahelyi légkör, és ezen túlmenően az összetartás elérhető lenne rendszeres csapatépítő tréningek szervezésével, melyek elősegítenék az ápolók összetartásának, sikerélményének növekedését. Ezek hozzájárulnának ahhoz az érzéshez, hogy együtt sikeresebbek lehetnek, magasabb színvonalú betegellátást nyújthatnak, mint külön-külön, feszült környezetben.

Az elemzésből az is kiderült, hogy az ápolók egyre kevésbé hozhatnak döntéseket, kevésbé érzik úgy, hogy önállóan dolgozhatnak, nem tervezhetik meg a munkát, és azt sem, hogy milyen munkafeladatokat látnak el, és nem választhatják meg a munkamódszereket sem. Ezek is olyan tényezők, melyek csökkentik a munkával való elégedettséget. A **kompetencia körök meghatározása** nélkül nem valósítható meg, hogy mindenki a képzettségének, képességeinek megfelelő munkafeladatokat

lássá el. A főiskolai, egyetemi végzettségű ápoló is ugyan azt a munkát végzi jelenleg, amit az alacsonyabb végzettséggel rendelkező kollégáik, és ez jogosan elégedetlenséggel tölti el őket, hiszen végzettségüknel fogva többre is jogosultak, képesek lennének. Természetesen a feladatok összemosódásának oka az ápolói létszám hiánya is. A másik probléma már régóta az orvos-ápoló kompetenciahatár elmosódása, hiszen gyakran az ápolóknak kell elvégezni orvosi felelősségi körbe tartozó feladatokat. Véleményem szerint össze kellene hasonlítani a hazai ápolóképzési szintek kimeneti követelményeit a nyugati országokéval, és az egyezések alapján az ottanival megegyező kompetenciákat kellene hazánkban is meghatározni.

Szükség lenne a **munkahelyi elismerés**, jutalmazás országos szinten történő bevezetésére is, hiszen a kutatás eredményeiből kiderül, hogy a munkahelyi elismerés, megbecsülés csökkenését érzik a válaszadók. És itt nemcsak munkahelyi elismerésről, megbecsülésről van szó, hanem társadalmiról is. A vizsgált kórházakban ugyan említettek az ápolási vezetők különféle elismeréseket, kitüntetések, de ez csak keveseknek adatik meg. Elismerés lehet a dicséret a jó munkáért, a kedves szavak a felettől, a betegektől vagy a hozzátartozóktól.

A felmérés bebizonyította, hogy a **munkahelyi támogatás növekedése**, valamint a kontroll (a munkakörülményekbe való beleszólás) növekedése hozzájárul a pozitív jól-lét érzet emelkedéséhez. A mindennapi munkavégzés során ezt is szem előtt kellene tartani a vezetőknek, mivel más vizsgálat is hasonló eredményre jutott (*Escribá-Agüir és Tenías-Burillo, 2004*). A munkahelyi önállóság növelésére is szükség lenne, hiszen ha a dolgozó nagyobb szabadságot, rugalmasságot kap a munkájában, az nemcsak a munkaelégedettségre, hanem az egészségi állapot önértékelésére is pozitív hatással van (*Pislar és mtsai. 2011*), valamint csökkenti a munkahelyi stressz szintjét is (*Verschuren és Masselink, 1997; Chang és mtsai. 2007*).

9.2. Ápolók egészségének fejlesztésére tett javaslatok

A felmérésből kiderült, hogy az ápolók **testi és lelki egészsége** romlott az elmúlt években, több krónikus betegség meglétéről számoltak be a válaszadók. A jelenlegi táppénz mértéke annyira alacsony, hogy az ápolók inkább betegen is dolgoznak, mivel nem engedhetik meg maguknak a keresetkiesést. Kíváncos lenne egy olyan

táppénz mérték megállapítása, mely lehetőséget teremtené az ápolóknak arra, hogy betegség esetén azonnal orvoshoz forduljanak, és megfelelő kezelés után mihamarabb munkába állhatnának újból, mivel megfelelő kezelés mellett a gyógyulási idő is rövidebb. Ezt azonban a dolgozóknak is tudatosítani kellene, és ez már az egészségfejlesztésük része is lehetne, hiszen ha tisztában vannak azzal, hogy mit ér az egészségük, hogy miért is fontos egy betegség fellángolása esetén azonnal orvoshoz fordulni, és nem a munkahelyen betegen dolgozni, akkor nagyon sok krónikus betegség kialakulása megelőzhető lenne. Az egészségfejlesztés nagyon fontos az ápolók számára, hiszen a laikusok, a betegek előtt ők jelennek meg példaként. Minden munkahelyen nagy hangsúlyt kellene fektetni az **egészségfejlesztő programokra**, melynek magába kellene foglalni nemcsak a helyes táplálkozás elemeit, hanem a dohányzásról való leszoktatást, valamint a helyes testtartás, betegemelés oktatását is, hiszen így az olyan gyakori gerinc- és ízületi bántalmak is megelőzhetőek lennének. Gerincvédő mozgásformák gyógytornász általi betanítása után napi 30 perces, önállóan is elvégezhető feladatok segítségével sokat tehet az ápoló saját egészségéért (*Járomi és Betlehem, 2005*).

A lelki egészségvédelem mindegyik vizsgált kórházban működik, ennek ellenére a dolgozók lelkiállapota tovább romlott az elmúlt időszakban. Ezen program kiszélesítése, fejlesztése hosszú távon hatékony lehetne. Központilag kellene minden megyében létrehozni több, megfelelő szakemberből (pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta, mentálhigiénés szakember) álló csoportot, akik az adott megyében folytathatnák lelki egészségvédő programjukat, és minden ápolónak részt kellene venni ilyen programban, mellyel bizonyítottan csökkenthető lenne a kiégettség szintje (*Irinyi és Németh, 2011*). Segítséget kérni nem szégyen, de ezt leginkább az ápolók nem veszik tudomásul, és szégyennek érzik, ha beteg a lelkük, nem mernek szakemberhez fordulni. Ezen a szemléleten is változtatásra lenne szükség, mivel a kiégés fenyegető jelenség az ápolók körében. Ennek megelőzéséhez többek között hozzájárulhat a megfelelő munkahelyi ellenőrzés, támogatás a felettől, a változatos munkafeladatok, az egyértelmű elvárások és feladatkörök, valamint a bérek rendezése is (*Nagy, 2005; Pálfi, 2006*).

A **szabadidő és a szabadságolás** külön figyelmet érdemel. Jelenleg kevés a szabadidő, vagy ha adódik is, azt a házimunkára, a család ellátására, vagy a másodállás betöltésére fordítják az ápolók. Kevés az a szabadidő, amit rekreációra, pihenésre lehetne fordítani. Még ha akadna is, pénz nincs, amiből a pihenést

finanszírozni lehetne. A fizetésemelés erre is kellő megoldást jelenthetne, hiszen itt egy „ördögi körről”, egymást generáló problémákról van szó. A szabadságolás rendje a vizsgálatban résztvevő kórházak vezető ápolói szerint ugyan megoldott, mindenkinek lehetősége van két-három hetet egybefüggően szabadságra menni. De vajon így van ez hazánk összes egészségügyi intézményében? Véleményem szerint mindenhol be kellene vezetni egy szabadságolási tervet már az év elején, ahol az ápolóknak lehetőségük lenne megtervezni előre az éves szabadságukat, ezáltal lehetőség nyílna előre megtervezni a programokat, a gyermekek elhelyezését a szünidőre. A szabadság szent és sérthetetlen voltát is figyelembe kellene venni, és nem attól félni az éppen pihenő ápolónak, hogy mikor hívják vissza dolgozni szabadságáról, mikor csörren meg a telefonja. Ez a létszámhiány miatt azonban nehezen valósítható meg.

A kollégákkal közösen végzett szabadidős tevékenységeknek szintén jó hatása lenne az ápolók egészségére. A munkahelyi közösségek számára összeállított mozgásprogram növelhetné a közösség összetartását is (*Járomi és Betlehem, 2005*). Vannak osztályok, ahol különösen figyelnek arra, hogy a dolgozók szervezzenek közös szabadidős programokat, melyeknek csapatépítő hatása is van a pihenésen túl. Érdeemes lenne minden munkahelyen ezt a szemléletet bevezetni. Az egészségi állapot javításához szükséges a munkahelyi önállóság fokozása is (*Chang és mtsai. 2007*).

9.3. Bizonytalanság csökkentésére tett javaslatok

A felmérés egyik kulcseleme az egészségügy átalakulása kapcsán felmerült bizonytalanság érzés. Egy ápoló életében sok minden okozhat bizonytalanságot az egészségügy átszervezése kapcsán: elbocsátás, fizetéscsökkenés, továbbtanulás akadályozása, munkatársak elvesztése, vagy éppen áthelyezés másik osztályra, részlegbe. Ezek a bizonytalansági faktorok különösen felerősödtek az elmúlt években, hiszen folyamatos változás (volt) tapasztalható az egészségügyben. A bizonytalanság csökkentése érdekében szükséges lenne a **munkahelyi kontroll további emelése**, hogy az ápolóknak legyen lehetőségük beleszólni a saját munkakörülményeikbe, és a feletteseknek is kellő támogatást kellene nyújtani a beosztottaik számára, mely vonatkozik a továbbtanulás, a továbbképzéseken való részvétel támogatására is. Szükséges lenne továbbá a **dolgozók naprakész tájékoztatása** az éppen zajló

átstrukturizálásokról, munkahelyi átalakításokról, hogy ne elragadott fél mondatokból vonjanak le téves következtetéseket. A tájékoztatás pozitív hatásait több szakirodalom is megemlíti (*Miller és Monge, 1985; Davy és mtsai. 1988; Weber és Weber, 2001; Cunningham és mtsai. 2002; Terry és Jimmieson, 2003*). A bizonytalanság jelentős hatással bír az ápolók jól-létére és egészségi állapotuk önértékelésére, ezért mindenképpen jelentős csökkentésére kell törekedni az egészségügyben. Ez többek között a munkahelyi változásokkal, átalakításokkal kapcsolatos információk megfelelő átadásával, felettesi támogatással, a továbbtanulás és továbbképzéseken való részvétel támogatásával és a munkahelyi önállóság növelésével, valamint stabil és megélhetést biztosító bérezéssel valósítható meg.

Mivel nincs fellelhető szakirodalom, mely az egészségügyi rendszer átalakulása miatt okozott bizonytalanság érzésének az általunk vizsgált hat kérdését kutatta, szükséges lenne ennek további tesztelése nemcsak egészségügyi területen, hanem számos más munkahelyen, munkaterületen is, ahol szerkezeti átalakulás van folyamatban. Különös figyelmet kellene fordítani a vizsgálat lefolytatására ápoló hallgatók, valamint frissen végzett ápolók körében, hiszen ők azok, akik a pályakezdés bizonytalansága miatt különösen nagy stressznek vannak kitéve, illetve bizonytalansággal tekinthetnek a jövőre. Fontos ez azért is, mert a pályakezdő ápolók esetében érzékelt stressz nagymértékben hozzájárulhat a pályaelhagyási szándékhoz is (*Wu és mtsai. 2012*).

IRODALOMJEGYZÉK

1. **Adams, A., Bond, S.** (2000): Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 536-543.
2. **Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., Shamian, J.** (2001): Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53.
3. **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 The Journal of the American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.
4. **Akerstedt, T., Fredlund, P., Gillberg, M., Jansson, B.** (2002): Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (1), 585-588.
5. **Anderson, S.E., Coffey, B.S., Byerly, R.T.** (2002): Formal organizational initiatives and informal workplace practices: links to work-family conflict and job-related outcomes. *Journal of Management*, 28 (6), 787-810.
6. **Andorka, R.** (1997): Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó Budapest, 1997. p:635
7. **Arafa, M.A., Wagdy, M., Nazel, A., Ibrahim, N.K., Attia, A.** (2003): Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (5), 313–320.
8. **Armstrong-Stassen, M., Takac, I., Cameron, S., Horsbaugh, M.** (1997): The reactions of nurses to hospital merger. In: Clark, D.A., Clark, P.F., Day, D., Shea, D. (2000): The relationship between health care reform and nurses' interest in union representation: The role of workplace climate. *Journal of Professional Nursing*, 16 (2), 92-96. p. 93.
9. **Aronson, K.R., Sieveking, N., Laurenceau, J-P., Bellet, W.** (2003): Job satisfaction of psychiatric hospital employees: a new measure of an old concern. *Administration and Policy in Mental Health*, 30 (5), 437-452.
10. **Ashford, S., Lee, C., Bobko, P.** (1989): Content, causes, and consequences of job insecurity: a theorybased measure and substantive test. *Academy of Management Journal*, 32 (4), 803-829.
11. **Badburn, N.M.** (1969): The structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine.
12. **Balogh, Z.** (2009a): Mi lett veled, nővérke?- Helyzetkép az egészségügyi munkaerőpiacról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47 (1), 15-22.
13. **Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., Kovácsné, T.Á.** (2009b): Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22 (1), 3-12.
14. **Baumann, A., Giovannetti, P., O'Brien-Pallas, L., Mallette, C., Deber, R., Blythe, J., DiCenso, A.** (2001): Healthacare restructuring: the impact of job change. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14 (1), 14-20.

15. **Beckstead, J.W.** (2002): Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (8) 785-792.
16. **Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Baker, D.** (2004): Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, 30 (2), 85-128.
17. **Bébat, I., Ellefsen, B., Severinsson, E.** (2005): Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being-a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13 (3), 221-230.
18. **Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J.** (2007a): A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20 (6), 3-13.
19. **Betlehem, J., Boncz, I., Kriszbacher, I., Olah, A., Bodis, J.** (2007b): The export of nurses from Europe to United States. *American Journal of Public Health*, 12, 2119.
20. **Betlehem, J., Kukla, A., Deutsch, K., Marton-Simora, J., Nagy, G.** (2009): The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse Education Today*, 29 (2), 240-245.
21. **Betlehem, J.** (2012): Egészségügyi szakdolgozók humán erőforrás helyzetének főbb jellemzői 2012-ben. *Népegészségügy*, 90 (2), 77-83.
22. **Bodur, S.** (2002): Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine*, 52 (6), 353-355.
23. **Booth, R.** (2002): The nursing shortage: a worldwide problem. *Review of Latin America Enfermage*, 10 (3), 392-400.
24. **Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C., Callan, V.J.** (2004): Uncertainty during organizational change: Types, consequences, and management strategies. *Journal of Business and Psychology*, 18 (4), 507-532. p. 512.
25. **Brockner, J.** (1985): The relation of trait self-esteem and positive inequity to productivity. *Journal of Personality*, 53 (4), 517-529.
26. **Brown, H., Zijlstra, F., Lyons, E.** (2006): The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (3), 344-357.
27. **Buda, B.** (1995): A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (tanulmánykötet). TÁMASZ, Budapest, 1995.
28. **Burke, R.J., Greenglass, E.R.** (1999): Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4 (4), 327-336.
29. **Burke, R.J., Greenglass, E.R.** (2001): Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work & Family*, 4 (1), 49-62.
30. **Burke, R.J.** (2002a): Work experiences and psychological well-being of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports*, 91 (3), 1059-1064.

31. **Burke, R.J.** (2002b): Work stress and women's health: occupational status effects. *Journal of Business Ethics*, 37 (1), 91-102.
32. **Burns, H.K., Kirilloff, L.H., Close, J.M.** (1983): Sources of stress and satisfaction in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 9 (6), 329-336.
33. **Chang, E.M.L., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V.A., Lambert, C.E.** (2007): A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362.
34. **Chen, S.M., McMurray, A.** (2001): 'Burnout' in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research*, 9 (5), 152-164.
35. **Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E.H., Schwartz, J., Colditz, G.** (2000): Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: a prospective study. *British Medical Journal*, 320:1432-1436.
36. **Chiang, C-F.** (2010): Perceived organizational change in the hotel industry: An implication of change schema. *International Journal of Hospitality Management*, 29 (1), 157-167.
37. **Clark, D.A., Clark, P.F., Day, D., Shea, D.** (2000): The relationship between health care reform and nurses' interest in union representation: The role of workplace climate. *Journal of Professional Nursing*, 16 (2), 92-96. p. 93.
38. **Clark, P.F., Clark, D.A., Day, D.V., Shea, D.G.** (2001): Healthcare reform and the workplace experience of nurses: Implications for patient care and union organizing. *Industrial and Labor Relations Review*, 55 (1), 133-148.
39. **Cohen, S., Wills, T.A.** (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
40. **Corey-Lisle, P., Tarzian, A., Cohen, M., Trinkoff, A.** (1999): Healthcare reform: Its effects on nurses. *Journal of Nursing Administration*, 29 (3), 30-37.
41. **Corley, M., Minick, P., Elswick, R.K., Jacobs, M.** (2005): Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12 (4), 381-390.
42. **Cottrell, S.** (2001): Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focussed interventions via evidencebased assessment. *The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (2), 157-164.
43. **Cubriilo-Turek, M., Urek, R., Turek, S.** (2006): Burnout syndrome: assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Anthropologicum*, 30 (1), 131-135.
44. **Cunningham, C.E., Woodward, C.A., Shannon, H.S., MacIntosh, J., Lendrum, B., Rosenbloom, D., Brown, J.** (2002): Readiness for organizational change: A longitudinal study of workplace, psychological and behavioural correlates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75 (4), 377-392.
45. **Csetneki, J.** (2008): Ápolók kritikus helyzetben. *Hivatásunk*, 3 (2), 4-5.
46. **Davidson, H., Folcarelli, P.H., Crawford, S., Duprat, L., Clifford, J.D.** (1997): The effects of healthcare reform in job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care*, 35 (6), 634-645.

47. Davy, J.A., Kinicki, A., Kilroy, J., Scheck, C. (1988): After the merger: Dealing with people's uncertainty. *Training & Development Journal*, November, 57-61.
48. De Jonge, J., Kompier, M.A.J. (1997): A critical examination of the Demand-Control-Support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4 (4), 235-258.
49. Demir, A., Ulusoy, M., Ulusoy, M.F. (2003): Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (8), 807-827.
50. De Witte, H., Verhofstadt, E., Omey, E. (2007): Testing Karasek's learning and strain hypotheses on young workers in their first job. *Work and Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 21 (2), 131-141.
51. Dianis, N.L., Allen, M., Baker, K. (1997): Merger motorway. Giving staff the tools to re-engineer. *Nursing Management*, 28, 42-47.
52. Diener, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
53. Dignam, J.T., Barrera, M., West, S.G. (1986): Occupational stress, social support and burnout among correctional officers. *American Journal of Community Psychology*, 14 (2), 177-193.
54. Doi, Y. (2005): An epidemiologic review on occupational sleep research among japanese workers. *Industrial Health*, 43 (1), 3-10.
55. Eby, L.T., Casper, W.J., Lockwood, A., Bordeaux, C., Brinley, A. (2005): Work and family research in IO/OB: content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behavior*, 66 (1), 124-197.
56. Edwards, D., Burnard, P., Owen, M., Hannigan, B., Fothergill, A., Coyle, D. (2003): Research in brief: a systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10 (3), 370-371.
57. Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., Gerber, H. (2002): Time control, catecholamines, and back pain among young nurses. *Scandinavian Journal of Working and Environmental Health*, 28 (6), 386-393.
58. Eriksen, W., Bjorvatn, B., Bruusgaard, D., Knardahl, S. (2008): Work factors as predictors of poor sleep in nurses' aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81 (3), 301-310.
59. Escribá-Agüir, V., Tenías-Burillo, J.M. (2004): Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77 (6), 401-408.
60. Eum, K-D., Li, J., Jhun, H-J., Park, J-T., Tak, S-W., Karasek, R., Cho, S-I. (2007): Psychometric properties of the Korean version of the job content questionnaire: data from health care workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80 (6), 497-504.
61. Faragher, E.B., Cass, M., Cooper, C.L. (2005): The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.

62. **Feith, H., Kovácsné, T.Á., Balázs, P.** (2005): Női szerepek diplomás hallgatónők jövőképében. *Nővér*, 18 (3), 3-9.
63. **Feith, H., Kovácsné, T.Á., Balázs, P.** (2008a): Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében. *Mentálhigiénés és Pszichoszomatika*, 9 (4), 289-304.
64. **Feith, H., Kovácsné, T.Á., Balázs, P.** (2008b): Egészségügyi diplomás nők családi és munkahelyi szerepeinek konfliktusa. *Lege Artis Medicinae*, 18 (5), 413-418.
65. **Fekete, S.** (1991): Segítő foglalkozások kockázatai-Helfer szindróma és a burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6 (1), 17-29.
66. **Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S., Smith, G.D.** (1998): The health effects of major organizational change and job insecurity. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 243-254.
67. **Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Newman, K., Stansfeld, S.A., Marmot, M.** (2005): Self-reported job insecurity and health In the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Social Science and Medicine*, 60 (7), 1593-1602.
68. **Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H-M., Salanterä, S.** (2008): Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (5), 727-739.
69. **Forsgren, S., Forsman, B., Carlström, E.D.** (2009): Working with Manchester triage-Job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*, 17 (4), 226-232.
70. **Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., González, J.L.** (2008): The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 418-427.
71. **Gelsema, T.I., Van Der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., Verhoeven, C.** (2006): A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14 (4), 289-299.
72. **Gray, P.** (2000): Mental Health in the Workplace: Tackling the Effects of Stress. Mental Health Foundation, London.
http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/mental_health_workplace.pdf Letöltés dátuma: 2010.01.22.
73. **Gray-Toft P., Anderson, J.G.** (1981): The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 3 (1), 11–23.
74. **Greenglass, E.R., Burke, R.J.** (2000): Hospital restructuring, anger and hostility in Nurses. In: Brown, H., Zijlstra, F., Lyons, E. (2006): The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (3), 344-357. p. 346.
75. **Grönroos, E., Pajukari, A.** (2009): Job satisfaction of the radiological department's staff. *European Journal of Radiography*, 1 (4), 133-138.

76. **Guiot, J.M.** (1984): Szervezetek és magatartásuk. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 172-193.
77. **Gyökér, I.** (1999): Humán erőforrás-menedzsment. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 53-56, 72, 90-93.
78. **Hackman, J.R., Oldham, G.R.** (1975): Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), 159-170.
79. **Halmosné, M.M.** (2008): „Volt egyszer egy ápoló”. *IME*, 8 (7), 32-36.
80. **Hart, S.E.** (2005): Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (2), 173-177.
81. **Hasselhorn, M.H., Tackenberg, P., Buescher, A., Simon, M., Kuemmerling, A., Mueller, B.H.** (2005): Work and health of nurses in Europe: results from the NEXT-Study <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?articles-and-reports> Letöltés dátuma: 2011.01.15.
82. **Heaney, C., Israel, B., House, J.** (1994): Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social Science & Medicine*, 38 (10), 1431-1437.
83. **Hegedűs, K., Mészáros, E., Riskó, Á.** (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14 (11), 786-793.
84. **Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., Kopp, M.** (2008a): Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002-2006). *Nővér*, 21 (1), 3-9.
85. **Hegedűs, K., Kovács, M.** (2008b): Munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra. *Hippocrates*, 10 (2), <http://medlist.com/HIPPOCRATES/X/2/060.htm> Letöltés dátuma: 2012.04.24.
86. **Hegney, D., Plank, A., Parker, V.** (2003): Nursing workloads: the results of a study of Queensland nurses. *Journal of Nursing Management*, 11 (5), 307-314.
87. **Hegney, D., Plank, A., Parker, V.** (2006): Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14 (4), 271-281.
88. **Hemingway, M., Smith, C.S.** (1999): Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72 (3), 285-299.
89. **Hendel, T.** (1998): Merger management: a challenge to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 6 (5), 281-284.
90. **Herzberg, F., Mausner, B., Nneyderman, B.B.** (1959): The motivation to work. Eredeti kiadás: New York, Wiley, 1959. 12. kiadás, 2009: http://www.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=KYhB-B6kfSMC&oi=fnd&pg=PR11&dq=herzberg+1959+the+motivation+to+work&ots=nhYCPMLy_j&sig=rkfRwF0DQdGPFU2mK1d9QVrUy90&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Letöltés dátuma: 2008.04.21.

91. Heslop, P., Smith, G.D., Metcalfe, C., Macleod, J., Hart, C. (2002): Change in job satisfaction, and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. *Social Science & Medicine*, 54 (10), 1589-1599.
92. Higgins, C., Duxbury, L., Johnson, K.L. (2000): Part-time work for women: does it really help balance work and family? *Human Resource Management*, 39 (1), 17-32.
93. Hoag, B.G., Ritschard, H.V., Cooper, C.L. (2002): Obstacles to effective organizational change: the underlying reasons. *Leadership and Organizational Development Journal*, 23 (1), 6-15.
94. Idel, M., Melamed, S., Merlob, P., Yahav, J., Hendel, T., Kaplan, B. (2003): Influence of a merger on nurses' emotional well-being: the importance of self-efficacy and emotional reactivity. *Journal of Nursing Management*, 11 (1), 59-63.
95. Irinyi, T., Németh, A. (2010): Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiégéshez! *Nővér*, 23 (5), 23-31.
96. Irinyi, T., Németh, A. (2011): Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 10 (1), 25-28.
97. Irinyi, T., Németh, A. (2013): Szerepet játszik-e a munkavesztéstől való félelem az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban? *Nővér*, 26 (1), 1-8.
98. Ishara, S., Bandeira, M., Zuardi, A.W. (2008): Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (1), 38-41.
99. Járomi, M., Betlehem, J. (2005): Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért... *Nővér*, 18 (2), 21-23.
100. Johnson, J. (1991): Social support and job strain. In: Johnson J, Johannson G, (1991): Psychosocial work environment: work organization, democratization and health. Amityville (NY): Baywood Publishing
101. Kalliath, T., Morris, R. (2002): Job satisfaction among nurses: A predictor of burnout levels. *Journal of Nursing Administration*, 32 (12), 648-654.
102. Kalmi, P., Kauhanen, A. (2008): Workplace innovations and employee outcomes: Evidence from Finland. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 47 (3), 430-459.
103. Kang, M.G., Koh, S.B., Cha, B.S., Park, J.K., Baik, S.K., Chang, S.J. (2005): Job stress and cardiovascular risk factors in male workers. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 40 (5), 583-588.
104. Karasek, R.A. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
105. Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T. (1981): Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A Prospective study of Swedish Men. *American Journal of Public Health*, 71 (7), 694-705.
106. Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Pieper, C.F., Michela, J.L. (1988): Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health

- and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78 (8), 910–918.
107. **Karasek, R.** (1989): Control in the workplace and its health related aspects. In S.L. Sauter, J.J. Hurrell, Jr., & C.L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health* (pp. 129–159). Chichester: Wiley.
 108. **Karasek, R.A., Theorell, T.** (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
 109. **Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B.** (1998): The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 322–355.
 110. **Karasek, R.** (2008): Low social control and physiological deregulation-the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Supplements*, 34 (6), 117–135.
 111. **Kawano, Y.** (2008): Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of Occupational Health*, 50 (1), 79–85.
 112. **Kohan, A., O'Connor, B.P.** (2002): Police officer job satisfaction in relation to mood, well-being, and alcohol consumption. *The Journal of Psychology*, 136 (3), 307–318.
 113. **Kopp, M., Skrabski, Á.** (1998): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Népesség, orvos, társadalom* (Szerk: Glatz Ferenc) MTA, 1998.
 114. **Kopp, M., Stauder, A., Purebl, Gy., Janszky, I., Skrabski, Á.** (2008): Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18 (3), 238–244.
 115. **Kovács, M., Hegedűs, K.** (2009): Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiegésző összefüggései az egészségügyi dolgozók körében. *Nővér*, 22 (5), 3–12.
 116. **Kovács, M., Kovács, E., Hegedűs, K.** (2010): Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 51, 432–442.
 117. **Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., Balázs, P.** (2004): A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17 (6), 9–13.
 118. **Kovácsné, T.Á., Feith, H., Balázs, P., Dusek, T.** (2008): Összehasonlító presztízsvizsgálat diplomás ápoló hallgatók és pedagógus hallgatók körében. *Nővér*, 21 (2), 19–28.
 119. **Krasz, K.** (2006): A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők. http://erg.bme.hu/oktatas/tleir/gt52m006/munkahelyi_elegedettseg.pdf Letöltés dátuma: 2009.04.21.
 120. **Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M., Hjortdahl, P.** (2006): Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*, 4 (3)
 121. **Kwak, C., Chung, B.Y., Xu, Y., Eun-Jung, C.** (2010): Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among

- South Korean nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (10), 1292-1298.
122. **Lambert, V.A., Lambert, C.E., Ito, M.** (2004): Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (1), 85-97.
 123. **Landa, J.M.A., López-Zafra, E., Berrios Martos, M.P., Aguilar-Luzón, M.C.** (2008): The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (6), 888-901.
 124. **Laschinger, H.K.S., Almost, J., Purdy, N., Kim, J.** (2004): Predictors of nurse managers health in Canadian restructured healthcare settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17 (4), 88-105.
 125. **Lavanco, G.** (1997): Burnout syndrome and type a behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Reports*, 81 (2), 523-528.
 126. **Lawler, E.E.** (1968): Equity theory as a predictor of productivity and work quality. *Psychological Bulletin*, (6), 596-610.
 127. **Le Blanc, P.M., De Jonge, J., De Rijk, A.E., Schaufeli, W.B.** (2001): Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 460-470.
 128. **Lee, I., Wang, H.H.** (2002): Perceived occupational stress and related factors in community nurses. *Journal of Nursing Research*, 10 (4), 253-260.
 129. **Lerner, D.J., Levine, S., Malspeis, S., D'Agostino, R.B.** (1994): Job Strain and Health-Related Quality of Life in a National Sample. *American Journal of Public Health*, 84 (10), 1580-1585.
 130. **Lie, J-A.S., Kjaerheim, K.** (2003): Cancer risk among female nurses: a literature review. *European Journal Cancer Prevention*, 12 (6), 517-526.
 131. **Lipscomb, J., Trinkoff, A., Brady, B., Geiger-Brown, J.** (2004): Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *American Journal of Public Health*, 94 (8), 1431-1435.
 132. **Liu, Y., Tanaka, H., The Fukuoka Hearth Study Group** (2002): Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 447-451.
 133. **Locke, E.A.** (1976) The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand Mc- Nally.
 134. **Lynn, M.R., Kelley, B.** (1997): Effects of case management on the nursing context-perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 29 (3), 237-242.
 135. **Mann, S., Cowburna, J.** (2005): Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (2), 154-162.

136. **Markovic, M., Pikó, B., Piczil, M., Kasza, B.** (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19 (3), 17-24.
137. **Marquié, J.C., Foret, J., Queinnec, Y.** (1999): Effects of age, working hours, and job content on sleep: a pilot study. *Experimental Aging Research*, 25 (4), 421-427.
138. **Marton-Simora, J., Gyremán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Betlehem, J.** (2008): Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében. *Nővér*, 21 (4), 10-21.
139. **Maslach, C.** (1981): Burnout: a social psychological analysis. In: Jones J. W.: The burnout syndrome. Park Ridge, IL: London House Management Press, Illinois 31-53.
140. **Maytum, J.C., Heiman, M.B., Garwick, A.W.** (2004): Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (4), 171-179.
141. **McCarthy, P.** (1985): Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 10 (4), 305-310.
142. **McNeely, E.** (2005): The consequences of job stress for nurses health. Time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53 (6), 291-299.
143. **McVicar, A.** (2003): Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.
144. **Miller, K., Monge, P.** (1985): Social Information and employee anxiety about organizational change. *Human Communication Research*, 11, 365-385.
145. **Mizuno, M., Yamada, Y., Ishii, A., Tanaka, S.** (2006): A human resource management approach to motivation and job stress in paramedics. *International Congress Series*, 1294, 167-170.
146. **Molnár, E.** (2002): Ápolók egészségi állapota-2001. *Nővér*, 15 (4), 4-10.
147. **Nagy, E.** (2005): A lelki túlterheltség szociálpszichológiai megközelítése. *Lege Artis Medicinae*, 15 (2), 160-163.
148. **Nagy, M.S.** (2002): Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75 (1), 77-86.
149. **Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, M., Arito, H., Fujioka, Y., Shimizu, H., Kobayashi, F., Araki, S.** (2001): Job stress, social support at work, and insomnia in Japanese shift workers. *Journal of Human Ergology*, 30 (1-2), 203-209.
150. **Neculai, K., Salavecz, Gy., Stauder, A., Kopp, M.** (2006): Munkahelyi tényezők és pszichés jól-lét az oktatás és kultúra területén dolgozó nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 (2), 111-123.
151. **Németh, A., Irinyi, T.** (2009a): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33-38.
152. **Németh, A., Irinyi, T.** (2009b): Egészségügyi szakdolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22 (4), 32-38.

153. Németh, A., Irinyi, T., Lampek, K. (2011): A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal. *Nővér*, 24 (2), 3-10.
154. Németh, A., Irinyi, T. (2012a): Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében. *Nővér*, 25 (3), 19-26.
155. Németh, A., Irinyi, T. (2012b): Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012. *Nővér*, 25 (4), 28-35.
156. Niedhammer, I., Chea, M. (2003): Psychosocial factors at work and self reported health: Comparative results of cross sectional and prospective analyses of the French GA cohort. *Occupational and Environmental Medicine*, 60 (7), 509-515.
157. Nolan, P., Smojkis, M. (2003): The mental health of nurses in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 374-379.
158. Noulas, A.P., Alamanos, Y., Dimoliatis, I.D.K. (2005): Self-related health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nursing* 4 (8). <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/4/8> doi:10.1186/1472-6955-4-8 Letöltés dátuma: 2009.05.20.
159. Onciul, J. (1996): ABC of work related disorders: stress at work. *British Medical Journal*, 313, 745-748.
160. Pálfi, F. (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás?- A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16 (6), 3-9.
161. Pálfi, F. (2006): "Amikor már kihűlt a láng"-A kiégés vizsgálata ápolók körében. *IME*, 4 (10), 31-35.
162. Pálfi, F., Vranesicsné, H.I., Németh, K., Betlehem, J. (2007): Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégési szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, 20 (4), 3-13.
163. Pálfi, I., Nemeth, K., Kerekes, Z., Kallai, J., Betlehem, J. (2008): The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14: 19-25.
164. Pásztor, K. (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai. *Nővér*, 19 (3), 3-9.
165. Paterson, J.M., Cary, J. (2002): Organizational justice, change anxiety, and acceptance of downsizing: Preliminary tests of an AET-based model. *Motivation and Emotion*, 26 (1), 83-103.
166. Petterson, I-L., Ametz, B.B., Ametz, J.E., Hörte, L-G. (1995): Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses-results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64 (1), 20-31.
167. Piczil, M., Kasza, B., Markovic, M., Pikó, B. (2005): Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18 (2), 3-10.
168. Piko, B., Barabás, K., Boda, K. (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3), 243-247.
169. Pikó, B., Piczil, M. (1998): Az elégedettség és az elégedetlenség szociológiai vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 8, 728-734.

170. **Pikó, B.** (1999a): Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízisének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37, 79-89.
171. **Piko, B.** (1999b): Work related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal of Royal Society of Health*, 199 (3), 156–162.
172. **Pikó, B., Piczil, M.** (2000): "És rajtunk ki segít...?" Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10, 110-120.
173. **Pikó, B.** (2001): A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11 (4), 318-325.
174. **Piko, B.** (2006): Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (3), 311-318.
175. **Pikó, B., Piczil, M.** (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. *Lege Artis Medicinae*, 17 (1), 65-69.
176. **Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., Bertini, M.** (2011): Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (7), 829-837.
177. **Pisljar, T., Van der Lippe, T., Den Dulk, L.** (2011): Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social Science & Medicine*, 72 (6), 899-906.
178. **Plette, R.** (1994): Az ember-gép-környezet rendszer szabályozásának zavarai. *Ergonómia*, 92 (1)
179. **Pollard, T.M.** (2001): Changes in mental well-being, blood pressure and total cholesterol levels during workplace reorganization: The impact of uncertainty. *Work & Stress: An International Journal of Work*, 15 (1), 14-28.
180. **Portela, L.F., Rotenberg, L., Wassimann, W.** (2005): Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Revista de Saúde Pública*, 39 (5), 802-808.
181. **Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., Thornicroft, G.** (1997): Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (1), 51-59.
182. **Ribet, C., Derriennic, F.** (1999): Age, working conditions, and sleep disorders: a longitudinal analysis in the French cohort E. S. T. E. V. *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 22 (4), 491-504.
183. **Roskies, E., Louis-Guerin, C.** (1990): Job insecurity in managers: Antecedents and consequences. *Journal of Organizational Behavior*, 11 (5), 345-359.
184. **Ross-Adjie, G.M., Leslie, G., Gillman, L.** (2007): Occupational stress in the ED: What matters to nurses? *Australian Emergency Nursing Journal*, 10 (3), 117-123.
185. **Sabo, B.M.** (2006): Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), 136-142.

186. **Sarason, I.G., Johnson, J.H., Siegel, J.M.** (1978): Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 932-946.
187. **Sargent, L.D., Terry, D.J.** (2000): The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*, 14 (3), 245-261.
188. **Sasváriné, B.A.** (2001): Ápolói státusz-munkahelyi terhelés. *Egészségügyi Menedzsment*, 3 (4), 23-26.
189. **Sasváriné, B.A.** (2003): Az ápolás társadalmi és kulturális összefüggései. *Nővér Praxis*, 6 (3), 7-14.
190. **Scalzi, C.C.** (1988): Role stress and coping strategies of nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 18 (3), 34-38.
191. **Schmidt, K-H., Diestel, S.** (2011): Differential effects of decision latitude and control on the job demands-strain relationship: A cross-sectional survey study among elderly care nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (3), 307-317.
192. **Schmitz, N., Neumann, W., Oppermann, R.** (2000): Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (2), 95-99.
193. **Schnall, P.L., Landsbergis, P.A.** (1994): Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.
194. **Schnall, P., Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Baker, D.B.** (2000): The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine*, 15 (1), 97-122.
195. **Shader, K., Broome, M.E., Carroll, D., West, M.E., Nash, M.** (2001): Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31 (4), 210-216.
196. **Siegrist, J.** (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
197. **Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R.** (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1483-1499.
198. **Smith-Blair, N., Smith, B.L., Bradley, K.J., Gaskamp, C.** (1999): Making sense of a new nursing role: A phenomenological study of an organizational change. *Journal of Professional Nursing*, 15 (6), 340-348.
199. **Smith, D.R., Wei, N., Zhao, L., Wang, R-S.** (2004): Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occupational Medicine*, 54 (8), 579-582.
200. **Stewart, M.J., Arklie, M.** (1994): Work satisfaction, stressors and support experienced by community health nurses. *Canadian Journal of Public Health*, 85 (3), 180-184.
201. **Strauss, G.** (1974): "Job satisfaction, motivation, and job redesign." In Strauss, G., Miles, R.E., Snow, C.C., Tannenbaum, A.S. (eds.), *Organizational Behavior: Research and Issues*: 19-49. Madison, WI: Industrial Relations Research Association.

202. **Storr, C.L., Trinkoff, A.M., Hughes, P.** (2000): Similarities of substance use between medical and nursing specialities. *Substance Use & Misuse*, 35 (10), 1443-1469.
203. **Stordeur, S., D'hoore, W., Vandenberghe, C.** (2001): Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 533-542.
204. **Sullivan, T., Kerr, M., Ibrahim, S.** (1999): Job stress in health care workers: Highlights from the National Population Health Survey. *Hospital Quarterly*, 2 (4), 34-40.
205. **Syptak, J.M., Marsland, D.W., Ulmer, D.** (1999): Job Satisfaction: Putting Theory Into Practice. *Family Practice Management*, 6 (9), 26-30.
206. **Sveinsdóttir, H., Biering, P., Ramel, A.** (2005): Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7), 875-889.
207. **Sveinsdóttir, H., Gunnarsdóttir, H.K.** (2008): Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (10), 1479-1489.
208. **Sverke, M., Hellgren, J., Näswall, K.** (2002): No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (3), 242-264.
209. **Szabó, N., Szabó, G., Hegedűs, K.** (2008a): Interdisciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *Lege Artis Medicinae*, 18 (2), 243-249.
210. **Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., Kopp, M.** (2008b): Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21 (1), 10-17.
211. **Taipale, S., Selander, K., Anttila, T., Nätti, J.** (2011): Work engagement in eight European countries: The role of job demands, autonomy, and social support. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31 (7/8), 486-504.
212. **Terry, D.J., Jimmieson, N.L.** (2003): A stress and coping approach to organizational change: Evidence from three field studies. *Australian Psychologist*, 38 (2), 92-101.
213. **Theorell, T., Karasek, R.A.** (1996): Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 9-26.
214. **Thomsen, S., Arnetz, B., Nolan, P., Soares, J., Dallneder, J.** (1999): Individual and organizational well-being in psychiatric nursing: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 749-757.
215. **Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A., van Merode, G.G.** (2002): Work organization, work characteristics and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9 (3), 183-206.
216. **Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M., Grady, C.** (2007): Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*, 65 (8), 1708-1719.
217. **Ursin, R.** (1996): Sleep: a textbook of sleep physiology and sleep disorders (in Norwegian), Cappelen Akademisk Forlag, Gjøvik, Norway

218. **Ujvarine, S.A., Zrinyi, M., Toth, H., Zekanyne, R.I., Szogedi, I., Betlehem. J.** (2011): Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 882-891.
219. **Yeung, S.S., Genaidy, A., Deddens, J., Sauter, S.** (2005): The relationship between protective and risk characteristics of acting and experienced workload, and musculoskeletal disorder cases among nurses. *Journal of Safety Research*, 36 (1), 85-95.
220. **Yildirim, D., Aycan, Z.** (2008): Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (9), 1366-1378.
221. **Yildiz, Z., Ayhan, S., Erdogan, S.** (2009): The impact of nurses' motivation to work, job satisfaction, and sociodemographic characteristics on intention to quit their current job: An empirical study in Turkey. *Applied Nursing Research*, 22 (2), 113-118.
222. **Van der Doef, M., Maes, S.** (1999): The Job Demand-Control(-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*, 13 (2), 87-114.
223. **van der Weide, M., Smits, J.** (2004): Adoption of innovations by specialised nurses: personal, work and organisational characteristics. *Health Policy*, 68 (1), 81-92.
224. **Vas, G., Kóti, Cs., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Boncz, I.** (2009a): A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990-2008. között. *Nővér*, 22 (2), 31-37.
225. **Vas, G., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Endrei, D., Zemlényi, A., Boncz, I.** (2009b): A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47 (4), 5-11.
226. **Veres, E., Károlyi, Zs.** (2011): Egészségügyi keresetek és létszámok. In: GYEMSZI IRF Egészségügyi Évkönyv 2010. 7-17. http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/egeszsegugyi_evkonyv_2010-2.pdf
Letöltés dátuma: 2013.02.21.
227. **Verhaeghe, R., Vlerick, P., De Backer, G., Van Maele, G., Gemmel, P.** (2008): Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: A comparative cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 382-392.
228. **Verschuren, P.J.M., Masselink, H.** (1997): Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Social Science and Medicine*, 45 (7), 1135-1138.
229. **Vishwanath, V.B., Galperin, B.L., Lituchy, T.L.** (1999): Occupational mental health: a study of work related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36 (2), 163-169.

230. **Walters, V., Lenton, R., French, S., Eyles, J., Mayr, J., Newbold, B.** (1996): Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science and Medicine*, (43) (11), 1627-1636.
231. **Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B., Mayr, J.** (1997): The effects of paid and unpaid work on nurse's well-being: the importance of gender. *Sociology of Health and Illness*, 19 (3), 328-347.
232. **Wanberg, C.R., Banas, J.T.** (2000): Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85 (1), 132-142.
233. **Warr, P.** (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*, Clarendon Press, Oxford.
234. **Weber, P.S., Weber, J.E.** (2001): Changes in employee perceptions during organizational change. *Leadership & Organization Development Journal*, 22 (6), 291-300.
235. **Widerszal-Bazyl, M., Radkiewicz, P., Hasselhorn, H.M., Conway, P.M., van der Heijden, B.** (2008): The Demand-Control-Support model and intent to leave across six European countries: The role of employment opportunities. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health and Organisations*, 22 (2), 166-184.
236. **Wu, T-Y., Fox, D.P., Stokes, C., Adam, C.** (2012): Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32 (6), 669-674.
237. World Health Organization International Consortium of Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78, 413–426.
238. A Summary of Highlights from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses Canada 2005. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NURSING_NSWHN_SUMMARY2005_EN Letöltés dátuma: 2008.06.21.
239. Egészségügy, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja (2004). Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben. http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eum.hu%2Fitthon-is-varolistak&ei=JYiOT-u2M-n14QT08vXbDw&usg=AFQjCNF_TU0E7EFfNM-9IPIEXyKczaKM_A&sig2=_tcLLG10Q2RVW1Kks2xTRA Letöltés dátuma: 2012.04.18.
240. Ottawa Charter for Health Promotion: The First International Conference on Health Promotion Ottawa, 1986. <http://www.mecd.gob.es/dctm/ministerio/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/universidadessaludables/ottawacharterhp.pdf?documentId=0901e72b81238072> Letöltés dátuma: 2008.10.12.

241.2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről.
http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600132.TV Letöltés
dátuma: 2011.01.25.

Nyilatkozat

Alulírott **Németh Anikó** nyilatkozom, hogy nem kezdeményeztem és nincs folyamatban egészségtudomány tudományágban doktori fokozatszerzési eljárásom, valamint két éven belül nem volt elutasított fokozatszerzési kérelmem.

Nyilatkozom, hogy nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem korábban odaítélt doktori fokozatot.

Nyilatkozom, hogy a disszertáció önálló munkám, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek.

.....

jelölt

Pécs, 2013.08.31.

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. sz. melléklet: Kérdőív
2. sz. melléklet: Táblázatok gyűjteménye
3. sz. melléklet: Mélyinterjúk
4. sz. melléklet: Köszönetnyilvánítás
5. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke

Sorszám

Kórház sorszáma

AZ ÁPOLÓK MUNKÁVAL VALÓ ELÉGEDETTSÉGÉNEK KÖVETÉSES VIZSGÁLATA

2010.

Tisztelt Válaszadó!

Kutatásunk célja, hogy jobban megismerjük az ápolók munkahelyi és otthoni munkájának hatásait az egészségi állapotukra, valamint, hogy feltérképezzük az ápolók életében, illetve a munkahelyeken, az elmúlt években bekövetkezett változásokat.

A kérdőív **hat** részből áll. Mindegyik rész más témával foglalkozik, melyek egyaránt fontosak ahhoz, hogy valós képet kapjunk az ápolói munkáról, az ápolók helyzetéről és egészségi állapotáról. Tapasztalatait kifejező véleményével ehhez járul hozzá. Bízunk abban, hogy az Ön részvételével végzett kutatás eredményei elősegítik az ápolást feszítő problémák mielőbbi megoldását. Ezért is kérjük közreműködését a kérdőív kitöltésében.

A kérdőív kitöltése névtelen és önkéntes, a válaszokat bizalmasan kezeljük!

Kérjük, hogy csak azok töltsék ki, akik teljes állásban, legalább egy éve dolgoznak az adott kórházban!

Dr. Lampek Kinga
kutatásvezető

Dr. Betlehem József
kutatásvezető

Németh Anikó
okleveles ápoló
témafelelős

Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola
7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.

Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.
Tel: 30/341-7040

1. RÉSZ. SZEMÉLYES JELLEMZŐK

1.1. Neme?

1 Férfi

2 Nő

1.2. Az Ön életkora év

1.3. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?

Alapfokú végzettség (nincs érettségi)	Középfokú végzettség (érettségi van)	Főiskolai oklevél	Egyetemi oklevél
1	2	3	4

1.4. Pontosán hány éve dolgozik az egészségügyben?

.....év munkaviszonyom van az egészségügyben

1.5. Hány éve dolgozik ebben a kórházban?

.....éve dolgozom ebben a kórházban

1.6. Hány éve dolgozik konkrétan ezen az osztályon/részlegen?

.....éve dolgozom ezen az osztályon /részlegen

1.7. Kérem, írja le az osztály/részleg hivatalos megnevezését!

.....

2. RÉSZ. MUNKA – MUNKATÁRSÁK

2.1. Milyen beosztásban dolgozik a kórházban/részlegen/osztályon?

1. Felső vezető 2. Közép vezető (részlegvezető, osztályvezető ápoló) 3. Beosztott ápoló

2.2. Mióta dolgozik folyamatosan ebben a munkakörben?

.....éve

2.3. Rendszerint milyen *műszakban* dolgozik ezen az osztályon/részlegen?

Állandó délelőtti	Állandó délutános	Állandó éjszakás	Délelőtti és délutános	Délelőtti és éjszakás	Délutános és éjszakás	Három műszakos	Két műszakban, nappal és éjszaka	Más a munka- rendje
1	2	3	4	5	6	7	8	9

a. Ha más a munkarendje, milyen? (Írja be!)

2.4. Van-e mellékállása?

Nincs
1

Van mellékállásom
2



a, Amennyiben van mellékállása, kérem írja le, hogy mi az?

.....

b, Miért döntött úgy, hogy mellékállást vállal?

.....

2.5. Ha a jelenlegi (főállású) munkájára gondol, mennyire érzi úgy, hogy ...	Nagyon 5	Eléggé 4	Valamennyire 3	Kissé 2	Egyáltalán nem 1
A. ... munkájában saját maga hozhat döntéseket?	5	4	3	2	1
B. ... képes önállóan dolgozni?	5	4	3	2	1
C. ... úgy végezheti munkafeladatait, hogy nem kell másokhoz fordulnia engedélyért?	5	4	3	2	1
D. ... szabadon döntheti el: hogyan végezze munkáját?	5	4	3	2	1

2.6. Gondoljon azokra az ápoló kollégáira, akikkel közvetlenül együtt dolgozik. Mennyire tartja barátságosnak a légkört, amelyben dolgoznak?

Nagyon
5

Eléggé
4

Valamennyire
3

Kissé
2

Egyáltalán nem
1

2.7. Ápolótársai milyen gyakran segítenek abban, hogy jobban végezze a munkáját?

Nagyon gyakran
5

Elég gyakran
4

Néha
3

Nagyon ritkán
2

Soha
1

2.8. Milyen gyakran tudja Ön személyes problémáit ápolótársaival megbeszélni?

Nagyon gyakran
5

Elég gyakran
4

Néha
3

Nagyon ritkán
2

Soha
1

2.9. Milyen gyakran találkozik egy vagy több ápolótársával munkahelyén kívül? (Csak azért, hogy összejöjjenek beszélgetni egyet, vagy más társasági célból.)

Szinte minden nap
6

Körülbelül 2-6 alkalommal hetente
5

Körülbelül hetente egyszer
4

Körülbelül havonta egyszer
3

Kevesebb, mint havonta egyszer
2

Soha
1

2.10. Gondoljon most ápolótársaira!

Ön szerint mennyire ...	Nagyon 5	Elégge 4	Vala- mennyire 3	Kissé 2	Egyálta- lán nem 1
A. ...erősíti meg ápolótársaival való kapcsolata abban, hogy jó ápolónak lenni?	5	4	3	2	1
B. ... állnak ki ápolótársai egymásért?	5	4	3	2	1
C. ... játszanak fontos szerepet ápolótársai az életében?	5	4	3	2	1
D. ... megfelelő ápolótársai szakmai felkészültsége?	5	4	3	2	1

2.11. Ön szerint közvetlen ápoló felettese mennyire ...

	Nagyon 5	Elégge 4	Vala- mennyire 3	Kissé 2	Egyálta- lán nem 1
A. ... törődik beosztottai boldogulásával?	5	4	3	2	1
B. ... kedveli Önt?	5	4	3	2	1
C. ... értékeli az Ön képességeit?	5	4	3	2	1
D. ... segíti az Ön szakmai fejlődését?	5	4	3	2	1

2.12. Mennyire függ Öntől ...

	Szinte teljesen 4	Nagy- részt 3	Valamennyire 2	Egyálta- lán nem 1
A. ... a munka megtervezése?	4	3	2	1
B. ... a munkatempó meghatározása?	4	3	2	1
C. ... munkaidejének beosztása?	4	3	2	1
D. ... munka közbeni szünetek beiktatása (kávé, reggeli, ebéd, stb.)?	4	3	2	1
E. ... a szabadságok megtervezése?	4	3	2	1
F. ... hogy rugalmas munkaidővel dolgoznak-e?	4	3	2	1
G. ... hogy ténylegesen milyen munkafeladatokat lát el?	4	3	2	1
H. ... a munkamódszerek megválasztása?	4	3	2	1

3. RÉSZ. MUNKATERHELÉS – KERESET – MEGBECSÜLÉS

3.1. Rendszerint hány napot dolgozik egy átlagos héten főállásában?

..... napot

a. Rendszerint hány órát dolgozik főállásában egy átlagos napon?órát

3.2. Átlagosan hány túlórája van egy hónapban főállásában?

..... túlóra átlagosan egy hónapban
túlórája

0 Nincs

3.3. Mennyire volt megterhelő a munkája az elmúlt 3 hónapban?

Gyakran előfordult, hogy lazíthattam a munkámban	Előfordult, hogy munkám megengedte a lazítást	Elfogadható volt a munkaterhelésem	Nagyon hajtanom kellett, hogy mindent befejezzek	Annyi feladatom volt, hogy sose jutottam a végére
1	2	3	4	5

3.4. Mennyire tudja időben elvégezni munkafeladatait?

Mindig	Legtöbbször	Néha	Ritkán	Soha
1	2	3	4	5

3.5. Mennyi gondot, problémát okoz Önnek (az, hogy) ...	<i>Rendkívül sokat</i> 5	<i>Sokat</i> 4	<i>Valamennyit</i> 3	<i>Keveset</i> 2	<i>Semmit</i> 1	<i>Nem vonatkozik Önre</i> 0
A. ... munkájában túl sok feladattal kell foglalkoznia?	5	4	3	2	1	0
B. ... munkája (munkahelye) túl sokat vesz el az életéből?	5	4	3	2	1	0
C. ... munkájában érzelmileg nehéz helyzetekkel kell foglalkoznia?	5	4	3	2	1	0
D. ... túl gyors a munkatempó?	5	4	3	2	1	0
E. ... sok olyan munkafeladatot kell teljesítenie, amelyek nem felelnek meg elvárásainak az ápolói munkával kapcsolatosan?	5	4	3	2	1	0
F. ... sok olyan munkafeladatot kell teljesítenie, amelyek tulajdonképpen nem igényelnek jó szakmai felkészültséget?	5	4	3	2	1	0
G. ... olyan munkafeladatokat is teljesítenie kell, amelyek ellentétesek szakmai felfogásával?	5	4	3	2	1	0

3.5.(folyt.) Mennyi gondot, problémát okoz Önnek (az, hogy) ...	<i>Rendkívül sokat</i> 5	<i>Sokat</i> 4	<i>Valamennyit</i> 3	<i>Keveset</i> 2	<i>Semmit</i> 1	<i>Nem vonatkozik Önre</i> 0
H. ... alkalmazkodnia kell a váltakozó műszakokhoz?	5	4	3	2	1	0
I. ... a hétvégi (szombati, vasárnapi) műszakbeosztás teljesítése?	5	4	3	2	1	0
J. ... túl sok a túlóra?	5	4	3	2	1	0
K. ... munkája során betegséget kaphat?	5	4	3	2	1	0
L. ... hajsztolt munkavégzés?	5	4	3	2	1	0
M. ... munkája fizikailag túlzottan igénybe veszi, kimeríti?	5	4	3	2	1	0
N. ... munkája lelkileg túlzottan igénybe veszi, kimeríti?	5	4	3	2	1	0
O. ... munkájában túl nagy a felelőssége?	5	4	3	2	1	0
P. ... munkájában nem tisztázott kellően: miért felelős és miért nem felelős?	5	4	3	2	1	0
Q. ... a pótműszakok teljesítése (hosszúzás)?	5	4	3	2	1	0
R. ... munkája már családi (magán) élete rovására megy?	5	4	3	2	1	0
S. ... munkája fizikai környezete megterhelő (túlzsúfoltság, hőmérséklet, stb.)?	5	4	3	2	1	0
T. ... munkája során baleset érheti, megsérülhet?	5	4	3	2	1	0
U. ... a szakmai szabályokat nem tartják be kellően?	5	4	3	2	1	0
V. ... az ápolást könnyítő eszközök nem állnak kellően rendelkezésre?	5	4	3	2	1	0
W. ... az ápoláshoz szükséges anyagok nem állnak kellően rendelkezésre és pótlásuk sem megfelelően biztosított?	5	4	3	2	1	0

3.6. Ön szerint mennyire...	<i>Nagyon</i> 5	<i>Eléggé</i> 4	<i>Vala- mennyire</i> 3	<i>Kissé</i> 2	<i>Egyáltalán nem</i> 1
A. ... ismerik el munkáját?	5	4	3	2	1
B. ... részesül megbecsülésben munkájáért ?	5	4	3	2	1
C. ... fizetik meg jól munkáját más ápolókhoz viszonyítva?	5	4	3	2	1
D. ... a betegek ellátása az elsőrendű dolog munkahelyén?	5	4	3	2	1
E. ... biztosít munkája jó jövedelmet?	5	4	3	2	1
F. ... él az emberekben kedvező kép az ápolói hivatásról?	5	4	3	2	1
G. ... él az orvosokban kedvező kép az ápolói hivatásról?	5	4	3	2	1

3.7. Mennyi gondot, problémát okoz Önnek, az, hogy ...	<i>Rendkívül sokat</i> 5	<i>Sokat</i> 4	<i>Vala- mennyit</i> 3	<i>Keveset</i> 2	<i>Semmit</i> 1
A. ...közvetlen ápoló felettese nem adja meg azt a támogatást, amire szüksége volna munkája elvégzéséhez?	5	4	3	2	1
B. ... közvetlen ápoló felettesének szaktudása hiányos?	5	4	3	2	1
C. ... közvetlen ápoló felettese nem becsüli meg az Ön munkáját?	5	4	3	2	1
D. ... közvetlen ápoló felettese túl magas elvárásokat támaszt az Ön munkájával szemben?	5	4	3	2	1

3.8. Milyen gyakran fordulnak elő munkájában az alábbi helyzetek?	<i>Nagyon gyakran</i> 5	<i>Elég gyakran</i> 4	<i>Néha</i> 3	<i>Nagyon ritkán</i> 2	<i>Soha</i> 1
A. A halál és haldoklás.	5	4	3	2	1
B. Nézeteltérés az orvossal.	5	4	3	2	1
C. Nem érzi megfelelően felkészültnek magát.	5	4	3	2	1
D. Nem támogatják eléggé.	5	4	3	2	1
E. Ápoló kollégákkal való konfliktus.	5	4	3	2	1

3.8. (folyt) Milyen gyakran fordulnak elő munkájában az alábbi helyzetek?	<i>Nagyon gyakran</i> 5	<i>Elég gyakran</i> 4	<i>Néha</i> 3	<i>Nagyon ritkán</i> 2	<i>Soha</i> 1
F. Nem biztos abban, hogy az elrendelt kezelési módot kell-e alkalmazni.	5	4	3	2	1
G. A betegekkel való kapcsolatteremtés problémái.	5	4	3	2	1
H. Munkája veszélyezteti saját egészségét és biztonságát.	5	4	3	2	1
I. Olyan dolgokat is számon kérnek Öntől, amiért nem Önnek kell felelnie.	5	4	3	2	1

3.9. Milyennek ítéli meg az előrelépési lehetőségeket, amelyeket az Önéhez hasonló képzettséggel rendelkezők számára nyújt a kórház?

Nagyon jó lehetőség van az előrelépésre 5	Jó lehetőség van az előrelépésre 4	Lehetőség van az előrelépésre 3	Alig van előrelépési lehetőség 2	Nincs előrelépési lehetőség 1
---	--	---	--	---

3.10. Az elmúlt két évben előléptették-e a kórházban? (Ne tekintse előléptetésnek azt, ha ugyanabban a munkakörben maradv a fizetésemelést kapott.)

1 Igen

2 Nem

3.11. Az elmúlt 12 hónapban próbált-e munkahelyet változtatni?

Igen, határozottan kerestem is 1	Igen, gyakran gondolkodtam róla 2	Igen, néha eszembe jutott 3	Határozottan nem, eszembe sem jutott 4
--	---	---------------------------------------	--

3.12. Tervezi-e, hogy a közeljövőben önszántából kilép jelenlegi munkahelyéről?

Egész bizonyosan kilép a közeljövőben 5	Elég komoly esélye van annak, hogy kilép 4	A helyzet bizonytalan 3	Nagyon kevés az esélye annak, hogy kilép 2	Egész bizonyosan nem lép ki a közeljövőben 1
---	--	-----------------------------------	--	--

3.13. Az alábbi tényezők mekkora szerepet játszanak abban, hogy Ön az ápolói pályán dolgozik?

	<i>Nagyon nagy szerepet</i> 5	<i>Elég nagy szerepet</i> 4	<i>Közepes szerepet</i> 3	<i>Kis szerepet</i> 2	<i>Nem játszik szerepet</i> 1
A. A munkában rejlő kihívás?	5	4	3	2	1
B. Nincs más elhelyezkedési lehetősége?	5	4	3	2	1
C. A rászoruló emberek segítése?	5	4	3	2	1
D. A megélhetés forrása?	5	4	3	2	1
E. A jó munkatársi kapcsolatok?	5	4	3	2	1

3.14. Az alábbiakban állításokat talál, amelyek a munkával való elégedettséget fejezik ki. Mennyire ért egyet, illetve nem ért egyet az egyes állításokkal? (Minden állításnál egy választ jelöljön be!)

<i>Mennyire ért egyet, illetve nem ért egyet az alábbi állításokkal?</i>	<i>Nagyon egyetért</i> 5	<i>Egyetért</i> 4	<i>Egyet is ért, nem is ért egyet</i> 3	<i>Nem ért egyet</i> 2	<i>Egyáltalán nem ért egyet</i> 1
A. Nagyon élvezem a munkámat.	5	4	3	2	1
B. Ha újra választhatnék, valószínűleg másfajta munkát végeznék.	5	4	3	2	1
C. Más ápolóknál általában jobban szeretem a munkámat.	5	4	3	2	1
D. Ritkán unom a munkámat.	5	4	3	2	1
E. Nem foglalkozom azzal a gondolattal, hogy más munkát keressek.	5	4	3	2	1
F. Legtöbbször lelkesít a munkám.	5	4	3	2	1
G. Valószínűleg nem vagyok igazán alkalmas arra a tevékenységre, ami a munkámmal jár.	5	4	3	2	1
H. Meglehetősen elégedett vagyok a munkámmal.	5	4	3	2	1

3.15. Mindent figyelembe véve mennyire érzi magát elégedettnek ápolói munkájával?

Nagyon elégedett 5	Elégedett 4	Elégedett is és nem is 3	Nem elégedett 2	Egyáltalán nem elégedett 1
--------------------------	----------------	--------------------------------	--------------------	----------------------------------

3.16. A környezetében élő emberekhez képest hogyan ítéli meg jövedelmét?

Jelentősen átlagon felüli 5	Átlagon felüli 4	Átlagos 3	Átlagon aluli 2	Jelentősen átlagon aluli 1
-----------------------------------	---------------------	--------------	-----------------------	----------------------------------

3.17. Mindent figyelembe véve, más egészségügyi intézményekkel összehasonlítva, mennyire tartja megfelelőnek keresetét a kórházban?

Nagyon megfelelő 5	Eléggé megfelelő 4	Némiképp megfelelő 3	Nem megfelelő 2	Egyáltalán nem megfelelő 1
--------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------	----------------------------------

3.18. Az elmúlt egy évben milyen gyakran fordult elő az Ön háztartásában, hogy...

	soha	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
...nem volt elég pénzük élelemre	1	2	3	4
...nem volt elég pénzük ruhára	1	2	3	4
...nem volt elég pénzük fűtésre	1	2	3	4
...nem volt elég pénzük kifizetni a számlákat	1	2	3	4
...nem volt elég pénzük tartós fogyasztási cikkekre (pl. hűtő, mosógép, televízió)	1	2	3	4
...nem volt elég pénzük gyógyszerre	1	2	3	4

3.19. Tud-e havonta valamennyi pénzt megtakarítani?

1 Igen

2 Nem

3.20. Mit gondol, hogy jövedelme hogyan fog változni az elkövetkezendő években?

Jövedelmem...

...javulni fog 1	...változatlan marad 2	...romlani fog 3
---------------------	------------------------------	---------------------

4. RÉSZ. CSALÁDI HÁTTÉR – OTTHONI MUNKA

4.1. Milyen településen él jelenleg?

Tanyán	Faluban/ községben	Városban	Megyeszékhely en (város)	Budapesten
1	2	3	4	5

4.2. Mi az Ön jelenlegi családi állapota?

Házass, házastársával együtt él	Élettársal, partnerrel él	Özvegy	Elvált	Külön él	Soha nem volt házass, nem volt élettárs, partnere (hajadon, nőtlen)
1	2	3	4	5	6

4.3. Hány – akár saját, akár nem saját – gyermeke van, aki Önnel vagy Önnel és házastársával (élettársával, partnerével) közös háztartásban (családban) együtt él (akikről Önnek (is) gondoskodni kell)?

..... az Önnel együtt élő gyermekek száma

0 Nincs gyermeke

99 Nincs közös háztartásban élő gyermeke

4.4. Gondoljon most házastársára, élettársára, partnerére, akivel együtt él?

Kapcsolatukról mennyire mondhatja el azt, hogy...	Teljesen	Eléggé	Vala- mennyire	Kissé	Egyáltalán nem
	5	4	3	2	1
A. ... partnerével/házastársával meg tudja beszélni azokat a dolgokat, amelyek gondot jelentenek Önnek?	5	4	3	2	1
B. ... úgy érzi: partnerével/házastársával jól el tudnak beszélgetni?	5	4	3	2	1
C. ... partnere/házastársa megérti: milyen elvárásokkal kell szembenéznie a munkájában?	5	4	3	2	1
D. ... partnerével/házastársával általában jól kijönnek egymással?	5	4	3	2	1
E. ... kellően megbízhat partnerében/házastársában?	5	4	3	2	1

VAGY

0 Nem vonatkozik Önre / Nincs Önnel együtt élő házastársa, élettársa, partnere

4.5. Házastársán/élettársán kívül van-e olyan személy, akiben megbízhat és meg tudja beszélni vele azokat a dolgokat, amelyek gondot jelentenek Önnek?

2 Nincs

a. Ha van ilyen személy, mennyire tudja megbeszélni vele azokat a dolgokat, amelyek gondot jelentenek Önnek?

Csak kissé
1

4.6. Ha az otthoni feladataira gondol, mennyi gondot, problémát okoz Önnek az, hogy...	Rendkívül sokat	Sokat	Valamennyit	Keveset	Semmit	Nem vonatkozik Önre
5	4	3	2	1	0	
A. ... nincs elegendő szabadideje a családjára?	5	4	3	2	1	0
B. ... nincs elegendő szabadideje saját magára?	5	4	3	2	1	0
C. ... idejét szigorúan be kell osztani?	5	4	3	2	1	0
D. ... otthoni feladatai nem ösztönzőek, gyakran egyhangúak az Ön számára?	5	4	3	2	1	0
E. ... családjában nem méltányolják mindazt a munkát, amit otthon végez?	5	4	3	2	1	0
F. ... szét kell szakadnia: annyi a dolga, hogy azt sem tudja, mihez fogjon?	5	4	3	2	1	0
G. ... úgy érzi, mások túlzottan kihasználják a segítőkézségét?	5	4	3	2	1	0
H. ... műszakbeosztását a partnere/férje elfoglaltságával összeegyeztesse?	5	4	3	2	1	0
I. ... a műszakbeosztását a gyermekei nevelésével összeegyeztesse?	5	4	3	2	1	0

4.7. Ha az otthoni feladataira gondol, mennyire érzi úgy, hogy...	<i>Nagyon</i>	<i>Eléggé</i>	<i>Vala- mennyire</i>	<i>Kissé</i>	<i>Egyáltalán nem</i>
	5	4	3	2	1
A. ... szabadon állítja össze otthoni napirendjét?	5	4	3	2	1
B. ... elegendő ideje és energiája van arra, hogy élvezze gyermekei/házastársa/partnere társaságát?	5	4	3	2	1
C. ... Ön számára kikapcsolódást jelentő tevékenységeket végezhet otthonában?	5	4	3	2	1
D. ... a felelősség, ami a vállán nyugszik, épp annyi, amennyit elbír?	5	4	3	2	1
E. ... rendben tartja otthonát?	5	4	3	2	1
F. ... családja megbecsülésben részesíti?	5	4	3	2	1
G. ... otthon azzal foglalkozhat, ami érdekli?	5	4	3	2	1
H. ... mások is jól érzik magukat az otthonában?	5	4	3	2	1
I. ... rendelkezésre állhat másoknak, ha igénylik, hogy tegyen valamit értük?	5	4	3	2	1

4.8. Egy átlagos héten hány órát fordíthat arra, hogy azt tegye, ami Önnek tetszik?

..... óra/hét

4.9. Tervezi-e az alábbiakat a közeljövőben?	<i>Igen</i> 1	<i>Nem</i> 2	<i>Nem vonatkozik Önre</i> 0
A. Ápolóként máshol helyezkedik el?	1	2	0
B. Elhagyja az ápolói pályát?	1	2	0
C. Továbbtanul?	1	2	0
D. Házasságot köt /élettársi / partneri kapcsolatot létesít?	1	2	0
E. Elválík házastársától, felhagy eddigi párkapcsolatával?	1	2	0

5. RÉSZ. ÉLETHELYZET – ÉLETÉRZÉS – EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

5.1. Kérem, válaszoljon a következő kérdésekre! Milyen gyakran...	<i>Nagyon gyakran</i> 4	<i>Elég gyakran</i> 3	<i>Ritkán</i> 2	<i>Soha</i> 1
A. ... kell Önnek gyorsabban dolgoznia, mint szeretne, azért, hogy mindent elvégezzen?	4	3	2	1
B. ... aggódik Ön azért, hogy vajon mit hoz a jövő?	4	3	2	1
C. ... van Önnek lehetősége arra, hogy azt tegye, amit szeretne?	4	3	2	1

5.2. Ha annyira idegesítené valami, hogy éjjel is felébredne, és *szüksége lenne valakire, hogy személyesen beszéljen vele, lenne-e az otthoni környezetében valaki, akivel meg tudná ezt beszélni?*

1 Igen

2 Nem

5.3. Vannak-e a *háztartáson (családon) kívül valakik, akik annyira közel állnak Önhöz, hogy még éjjel is felébreszthetné őket, ha súlyos problémája lenne?*

1 Igen

2 Nem

5.4. Hogyan érezte magát az elmúlt hónapban?

	<i>Nagyon sokat</i> 4	<i>Elég sokat</i> 3	<i>Keveset</i> 2	<i>Egyáltalán nem</i> 1
A. Mennyit idegeskedett, vagy voltak problémái az idegeivel?	4	3	2	1
B. Mennyit volt túlfeszített, túlhajtott állapotban?	4	3	2	1
C. Mennyit volt kifáradt állapotban?	4	3	2	1

5.5. Az elmúlt hónapban milyen gyakran ...	<i>Gyakran</i> 3	<i>Ritkán</i> 2	<i>Soha</i> 1
A. ... érezte rendkívül jól magát?	3	2	1
B. ... örült annak, hogy valamit teljesített?	3	2	1
C. ... volt büszke, mert valaki pozitívan értékelte, amit tett?	3	2	1
D. ... alakultak úgy a dolgok, ahogy szeretne volna?	3	2	1
E. ... érezte magányosnak magát, és hogy távolság választja el másoktól?	3	2	1
F. ... volt lehangolt vagy boldogtalan?	3	2	1
G. ... volt olyan nyugtalan, hogy nem tudott megülni egy helyben?	3	2	1

5.6. Mennyire ért egyet vagy nem ért egyet a következő állításokkal önmagára vonatkozóan?

	<i>Teljes mértékben egyetért</i> 4	<i>Nagyjából egyetért</i> 3	<i>Kevésbé ért egyet</i> 2	<i>Nem ért egyet</i> 1
A. Gyakran magamra hagyatottnak érzem magam, amikor az élet problémáival kerülök szembe.	4	3	2	1
B. Szinte mindent meg tudok tenni, amit komolyabban elhatározok.	4	3	2	1
C. Sok olyan fontos dolog van az életemben, amin csak kismértékben vagyok képes változtatni.	4	3	2	1
D. Időnként határozottan feleslegesnek érzem magam.	4	3	2	1
E. Bárcsak többre értékelném magamat.	4	3	2	1
F. Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.	4	3	2	1
G. Jobb nekem, ha csak az életem pozitív (jó) oldalára figyelek, a többivel nem törődöm.	4	3	2	1

5.7. Mindent figyelembe véve mennyire tartja zaklatottnak, hajszoltnak életét? Kérem, jelölje 1-4-ig tartó skálán ! (1=nagyon, 4=egyáltalán nem)

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

5.8. Kérem, jelölje be, hogy van-e Önnek az alábbi szervrendszereket érintő krónikus *egészségi problémája/betegsége!*

Van-e Önnék...

A. ... szív és érrendszeri megbetegedése? (pl. magas vérnyomás) 0 Nem 1 Igen	J. ... lelki, mentális betegsége, amivel kezelik? (pl. depresszió) 0 Nem 1 Igen
B. ...visszértágulata? 0 Nem 1 Igen	K. ...ismétlődő migrénje? 0 Nem 1 Igen
C. ... légzőrendszeri megbetegedése? (idült hörghurut, asztma) 0 Nem 1 Igen	L. ... kiválasztó szervrendszeri betegsége? 0 Nem 1 Igen
D. ... mozgásszervi megbetegedése, ízületi gyulladása, reumája? 0 Nem 1 Igen	M. ... daganatos megbetegedése? 0 Nem 1 Igen
E. ...cukorbetegsége? 0 Nem 1 Igen	N. ... visszatérő bőrbetegsége? 0 Nem 1 Igen
F. ... endokrin szervrendszeri betegsége? 0 Nem 1 Igen	O. ... bármiféle allergiája? 0 Nem 1 Igen
G. ... vérképzőszervi betegsége? 0 Nem 1 Igen	P. ... (HA NŐ) nőgyógyászati megbetegedése? 0 Nem 1 Igen
H. ...emésztő szervrendszeri megbetegedése? (gyomor vagy nyombélfekély, bélgyulladás) 0 Nem 1 Igen	Q. ... (HA FÉRFI) bármiféle prosztatata betegsége? 0 Nem 1 Igen
I. ... neurológiai betegsége? 0 Nem 1 Igen	

5.9. Ön szerint, általában az egészségi állapota kiváló, jó, megfelelő vagy rossz?

Kiváló	Jó	Megfelelő	Rossz
1	2	3	4

5.10. Hány különböző fajta gyógyszert szed Ön rendszeresen idült egészségi problémáira?

..... fajta **0** Nem szed

5.11. Szed-e nyugtatót?

Rendszeresen	Alkalmanként	Nem
3	2	1

5.12. Szed-e *altatót*?

Rendszeresen	Alkalmanként	Nem
3	2	1

5.13. Szed-e antidepresszánt?

Rendszeresen 3	Alkalmanként 2	Nem 1
--------------------------	--------------------------	-----------------

5.14. Dohányzik-e?

Rendszeresen 3	Alkalmanként 2	Nem 1
--------------------------	--------------------------	-----------------

5.15. Fogyaszt-e kávét?

Rendszeresen 3	Alkalmanként 2	Nem 1
--------------------------	--------------------------	-----------------

5.16. Fogyaszt-e alkoholt?

Rendszeresen 3	Alkalmanként 2	Nem 1
--------------------------	--------------------------	-----------------

5.17. Az elmúlt 12 hónapban egészségi problémái miatt kb. hány napot volt táppénzen?

..... nap **0** Egy napot sem

5.18. Az elmúlt hónapban milyen gyakran érezte magát így:	<i>Szinte minden nap</i> 5	<i>Nagyon gyakran</i> 4	<i>Gyakran</i> 3	<i>Ritkán</i> 2	<i>Soha</i> 1
A. A nap végére kimerült volt?	5	4	3	2	1
B. Fejfájása vagy migrénje volt?	5	4	3	2	1
C. Nem tudott aludni?	5	4	3	2	1
D. Nehezeire esett hozzákezdeni valamihez?	5	4	3	2	1
E. Fájt a háta?	5	4	3	2	1
F. Belefáradt a munkába?	5	4	3	2	1
G. Lehangolt volt?	5	4	3	2	1

6. RÉSZ. ELMÚLT ÉVEKBEN, AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN TÖRTÉNT VÁLTOZÁSOK MEGÉLÉSE

6.1. Az egészségügy átszervezése érintette-e az Ön munkahelyét?

1. igen

2. nem

6.2. Milyen változást kellett átélnie az elmúlt években a munkahelyén? (Kérem, tegyen X-et a megfelelő állításhoz!)

Megélt változás	átéltem
A. Elbocsátották a munkahelyéről.	
B. Másik osztályra/részlegbe helyeztek át.	
C. Vezetőváltás történt a munkahelyén.	
D. Csökkent a fizetésem.	
E. Nőtt a fizetésem.	
F. Előléptettek.	
G. Vezetői állásból leváltottak.	
H. Kedvelt munkatársaimat bocsátották el.	
I. Feszültebbé vált a munkahelyi légkör.	
J. Csökkent a továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételi lehetőségeim száma.	
K. Megakadályoztak továbbtanulási szándékomban.	
L. Nem a legmagasabb végzettségemnek megfelelő bérezésben részesültem.	
M. Más munkakörbe helyeztek át.	
N. Könnyebb lett a munkám.	
O. Új módszereket, eszközöket vezettek be munkahelyemen az ápolásban.	
P.A sok munkahelyi feszültség miatt romlott az egészségi állapotom	
Q. A sok munkahelyi feszültség miatt a családi kapcsolataim megromlottak.	
R. Több túlórárt kellett vállalnom	
P. Egyéb, éspedig:.....	

6.3. Mennyire tartott Ön attól, hogy az elmúlt években történt egészségügyi átszervezések miatt esetleg elveszítheti munkáját?

Nagyon féltem	Féltem	Nem gondoltam rá	Kicsit féltem	Egyáltalán nem féltem
5	4	3	2	1

6.4. Jelenleg fél-e attól, hogy elveszítheti munkáját?

Nagyon félek	Félek	Nem gondolok rá	Kicsit félek	Egyáltalán nem félek
5	4	3	2	1

6.5. Mennyi gondot, problémát okozott Önnek az elmúlt években...	<i>Rendkívül sokat</i> 5	<i>Sokat</i> 4	<i>Valamennyit</i> 3	<i>Keveset</i> 2	<i>Semmit</i> 1
A... a munkatársak elvesztésétől való félelem?	5	4	3	2	1
B... félelem attól, hogy másik osztályra/ részlegbe helyezik dolgozni?	5	4	3	2	1
C... az esetleges jövedelem-csökkenéstől való félelem?	5	4	3	2	1
D... előléptetési lehetőségek korlátozottsága miatti félelem?	5	4	3	2	1
E... hogy nem tudott elmenni továbbképzésekre?	5	4	3	2	1
F... hogy nem tudott új, magasabb végzettséget szerezni? (pl. szakápoló, főiskola)	5	4	3	2	1

6.6. Az utóbbi 4-5 évben, az egészségügyben bekövetkezett változások miben hoztak Ön számára pozitív vagy negatív változást?	<i>Romlott</i> 3	<i>Javult</i> 2	<i>Nem változott</i> 1
A. Fizetés, anyagi helyzet	3	2	1
B. Kapcsolat a munkatársakkal	3	2	1
C. Kapcsolat a felettesekkel	3	2	1
D. Kapcsolat az orvosokkal	3	2	1
E. Kapcsolat a betegekkel	3	2	1
F. Lélekiállapot (feszültség, idegesség)	3	2	1
G. Az intézményen belüli kommunikáció	3	2	1

6.7. Mit gondol, hogy az alább felsoroltak a jövőben változni fognak-e?	<i>Romlani fog</i> 3	<i>Javulni fog</i> 2	<i>Nem fog változni</i> 1
A. Fizetés, anyagi helyzet	3	2	1
B. Kapcsolat a munkatársakkal	3	2	1
C. Kapcsolat a felettesekkel	3	2	1
D. Kapcsolat az orvosokkal	3	2	1
E. Kapcsolat a betegekkel	3	2	1
F. Lélekiállapot (feszültség, idegesség)	3	2	1
G. Az intézményen belüli kommunikáció	3	2	1

6.8. Volt-e valami, amitől nagyon tartott az egészségügy átszervezése kapcsán, de nem következett be? (Kérem írja le!)

.....

.....

.....

6.9. Vár-e valamilyen segítségre, támogatásra a munkahelyén?

Igen 1	Nem 2
------------------	-----------------



a, Ha igen, akkor milyen jellegű segítségre számít? (Kérem, tegyen X-et a megfelelő válaszhoz, vagy írja oda saját elképzeléseit!)

A. Fizetésemelés	
B. Egyéb, béren kívüli juttatások (pl. üdülési csekk, étkezési utalvány)	
C. Lelki tanácsadás	
D. Kiegészítés kezelése	
E. Közös szabadidős programok a kollégákkal	
F. Soron kívüli bejutás orvosi vizsgálatokra, kezelésekre	
G. Munkaruha, papucs vásárlásának támogatása	
H. Konferenciákon, továbbképzéseken való részvétel támogatása	
I. Egyéb:	

6.10. Kérem, az alábbiak közül válassza ki azt a három tényezőt, amely munkahelyén a leginkább javítaná a munkahelyi légkört! (Kérem, tegyen X-et a megfelelő négyzetbe!)

A. Fizetésemelés	
B. Egyéb, béren kívüli juttatások (pl. üdülési csekk, étkezési utalvány)	
C. Lelki tanácsadás	
D. Kiegészítés kezelése	
E. Közös szabadidős programok a kollégákkal	
F. Munkaruha, papucs vásárlásának támogatása	
G. Konferenciákon, továbbképzéseken való részvétel támogatása	
H. Egyéb, és pedig:	

6.11. Eddigi tapasztalatait figyelembe véve, ajánlaná-e Ön gyermekének, családtagjának, közeli ismerősének az ápolói hivatást?

Igen 1	Nem 2	Lebeszelném róla 3
------------------	-----------------	------------------------------

*Ha vannak további ötletei, vagy bármilyen egyéb megjegyzése, kérjük írja le a
pontozott vonalakra!*

KÉRJÜK ELLENŐRIZZE, HOGY NEM HAGYOTT-E KI KÉRDÉST!

Nagyon köszönjük együttműködését a kérdőív kitöltésében!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Táblázatok

2. sz. melléklet

1. sz. táblázat: A munkahelyi légkör jellemzői (n=1048)

Változó	Válaszok megoszlása (%)					Átlag	Szórás
	egyáltalán nem	kissé	valamennyire	eléggé	nagyon		
Munkahelyi légkör	0,9	3,1	24,2	53,1	18,7	3,9	0,8
Ápolótársai segítőkészsége	0,3	4,1	23,7	55,3	16,6	3,8	0,8
Problémák megbeszélése ápolótársaival	2,4	11,4	33,4	41,1	11,7	3,5	0,9

2. sz. táblázat: A válaszadók állapota a vizsgálatot megelőző egy hónapban (n=1048)

Változó	Válaszok megoszlása (%)				Átlag	Szórás
	egyáltalán nem	keveset	elég sokat	nagyon sokat		
Mennyit idegeskedett	13,8	33,6	42,1	10,5	2,5	0,9
Mennyit volt túlfeszített, túlhajtott	5,3	28,8	52,4	13,5	2,7	0,8
Mennyit volt kifáradt	2,5	22,0	56,2	19,3	2,9	0,7

3. sz. táblázat: A két minta főbb jellemzőinek összehasonlítása

	2010	2003
Résztvevők (fő)	1048	916
Átlag életkor (év)	38,47	35,19
	Fő (%)	Fő (%)
Iskolai végzettség		
Nincs érettségi	142 (13,5)	209 (22,8)
Érettségizett	740 (70,6)	322 (35,2)
Főiskolai, egyetemi oklevél	161 (15,4)	385 (42)
Kórházban eltöltött évek száma	14,8 év (SD 9,6 év)	12,5 év (SD 9,1 év)
Osztályon eltöltött évek száma	11,3 év (SD 8,9 év)	10,1 év (SD 8,6 év)
Ellátási típusok	Fő (%)	Fő (%)
Intenzív	54 (5,2)	79 (8,6)
Belgyógyászat	341 (32,7)	364 (39,8)
Sebészet	250 (24)	208 (22,7)
Gyermekegyógyászat	163 (15,6)	175 (19,1)
Pszichiátria	81 (7,8)	34 (3,7)
Hosszú idejű ellátás	154 (14,8)	55 (6)
Műszakbeosztás		
Állandó délelőtt	112 (10,7)	133 (14,5)
Három műszak	108 (10,3)	216 (23,6)
Két műszak (nappal és éjszaka)	828 (79)	567 (61,9)

4. sz. táblázat: Munka megterhelősége az elmúlt három hónapban

	Válaszok megoszlása (%)	
	2010 (n=1048)	2003 (n=916)
Gyakran lazíthatott	0,1	0,4
Előfordult, hogy lazíthatott	4,1	6,4
Elfogadható munkateher	53,9	48,6
Nagy hajtás	40,3	41,9
Nem tudta befejezni	1,6	2,6

5. sz. táblázat: Munkahely-változtatás az elmúlt 12 hónapban

	Válaszok megoszlása (%)	
	2010 (n=1048)	2003 (n=916)
Igen, határozottan kerestem is	5,2	4,5
Igen, gyakran gondolkodtam róla	10,8	9,0
Néha eszembe jutott	42,3	39,8
Határozottan nem jutott eszembe	41,7	46,7

6. sz. táblázat: Munkahely elhagyását tervezők megoszlása a két mintában

	Válaszok megoszlása (%)	
	2010 (n=1048)	2003 (n=916)
Egész bizonyosan kilép	1,9	1,7
Komoly esélye van a kilépésnek	6,5	5,5
A helyzet bizonytalan	27,4	24,0
Nagyon kevés az esélye a kilépésnek	31,5	27,1
Egész biztosan nem lép ki	32,7	41,7

7. sz. táblázat: Igénybevétel első alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,821	0,860
	Magyarázott varianciarányad, %	
	58,783	
Item	Faktor-Item korreláció	Alskála-Item korreláció
Túl sok feladat gondot okoz	0,716	0,718
Érzelmileg nehéz helyzetek	0,697	0,681
Túl gyors munkatempó	0,760	0,755
Hajszolt munkavégzés	0,828	0,819
Fizikailag megerőltető munka	0,800	0,795
Lelkileg megterhelő munka	0,791	0,784

8. sz. táblázat: Igénybevétel második alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,563	0,713
	Magyarázott varianciarányad, %	
	64,754	
Item	Faktor-Item korreláció	Alskála-Item korreláció
Munkája elismerése	0,887	-0,833
Munkája megbecsülése	0,903	-0,862
Munkája megfizetése	0,582	-0,671

9. sz. táblázat: Igénybevétel harmadik alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,744	0,681
	Magyarázott varianciahányad, %	
	32,261	
Item	Faktor-Item korreláció	Alskála-Item korreláció
Halál előfordulása	0,376	0,505
Felkészületlenség érzése	0,433	0,425
Támogatás hiánya	0,670	0,607
Konfliktus ápoló kollégákkal	0,535	0,468
Kezelési mód bizonytalanságának érzése	0,674	0,608
Betegekkel való kapcsolatteremtés problémái	0,509	0,491
Munka veszélyessége	0,563	0,595
Számonkérés oktanul	0,697	0,647

10. sz. táblázat: Az igénybevétel alskálák közötti korreláció a 2010-es vizsgálatban

	1. alskála	2. alskála	3. alskála
1. alskála	1,000	,197	,444
2. alskála	,197	1,000	,258
3. alskála	,444	,258	1,000

11. sz. táblázat: Igénybevétel alskáláinak főbb jellemzői

	minta				Szignifikancia
	2010		2003		
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
1. alskála	18,03	4,70	18,24	4,92	0,331
2. alskála	10,28	2,31	9,51	2,34	0,000
3. alskála	20,30	4,04	21,11	3,99	0,000

12. sz. táblázat: Igénybevétel skála főbb jellemzői

	minta	n	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Munka-igénybevétel pontszám	2010	1048	48,6069	8,45224	,26109
	2003	916	48,8559	8,70519	,28763

13. sz. táblázat: Ellenőrzés első alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,744	0,752
	Magyarázott varianciarányad, %	
	57,400	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Saját maga hozhat döntéseket	0,798	0,779
Képes önállóan dolgozni	0,556	0,543
Nem kell mások engedélyét kérni	0,793	0,785
Szabadon dönthet munkavégzéséről	0,849	0,834

14. sz. táblázat: Ellenőrzés második alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,852	0,835
	Magyarázott varianciarányad, %	
	46,9	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Munkatervezés feletti befolyás	0,760	0,733
Munkatempó feletti befolyás	0,730	0,697
Munkaidő feletti befolyás	0,733	0,716
Szünetek feletti befolyás	0,641	0,641
Szabadság tervezése feletti befolyás	0,494	0,516
Rugalmas munkaidő feletti befolyás	0,610	0,625
Ellátott munkafeladatok feletti befolyás	0,714	0,701
Munkamódszer megválasztása feletti befolyás	0,756	0,743

15. sz. táblázat: Az ellenőrzés alskálák főbb jellemzői

	Első alskála		Második alskála	
	minta		minta	
	2010	2003	2010	2003
Átlag	14,27	14,56	20,38	20,90
Szignifikancia	0,012		0,006	
Szórás	2,62	2,44	4,31	4,15

16. sz. táblázat: Támogatás első alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,724	0,701
	Magyarázott variánciahányad, %	
	52,843	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Jó ápolónak lenni	0,734	0,739
Ápolótársai kiállnak egymásért	0,802	0,783
Ápolótársai fontos szerepe az Ön életében	0,746	0,751
Ápolótársai megfelelő szakmai felkészültsége	0,613	0,575

17. sz. táblázat: Támogatás második alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,790	0,898
	Magyarázott variánciahányad, %	
	76,756	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Ápoló felettes törődése beosztottaival	0,852	0,855
Ápoló felettes önt mennyire kedveli	0,855	0,829
Ápoló felettes ön képességeit mennyire értékeli	0,912	0,887
Ápoló felettes segítése	0,884	0,877

18. sz. táblázat: A támogatás alskálák főbb jellemzői

	Első alskála		Második alskála	
	minta		minta	
	2010	2003	2010	2003
Átlag	13,83	14,20	15,22	15,21
Szignifikancia	0,002		0,941	
Szórás	2,64	2,56	3,14	3,21

19. sz. táblázat: Jól-lét pozitív alskálájának jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,761	0,758
	Magyarázott varianciarányad, %	
	57,997	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Rendkívül jól érezte magát az elmúlt hónapban	0,738	0,711
Örült annak, hogy valamit teljesített	0,772	0,791
Büszke volt, mert valaki pozitívan értékelte	0,766	0,768
Úgy alakultak a dolgok, ahogy szeretne volna	0,771	0,748

20. sz. táblázat: Jól-lét negatív alskálájának jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,669	0,755
	Magyarázott varianciarányad, %	
	57,997	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Magányosnak érezte magát	0,809	0,818
Lehangolt vagy boldogtalan volt	0,867	0,833
Olyan nyugtalan volt, hogy nem tudott megülni egy helyben	0,786	0,789

21. sz. táblázat: A jól-léti skálák főbb jellemzői a két vizsgálati időpontban

	Pozitív jól-lét skála		Negatív jól-lét skála	
	minta		minta	
	2010	2003	2010	2003
n	1048	916	1048	916
Átlag	9,33	9,59	5,99	5,97
Szignifikancia	0,035		0,782	
Szórás	1,61	1,62	1,67	1,48
Itemenkénti átlag	2,40	2,33	1,99	2,00

22. sz. táblázat: Igénybevétel és jól-lét közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

	Pozitív jól-lét	Negatív jól-lét
1. alskála	-0,219	0,223
2. alskála	-0,234	0,072
3. alskála	-0,244	0,231
Igénybevétel skála	-0,298	0,253

23. sz. táblázat: Önállóság és jól-lét közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

	Pozitív jól-lét	Negatív jól-lét
1. alskála	0,093	-0,103
2. alskála	0,186	-0,127

24. sz. táblázat: Támogatás és jól-lét közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

	Pozitív jól-lét	Negatív jól-lét
1. alskála	0,235	-0,137
2. alskála	0,162	-0,081

25. sz. táblázat: Kontroll-igénybevétel keresztábra

minta				igénybevétel		Összes
				alacsony	magas	
2010	kontroll	alacsony	Count	267	201	468
			% within kontroll	57,1%	42,9%	100,0%
			% within igénybevétel	50,2%	39,0%	44,7%
			% of Total	25,5%	19,2%	44,7%
			Adjusted Residual	3,7	-3,7	
		magas	Count	265	315	580
			% withinkontroll	45,7%	54,3%	100,0%
			% within igénybevétel	49,8%	61,0%	55,3%
			% of Total	25,3%	30,1%	55,3%
			Adjusted Residual	-3,7	3,7	
	Összes	Count	532	516	1048	
		% within kontroll	50,8%	49,2%	100,0%	
		% within igénybevétel	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	50,8%	49,2%	100,0%	
2003	kontroll	alacsony	Count	259	195	454
			% within kontroll	57,0%	43,0%	100,0%
			% within igénybevétel	59,7%	40,5%	49,6%
			% of Total	28,3%	21,3%	49,6%
			Adjusted Residual	5,8	-5,8	
		magas	Count	175	287	462
			% within kontroll	37,9%	62,1%	100,0%
			% within igénybevétel	40,3%	59,5%	50,4%
			% of Total	19,1%	31,3%	50,4%
			Adjusted Residual	-5,8	5,8	
	Összes	Count	434	482	916	
		% within kontroll	47,4%	52,6%	100,0%	
		% within igénybevétel	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	47,4%	52,6%	100,0%	

26. sz. táblázat: A minták igénybevétel és kontroll szint szerinti összetétele

minta			Igénybevétel		Összesen
			alacsony	magas	
2010	Kontroll	alacsony	267 (25,5%)	201 (19,2%)	468 (44,7%)
		magas	265 (25,3%)	315 (30,1%)	580 (55,4%)
	Összesen		532 (50,8%)	516 (49,2%)	1048 (100%)
2003	Kontroll	alacsony	259 (28,3%)	195 (21,3%)	454 (49,6%)
		magas	175 (19,1%)	287 (31,3%)	462 (50,4%)
	Összesen		434 (47,4%)	482 (52,6%)	916(100%)

27. sz. táblázat: Az elmúlt években munkahelyi gondokat okozó tényezők megoszlása

Változó	Válaszok megoszlása, %					Átlag	Szórás
	semmit	keveset	valamennyit	sokat	rendkívül sokat		
Az elmúlt években félelem a munkatársak elvesztésétől (n=1047)	17,6	31,2	38,2	11,4	1,6	2,5	1,0
Az elmúlt években félelem más osztályra, részlegbe való helyezéstől (n=1046)	21,4	26,2	34,3	14,6	3,4	2,5	1,1
Az elmúlt években félelem a jövedelem-csökkenéstől (n=1044)	3,5	8,1	24,0	36,6	27,7	3,8	1,1
Az elmúlt években félelem az előléptetési lehetőségek korlátozottságától (n=1044)	51,9	31,8	13,6	2,0	0,7	1,7	0,8
Az elmúlt években nem tudott elmenni továbbképzésekre (n=1045)	43,5	34,8	17,4	3,2	1,1	1,8	0,9
Az elmúlt években nem tudott újabb, magasabb végzettséget szerezni (n=1046)	54,9	25,8	14,0	3,6	1,7	1,7	1,0

28. sz. táblázat Az utóbbi 4-5 évben bekövetkezett tényezők értékelésének megoszlása

Változó	Válaszok megoszlása, %			Átlag	Szórás
	romlott	nem változott	javult		
Utóbbi 4-5 évben fizetés, anyagi helyzet (n=1040)	65,9	30,6	3,6	0,4	0,6
Utóbbi 4-5 évben a munkatársakkal való kapcsolat (n=1040)	14,8	65,1	20,1	1,1	0,6
Utóbbi 4-5 évben a felettesekkel való kapcsolat (n=1039)	9,5	72,2	18,3	1,1	0,5
Utóbbi 4-5 évben az orvosokkal való kapcsolat (n=1040)	10,1	74,1	15,8	1,1	0,5
Utóbbi 4-5 évben a betegekkel való kapcsolat (n=1040)	10,6	73,6	15,9	1,1	0,5
Utóbbi 4-5 évben a lelkiállapota (n=1038)	50,3	43,3	6,5	0,6	0,6
Utóbbi 4-5 évben az intézményen belüli kommunikáció (n=1040)	18,8	67,8	13,4	0,9	0,6

29. sz. táblázat: A jövőbeli változások értékelésének megoszlása a válaszadók szerint

Változó	Válaszok megoszlása, %			Átlag	Szórás
	romlani fog	nem fog változni	javulni fog		
Jövőben a fizetés, anyagi helyzet (n=1047)	49,0	41,5	9,6	0,6	0,7
Jövőben a munkatársakkal való kapcsolat (n=1046)	6,5	70,7	22,8	1,2	0,5
Jövőben a felettesekkel való kapcsolat (n=1046)	5,6	78,6	15,8	1,1	0,5
Jövőben az orvosokkal való kapcsolat (n=1046)	6,5	79,8	13,7	1,1	0,4
Jövőben a betegekkel való kapcsolat (n=1045)	8,0	74,7	17,2	1,1	0,5
Jövőben a lelkiállapot (n=1044)	33,9	47,9	18,2	0,8	0,7
Jövőben az intézményen belüli kommunikáció (n=1043)	10,1	70,7	19,3	1,1	0,5

30. sz. táblázat: Skálák jellemzői és az egészségügyi rendszer átszervezésének kapcsolata

Skála	Egészségügyi rendszer átalakulása érintette-e	Átlag	Szórás	Szignifikancia
Pozitív jól-lét	nem	9,4043	1,58315	0,283
	igen	9,2925	1,62547	
Negatív jól-lét	nem	5,9946	1,65871	0,974
	igen	5,9911	1,68352	
Igénybevétel	nem	47,5687	8,48480	0,003
	igen	49,1758	8,38621	
Támogatás	nem	29,0728	4,87770	0,919
	igen	29,0414	4,76657	
Kontroll	nem	34,7466	5,60458	0,690
	igen	34,5923	6,18184	

31. sz. táblázat: „Munkahelyi környezet okozta bizonytalanság” alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,614	0,630
	Magyarázott varianciarányad, %	
	57,845	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Az elmúlt években félelem a munkatársak elvesztésétől	0,793	0,742
Az elmúlt években félelem más osztályra, részlegbe való helyezéstől	0,819	0,807
Az elmúlt években félelem a jövedelem-csökkenéstől	0,659	0,665

32. sz. táblázat: „Előrelépési-korlát okozta bizonytalanság” alskála jellemzői

Eljárás	Faktor analízis	Skála-Item kapcsolat
	KMO-mutató	Cronbach-alfa
	0,696	0,776
	Magyarázott varianciahányad, %	
	69,157	
Item	Faktor-Item korreláció	Skála-Item korreláció
Az elmúlt években félelem az előléptetési lehetőségek korlátozottságától	0,818	0,793
Az elmúlt években nem tudott elmenni továbbképzésekre	0,855	0,855
Az elmúlt években nem tudott újabb, magasabb végzettséget szerezni	0,821	0,822

33. sz. táblázat: Bizonytalanságérzet- jól-lét- igénybevétel-támogatás-kontroll kapcsolata

		Előrelépési-korlát okozta bizonytalanság	Munkahelyi környezet okozta bizonytalanság	Bizonytalanság	Negatív életesemények
Igénybevétel	Korrelációs együttható	0,186	0,174	0,218	0,285
	Szignifikancia	0,000	0,000	0,000	0,000
Támogatás	Korrelációs együttható	-0,095	0,085	-0,01	-0,174
	Szignifikancia	0,002	0,006	0,746	0,000
Kontroll	Korrelációs együttható	-0,069	-0,034	-0,065	-0,1
	Szignifikancia	0,026	0,266	0,036	0,001
Pozitív jól-lét	Korrelációs együttható	-0,092	-0,128	-0,134	-0,158
	Szignifikancia	0,003	0,000	0,000	0,000
Negatív jól-lét	Korrelációs együttható	0,166	0,195	0,222	0,163
	Szignifikancia	0,000	0,000	0,000	0,000

34. sz. táblázat: A pozitív jól-lét vizsgálata regressziós modellekkel (1. modell)

1. modell

Többszörös korreláció	0,362				
R-négyzet	13,10%				
Korrigált R-négyzet	12,80%				
Tényező	Regressziós együttható	p	Standardizált béta (fontosság)	Pozitív jól-léttel való korreláció	R-négyzet felbontás
Igénybevétel	-0,049	0,000	-0,259	-0,318	8,2%
Kontroll	0,026	0,002	0,096	0,183	1,8%
Támogatás	0,042	0,000	0,125	0,249	3,1%
Összesen					13,1%

35. sz. táblázat: A pozitív jól-lét vizsgálata regressziós modellekkel (2. modell)

2. modell

Többszörös korreláció	0,371				
R-négyzet	13,80%				
Korrigált R-négyzet	13,50%				
Tényező	Regressziós együttható	p	Standardizált béta (fontosság)	Pozitív jól-léttel való korreláció	R-négyzet felbontás
Igénybevétel	-0,045	0,000	-0,237	-0,318	7,5%
Kontroll	0,024	0,003	0,091	0,183	1,7%
Támogatás	0,043	0,000	0,129	0,249	3,2%
Bizonytalanság	-0,037	0,003	-0,087	-0,159	1,4%
Összesen					13,8%

36. sz. táblázat: A negatív jól-lét vizsgálata regressziós modellekkel (3. modell)

3. modell

Többszörös korreláció	0,277				
R-négyzet	7,70%				
Korrigált R-négyzet	7,40%				
Tényező	Regressziós együttható	p	Standardizált béta (fontosság)	Negatív jól-léttel való korreláció	R-négyzet felbontás
Igénybevétel	0,047	0,000	0,238	0,261	6,2%
Kontroll	-0,023	0,009	-0,083	-0,132	1,1%
Támogatás	-0,009	0,426	-0,027	-0,139	0,4%
Összesen					7,7%

37. sz. táblázat: A negatív jól-lét vizsgálata regressziós modellekkel
(4. modell)

4. modell

Többszörös korreláció	0,318				
R-négyzet	10,10%				
Korrigált R-négyzet	9,70%				
Tényező	Regressziós együttható	p	Standardizált béta (fontosság)	Negatív jól-léttel való korreláció	R-négyzet felbontás
Igénybevétel	0,039	0,000	0,199	0,261	5,2%
Kontroll	-0,021	0,019	-0,074	-0,132	1,0%
Támogatás	-0,012	0,306	-0,034	-0,139	0,5%
Bizonytalanság	0,071	0,000	0,161	0,216	3,5%
				Összesen	10,1%

38. sz. táblázat: A jól-lét és egészségi állapot összefüggései

Dimenzió		Egészségi állapot saját megítélése		Betegségek száma	
		2010	2003	2010	2003
Bizonytalanság	Korreláció	,077	.	,086	.
	Szignifikancia	,012	.	,005	.
Igénybevétel	Korreláció	,167	,140	,196	,044
	Szignifikancia	,000	,000	,000	,186
Támogatás	Korreláció	-,133	-,056	-,090	,008
	Szignifikancia	,000	,093	,004	,814
Kontroll	Korreláció	-,101	-,054	-,091	,051
	Szignifikancia	,001	,101	,003	,124
Pozitív jól-lét	Korreláció	-,243	-,169	-,181	-,034
	Szignifikancia	,000	,000	,000	,306
Negatív jól-lét	Korreláció	,243	,134	,133	,023
	Szignifikancia	,000	,000	,000	,480

Mélyinterjúk

1. Bajai Szent Rókus Kórház, 2011.01.19. Göbl Vilmosné ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Nem.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Kb. 30-50 fő hiányzik.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

A jelenlegi fizetések mellett jelentős. A megélhetés miatt indulnak el más munkaterületre, illetve külföldre.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

2007-ben volt a struktúraváltás idején, amikor országosan 3500-4000 fő szakdolgozó ment el. Ez nálunk is így volt. A humán erőforrás átvizsgálásával a szerződéses dolgozók munkaviszonyát meg kellett szüntetni.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Az invazív és non invazív osztályokon, mivel mindkettőn megterhelő a munka.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

20-30 fő.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

Csökkenő tendencia figyelhető meg, mert az ápoló nem tartozik a jó szakmák közé, nem megélhetést biztosító szakma.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

2007-ben volt a humán erőforrás átvizsgálásával, a szerződéses dolgozók mentek el, illetve a Prémium Programban - mert volt ilyen lehetőség is - elmentek a dolgozók.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

A struktúraváltás volt az, ami ezt előidézte abban az időben.

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

Igen, 2008-ban.

Ha igen, mennyiszer?

Egyszer.

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Nem.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

A kórházban ágyszámleépítés nem volt, hanem 2007-ben a struktúraváltás során mondták, hogy ha egy ágyat lead az intézmény, azért adnak 100 ezer forintot. 100 aktív ágyat adtunk le. Az ágyszámunk 601 volt, most 584, mert egy ápolási osztályunkra most felmentésünk van, szüneteltetés alatt áll. 368 aktív ágyunk van, viszont megnövekedett a krónikus ágyunk 153-ra, és kaptunk 62 rehabilitációs ágyat is.

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nem küldtünk el senkit. A szerződéses dolgozók külföldre mentek nagyon sokan, illetve az átszerződéses dolgozók közül is nagyon sokan elindultak külföldre. Akik itt maradtak a kórházban, ott pedig az áthelyezéseket megcsináltuk.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

Nem volt.

Történt-e ágyszámbővítés?

Nem bővítettünk ágyszámot.

Minek hatására következett ez be?

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

A többletmunkát túlórakkal és új ápolók alkalmazásával tudtuk megoldani.

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

Nem, a reumatológiai osztályunk átalakult mozgásszervi rehabilitációs osztállyá, nyilván itt az ápolói létszámot nem érintette elbocsátás terén, hanem ezeket a

szakdolgozókat, akik a reumatológián dolgoztak, a mozgásszervi rehabilitációs osztályon alkalmazzuk, átképzéseket valósítottunk meg.

Mi volt ennek az oka?

Mennyi ápolót érintett?

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nyílt-e új osztály a kórházban?

Nem nyitottunk meg új osztályt. Nappali kórházat kezdtünk működtetni a pszichiátrián kezelt betegeknek, akik otthonról járnak be, és foglalkoztatjuk őket. Különböző ajándékokat készítenek Karácsonyra, betanulnak szerepeket, ezt a városi fórumokon elő tudják adni.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi életet fenyegette?

Nem lettünk súlyponti kórház, hanem területi kórház, így a finanszírozásunk is más volt. Szerencsére ez ma már megszűnt, tehát ilyen értelemben pénzmegvonás a kórháztól nem volt.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

Nem volt fizetéses csökkentés. A közalkalmazotti bértábla alapján kapja mindenki a fizetését.

Melyik évre volt ez jellemző?

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Nem.

Ez kb. mennyi fizetés-csökkenést eredményezett havonta?

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

Nem.

13. havi fizetésben?

13. havi fizetést nem fizetünk, de mindig kapnak valamilyen kiegészítést, nem havi rendszeres juttatást, hanem Húsvétkor, Karácsonykor vásárlási utalványt kapnak a dolgozók, nyilván ez csak a szakdolgozókat érinti. Az orvosok és a menedzsment lemond a juttatásról.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Gondolkodunk olyanon is, hogy most ugye kötelező lesz a szakdolgozóknak is a Kamarai tagság, a tagdíj 50%-át próbálja az intézmény a szakdolgozók esetében (csak a szakdolgozóknak, az orvosoknak nem) kifizetni.

Semmelweis napi jutalomban?

Van nálunk Semmelweis napi ünnepség is, ilyenkor egy, „A bajai Szent Rókus Kórházért” kitüntető címet kap valaki, egyetlen egy fő, ez általában orvos szokott lenni, aki rendkívüli módon sokat tett a bajai kórházért. Azon kívül van az orvosi, szakdolgozói és a gazdasági terület, ahol három fő főigazgatói dicséretben részesül, három fő pedig kimagasló munkájáért kap az igazgatótól oklevelet. Ezek pénzjutalommal járnak, nem olyan sokkal.

Üdülési csekk?

Nem.

Étkezési utalvány?

Nem.

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

Munkaruhát természetesen biztosítunk a dolgozóknak.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra ill. bevezetésre?

Van plusz juttatás, amit az elmúlt években vezettek be. Ez az, amit mondtam, hogy Húsvétkor, Karácsonykor vásárlási utalványt kapnak, illetve beiskolázási támogatásban részesülnek a dolgozók. Iskoláskorú gyerekek szeptemberben az iskolakezdésre kapnak pénzt.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

Általában tíz-húsz órára jön ki egyes osztályokon. Van ahol nem, bár mi féléves munkaidő keretben dolgozunk, tehát fél év alatt gyűlik neki össze valamennyi túlórája, és az akkor kerül kifizetésre.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

A mennyisége ennek csökkent.

Mi lehetett a változás oka?

A humán erőforrás átvizsgálása következtében.

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Igen, 150%-os kifizetésre kerül.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

Vállalnak más, nem egészségügyi jellegű munkát.

Ezt a kórházban-esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

Nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak.

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Szerintem emelkedett a megélhetés miatt, mert a közalkalmazotti bértábla igen alacsony fizetési lehetőséget tesz lehetővé.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobics)

Nincs. Arra mód és lehetőség van, hogy a gyógytornászokhoz lemeget, ha valakinek problémája van. Pár nap kezelés után kazettára szokta mondani a gyógytornász a

gyakorlatokat, és ezt mindenki otthon meg tudja csinálni, illetve ha valakinek olyan problémája van, a masszírozós lányokhoz le lehet menni. Ez is hozzátartozik a belső kis életünkhöz.

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Ingyenes.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Nem.

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Egy új, a dolgozók rekreációját segítő folyamat indult el 2010-ben, a főigazgató úr engedélyezi: „Csapatépítő Nap”. Évente egy alkalommal minden osztály tarthat egy ilyen csapatépítő tréninget, ami munkaidőnek minősül. Az intézmény biztosítja az egész osztálynak a húst, kimennek a Petőfi-szigetre, bográcsban főznek, kivisznek pingpong asztalt, egész nap tollaslabdáznak. Egész nap kint vannak, felváltva oldják meg a munkát, leváltják egymást, és egész nap jól érzik magukat.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

A szabadságokat általában két-három hetet szoktunk engedélyezni, hogy kivehesse a dolgozó.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Javult szerintem, mert kikapcsolódásra mindenkinek szüksége van, családdal töltik, illetve a kisgyermekeket szünidőben meg kell oldani, hogy ki hogyan lássa el. Az intézményben a szakdolgozók körében én szinte mindenkit ismerek, tudom milyen a munkája, napi munkakapcsolatban vagyok velük. Ha van valamilyen családi problémája, vagy el kell intéznie saját magának a városban valamit, természetesen, ha szól a dolgozó, akkor minden további nélkül erre van lehetősége, mindenkit el szoktunk engedni. Mondjuk, ezt pénzben nem lehet kifejezni, de rugalmasan próbáljuk ezeket a családi helyzeteket is kezelni, megoldani.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Mindenki, aki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése?

Tanulmányi szerződést kötünk a dolgozóval.

Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Most növekedni fog az idén. Kereszt félévben indítjuk, mert közforgalmú gyógyszerteráti indítottunk be, ahhoz szükség van gyógyszerkiadó asszisztensre, tehát azt a szakképzettséget is meg kell szerezni. Sürgősségi szakápolókat is fogunk képezni, bár a sürgősségi osztályunkon diplomás ápolók és intenzív szakápolók dolgoznak. Onkológiai szakápolókat (nincs onkológiai osztályunk, csak egy gondozónk) is fogunk képezni. Nagyon sok sztomás onkológiai beteg van, akik a belgyógyászatban és sebészetben helyezkednek el, azok ápolására képezzük őket. Pszichiátriai szakápolónak 13 főt iskolázunk most be, úgyhogy most egy minőségi változás fog következni nálunk, és most az idén sokan el fognak indulni.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

A tandíj 50%-át, az útiköltséget és a szállásdíjat 100%-ban szoktuk fizetni, illetve teljes munkadíjat adunk. Egy TÁMOP pályázatunk van, ahol 34 fő OKJ-s képzését végezzük, illetve 109 fő kommunikációs tréningen vehet részt, ezt nyertük 34 millió forint értékben. Itt is figyelembe vettük, amikor kiadták a minimum feltételeket, hogy minőségileg javítsuk a szakdolgozók szakképesítését. Egyébként elmondható, hogy az intézményben 89-93%-os a szakképzettségi arány, tehát szakképzett dolgozók végeznek minőségi munkát.

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Természetesen van mindenkinek lehetősége. Minden évben az Ápolónők Napját megünnepeljük, itt kb. 60-80 fő jutalmazásban részesül, pénzbeli juttatás az alapítványtól, de ezt csak továbbképzésen lehet felhasználni, tehát a dolgozó jön, kérelmezi, hogy szeretne valamilyen továbbképzésre menni, azt az alapítvány fizeti. Tehát így szemtől-szembe pénzt nem tudunk adni a dolgozónak, de az alapítvány támogatja, és ebből kifolyólag el tud menni továbbképzésre, és a kötelező pontokat meg tudja szerezni. Helyi továbbképzéseket is szoktunk szervezni, mert nem mindig tudnak a családtól és a műszakból továbbképzésre elmenni.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Az anyagi hozzájárulást biztosítjuk.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Ennek mértéke nőtt az elmúlt években.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

Megbeszéljük a rendeléseken a dolgozókkal, hogy mikor szeretnének menni, és így természetesen be tudnak jutni.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiegészítő tevékenység?

A TÁMOP 6.2.2. pályázat keretében kommunikációs tréninget indítunk, havonta vesznek részt benne a dolgozók, illetve van nálunk sok pszichológus, mentálhigiénés szakember, és amelyik osztálynak igénye van rá, egy-egy ilyen tréningen részt vehet.

Minek hatására és mikor hozták ezt létre?

Azért hoztuk létre, mert a nővérek elleni erőszakos viselkedések megjelentek. Szerencsére közfeladatot ellátó személyek vagyunk mi is, és rendnek kell lenni és a másik része az, hogy kizökkenteni a dolgozókat a mindennapi tevékenységükből, ami jó hatással van a munkájára is és a családjára is.

Milyen az érdeklődés iránta?

Nagy.

2. Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórháza Gyula, 2011.01.06. Halmosné Mészáros Magdolna ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Igen, mert mi szerencsés helyzetben vagyunk, mivel több ápoló képző intézmény van a városunkban. Van a diplomás ápoló képzés, van egy szakképző intézet, van egy ápolási asszisztenseket képző intézet és Békéscsabán is van egy szakképző intézet.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Most pillanatnyilag 26 fő, ez összességében 3,4%, tehát nem mondható soknak. Februárban úgy tűnik, vissza is tudjuk pótolni, mert akkor is végez egy csoport.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

Mi nem vagyunk speciális helyzetben, mert Gyula kis város, nagyon kevés munkahely van, tehát nem nagyon tudnak még a környékben sem elhelyezkedni, így a pályaelhagyó viszonylag kevés.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

Sajnos, amikor a 30/2006-os finanszírozási rendeletet, amikor a TVK-t bevezették, korlátozni kellett a teljesítményeket, akkor mi is több ápolónőnek, - akinek határozott

idejű munkaszerződése volt -, megszüntettük a munkaviszonyát. A 2006-2008-as év között volt.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Inkább a krónikus és az intenzív osztályon.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

Körülbelül 60-70 fő.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

Az elmúlt évek átlagában növekvő.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

Igen. Sajnos az állásainkat is csökkentették. A tulajdonos a TVK-nak és a finanszírozásnak megfelelően, illetve az ágyszám csökkentéssel, mert volt egy struktúra átalakítás is.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

Ágyszám csökkentés, struktúra átalakítás, TVK.

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

Nem volt.

Ha igen, mennyiszer?

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Nem volt.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

Igen, 2007-ben a struktúra átalakítást követően. Pillanatnyilag 1472 ágyunk van, és akkor 1526 ágyunk volt, tehát olyan 60-70 ágy. 2007 áprilisában volt ez.

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Akkor még át tudtuk helyezni őket más osztályokra.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

Ez a 2007-es, a finanszírozási rendeletet követően, mi nagyon hátrányosan voltunk érintve ilyen szempontból.

Történt-e ágyszámbővítés?

Sajnos nem.

Minek hatására következett ez be?

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

Nem kellett bezárni osztályt.

Mi volt ennek az oka?

Mennyi ápolót érintett?

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nyílt-e új osztály a kórházban?

Nem.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi létet fenyegette?

Igen. A TVK-t folyamatosan változtatták, és mi úgy éreztük, - más hasonló kórházakkal is összehasonlítottuk - hogy mi hátrányosan alacsonyabb TVK-t kaptunk, mint más hasonló kórház. Egy budapesti kórházzal hasonlítottuk össze magunkat.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

2007-ben, 2008-ban, az elmúlt évben is. Ezért indítottunk is egy pert. Négy kórház indította, ezt próbálták kompenzálni egy külön összeggel. Mikor a kórházak konszolidációja ebben az évben megtörtént, a négy kórház megnyerte ezt a pert. Mi úgy érezzük, hogy hátrányosan több ágyat voltak el, és ettől mi folyamatosan

szenvedtünk. Azért is éreztük magunkat hátrányosnak, mert olyan aktív ágyakat vettek el, pl. a belgyógyászat, gyermekosztály, ahol arányosan, a megyében is a tíz ezer lakosra jutó ágyszámhoz képest mi alacsonyabban voltunk, és a betegeket nem tudtuk tovább küldeni, mert súlyponti kórház voltunk, és így sokszor gyakorlatilag ingyen kellett ellátni betegeket.

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Gyakorlatilag a fizetéseket ki tudtuk fizetni, viszont ami plusz pénzeket ki tudtunk osztani dolgozóknak, azokat folyamatosan visszavontuk, pl. szakoktatóktól pótlékokat, vagy ha valamilyen plusz munkáért kaptak a dolgozók, akkor azokat a pénzeket folyamatosan vissza kellett vonni, tehát sokan érezték ennek a hátrányát.

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Nem.

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

Az alapilletményen és a munkahelyi pótlékon túli pénzeket gyakorlatilag mindenkitől visszavontuk.

Melyik évre volt ez jellemző?

2007-től folyamatosan, még az elmúlt évben is, és még mindig azt nézzük, hogy hol lehetne valamilyen pénzmegvonás, hogy talpon tudjunk maradni.

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Teljesen változó, mert volt olyan dolgozó, akitől akár bruttó húsz ezer forintot is visszavontunk, de voltak olyan kisebb fizetésű dolgozók, pl. a takarítónők, akiktől két-három ezer forintot vontunk vissza, de hát nekik nyilván hogy ez is kiesés volt.

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

Nagyon sokáig nem, de pl. ebben az évben, illetve az elmúlt év decemberében, amikor megkaptuk ezt a bíróság által jóváhagyott pénzösszeget, akkor ebből vásárlási utalványt tudtunk kiadni a dolgozóknak 21 ezer forint értékben.

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Ami törvényi kötelezettség, azt mindent megadunk a dolgozóknak, még a túlórákat is kifizetjük.

Ez kb. mennyi fizetéscsökkenést eredményezett havonta?

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

Nem.

13. havi fizetésben?

Nem. Amíg a törvény erre jogalapot adott, igen, de mivel most már ez nincs, nem tudjuk önerőből kifizetni.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Rendszeresen nem. Alkalmanként minden dolgozó egységesen ezt a 21 ezer forintot megkapta. Ezt most tudtuk csak megtenni.

Semmelweis napi jutalomban?

Semmelweis Napon, illetve Pándy Kálmán (a kórház névadója) születésnapja október közepén van, tehát ezen a két alkalommal vannak kitüntetések. Semmelweis Napon van a „Kórházért” kitüntetés minden területről: gazdaság, orvoslás, ápolás, két-két fő kap igazgatói dicséretet, ez pénzjutalommal jár. Pándy alkalommal egy Pándy érmet kap egy orvos, de ez nem jár pénzzel, és egy Pándy nővér címet adunk át, ez bruttó tíz ezer forint jutalommal jár rendszeresen. Ezek a Pándy nővérek megkapják ezt a tíz ezer forintot folyamatosan, ezt nem vontuk vissza senkitől, mindaddig, míg érdemes a címre. Ezen túl elnöki dicséretet kapnak, tehát a megyei elnök minden területen egy-egy munkatársunknak elnöki dicséretet ad. Az Ápolók Nemzetközi Napját mindig megünnepeljük, és ott két emberünk tárgyi jutalmat szokott kapni.

Üdülési csekk? Étkezési utalvány?

Bizonyos többletmunkát időnként így szoktunk jutalmazni, ahol esetleg valamilyen kiesés van, vagy valamilyen plusz munkát vállalnak, de ez nem rendszeres, hanem alkalmankénti. És mindig változó munkacsoport, aki éppen le van terhelve.

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

Hozzájárulás nincs, viszont ezt mindig biztosítjuk a dolgozóknak. A főnővérek feladata figyelni, hogy a munkavédelmi szabályzat értelmében mikor jár le a kihordási idő, és ezt a kórház biztosítja minden dolgozónk számára.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra? ill. bevezetésre?

Plusz juttatás elvonása: 2008-tól 2010-ig folyamatosan vontuk vissza a szakoktatóktól, a főnővér helyettesek sem kapnak pótlékot. Akiknek volt valamilyen

plusz munkája, megnéztük, hogy nyolc órába befér-e, akkor ezt elvontuk. Vásárlási utalványokat vásároltunk most 2010-ben.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

Teljesen változó. Van olyan osztály, ahol meg tudják úgy oldani, hogy nem is írnak fel túlórát, az onkológián a kéthavi túlóra mértéke akár ezer óra is lehet.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Inkább igyekszünk csökkenteni.

Mi lehetett a változás oka?

Sikerült visszapótolni a létszámot, és akkor nincs túlórára ok. A szabadságolások elcsúszása miatt, vagy ahol több ember kiesik, tartósan táppénzen van, ott természetesen előfordulhat.

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Minden esetben kifizetjük.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

Nálunk otthonápolási szolgálat működik, és a jobb munkatársainkat ide beszerveztük. A kórház működteti az otthonápolási szolgálatot. Ott nagyon szívesen dolgoznak.

Ezt a kórházban-esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

Kórházi otthonápolási szolgálat (ld. fent).

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Az otthonápolási szolgálat az fix. Az, hogy más munkaterületen milyen másodállást vállalnak, arra sajnos nagyon nagy rálátásom nincs, de sajnos bizony azt is tudom, hogy van olyan kollegám, aki főliában dolgozik, van, aki takarítást vállal. Ezek nem bejelentett dolgok. Abban biztos vagyok, hogy nőtt a másodállást vállalók száma, mert egyre nehezebben élnek meg a munkatársaink ebből a pénzből. Mindenki panaszkodik, hogy a korábbi években felvették a kedvező kamatozású külföldi hiteleket, és mindenki erre hivatkozik, hogy ő még kénytelen elmenni munkaidő után dolgozni.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobic)

Van egy egészségnevelőnk, aki szokott szervezni pl. testsúlycsökkentő programokat, sportnapot, aerobicot, tornát a mi gyógytornászunk segítségével. Saját könyvtára van a kórházunknak, oda is bárki elmehet és igénybe veheti.

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Megpróbáljuk nagyon kedvezményesen, pár 100 forint legyen egy alkalom.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

Minden évben megszervezzük a majálist, ide még a nyugdíjas kollégákat is meghívjuk. Kórházi karácsonyi ünnepséget rendezünk minden évben. Itt is megvendégeljük a munkatársainkat, apró kis ajándékot kapnak. A Karácsony több mint tíz éve megy, a majálist nem tudom, hogy ki vezette be először, de legalább negyven éve. Minden évben volt majális, amit a kórház külön a dolgozóinak megszervez, ami azt jelenti, hogy ingyen reggelit és ebédet biztosít minden aktív illetve nyugdíjas munkatársunk számára.

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Nem, viszont minden évben szervezünk továbbképzéseket, amiket pontértékelésre adunk be, és ebbe kommunikációs tréningeket próbálunk beiktatni.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

Az osztályvezető főnövér kompetenciája, hogy biztosítsa azt, hogy lehetőség szerint mindenki, nyáron és télen ki tudjon venni legalább két-két hét szabadságot. Mindenkinek adódik évközben valamilyen programja, úgy veszi ki, ahogy akarja. Mi nem élünk azzal a lehetőséggel, hogy a munkáltató rendelkezik a dolgozó szabadságának kétharmad részével. Ez a főnövérek és főorvosok hatáskörébe tartozik, és ebből még soha nem volt semmi probléma, hogy bárki panaszkodott volna, hogy nem akkor vette ki a szabadságát és nem annyi szabadságot tudott kivenni, amennyi járt volna.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Igyekszünk javítani, és arra törekszünk, hogy az éves szabadságot valóban abban az évben vegyék ki. Természetesen mindig vannak áthúzódó szabadságok. Vannak, akik tanulnak, és januárban vizsgaidőszak van, akkor ők saját maguk tartalékolnak

több szabadságot, hogy januárra maradjon. Ehhez hozzájárulunk. Vannak olyan kollégák, akik táppénzen vannak, és nem tudják kivenni.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Van lehetőség. Azokat a továbbtanulásokat támogatjuk, amelyek szorosan a szakmához tartoznak. Elit képzést nem tudunk támogatni. Ha valaki endoszkópos vagy anesztes szakasszisztens szeretne lenni, egy ápolónő, vagy műtősnő, és nekünk szükségünk van, akkor mindenképpen támogatjuk olyan formában, hogy a tandíj 70%-át a kórház vállalja, és az útiköltséget és a szállást is a kórház vállalja. Jegyzeteket nem támogatunk.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése? Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Tanulmányi szerződésre van lehetőség.

Csökken a továbbtanulók száma. Szigorúan csak azokat engedjük, akikkel konkrét célunk van. Akinek van ápoló végzettsége, csak azért nem fogjuk támogatni, hogy diplomát szerezzen, csak akkor, ha kiváló munkatárs, és azt szeretnénk, hogy főnővér helyettes vagy szakoktató legyen, tehát olyan speciális feladatot bízunk rá. Vagy az osztályon nagyon kevés a diplomás ápolók száma, azért a minőségi képzésre is ügyelünk, hogy nem csak egy diplomás ápoló legyen, a főnővér, hanem egy nagyobb osztályon három-négy diplomás ápoló is legyen.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

ld. fent

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Igen, szigorúan követjük, hogy akinek a továbbképzési pontjához kell, azokat a továbbképzéseket támogatjuk. Helyben évente négy-hat továbbképzést szervez az intézetvezető szakoktató, ahova elmehetnek a dolgozók. Azonban vannak olyan speciális szakmák, mint az izotóp diagnosztika, sugárterápia, akiknek speciális képzése van, azokat természetesen elengedjük, hogy az ő speciális képzésükön vegyenek részt.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Ha a továbbképzési pontjukhoz kell, akkor a teljes költséget támogatjuk, amennyiben nem kell, akkor is bizonyos támogatást szoktunk adni, a főorvosok kérik szponzorok segítségét, és a távollétet munkaidőnek számoljuk el.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Az elmúlt öt évhez képest csökkent.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

Általában ezért nem kell külön szólni soha, nem hallottuk, hogy ebből probléma lenne. Főorvosi értekezleten főigazgató úr is elmondta, hogy erre figyeljenek oda, hogy aki egészségügyben dolgozik, az elsőbbséget élvezhessen.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiegészítő tevékenység?

Egységesen, széles körűen nem. Ott van, ahol szükségesnek érezzük. Az elvándorlás, tehát ha el akar menni másik osztályra, vagy a főnővér jelez valami problémát, abból mi már érzékeljük, hogy itt valami nincs rendben, akkor megkérünk egy kórházi pszichológust, hogy próbáljon először egy csoportos tréninget tartani, utána aki igényli, egyéni elbeszélgetéseket kezdeményez, és ami rám, mint ápolási igazgatóra tartozik, akkor amiben tudok, próbálok segíteni.

Milyen az érdeklődés iránta?

Változó. Volt olyan munkacsoport, aki elzárkózott ettől is, viszont volt olyan munkacsoport, aki nagyon jó néven vette, és úgy érezte, foglalkozunk vele, nem csak állandóan a mulasztásokra hívjuk fel a figyelmüket, hanem oda próbálunk figyelni rájuk. Van, amikor elegendő, hogy én elmegyek, kibeszélik magukat, megbeszéljük, hogy menjek-e el másik időpontban, történt-e valami, tehát sokszor elegendő az, hogy a feszültségeiket ki tudják adni magukból a dolgozók.

3. Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Kecskemét, 2011.01.11. Dr. Fáy Tamásné ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Közvetlenül a betegágy mellett 628 ápoló dolgozik, és az elmúlt évekhez viszonyítva most szinte nincs üres állásunk. Egy-két üres állásunk van, a többi betöltött, és a

képzettségi szint is elég jó. Többségében E kategóriás ápolók dolgoznak már a betegágy mellett.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Most az intenzíven és az onkológián van egy-egy üres állás, a többi betöltött.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

Az előző évekhez viszonyítva lényegesen csökkent, ezt gondolom az is befolyásolja, hogy ma már az emberek jobban megbecsülik a munkájukat, és ez nem csak az ápolókra vonatkozik, hanem a betegszállítók, a műtőssegédek, ahol korábban mindig hiány volt, most teljes a létszám ezen a területen is. Tehát gondolom, hogy azok a nehézségek, hogy nagyon sok a munkanélküli és nehezen tudnak elhelyezkedni, tehát azok a cégek, akik elszívták eddig a betegágy mellől a dolgozót, azok vagy megszűntek, vagy ott is telítődött a létszám, így minimális az elvándorlás. Mondhatom azt, hogy az elmúlt egy évben csak szülési szabadságra, egy-egy dolgozó ment el. Férjhez menés miatt egy másik városba költözött, és most az elmúlt három hónapban pedig öt ápoló ment ki Olaszországba dolgozni, ezek mind ápolói képesítéssel, sőt, az egyik még műtős asszisztensi képesítéssel is rendelkezett.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

Az elmúlt hét évben, azt hiszem talán öt-hat évvel ezelőtt volt nagyon sok pályaelhagyó, inkább már hat évvel ezelőtt, akkor vettük fel Erdélyben a székelyudvarhelyi és a marosvásárhelyi egészségügyi intézményekkel a kapcsolatot, onnan közel negyven ápolót tudtunk két év alatt ide csábítani a kórházba.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Onkológián és intenzíven van egy-egy hely.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

Nagyon minimális. Jó a helyzet, mivel volt a közmunka program, ahol 15 ápolót képeztünk ki gyakorló ápolóvá, most áprilisban pedig ápolói képesítést fognak szerezni. Ennek a pályázatnak az volt a feltétele, hogy mi státuszt biztosítsunk és gyakorlatilag ez a 15 ember így került ide hozzánk, hogy érettségivel rendelkezett, és ezek regisztrált munkanélküliek voltak, és a képzésüket az intézmény vállalta fel. Pályázati pénzkeretből biztosítottuk ezt a képzési programot.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

Lényegesen kevesebb, pl. volt olyan két év, amikor az egészségügyi középiskola egyáltalán nem tudott indítani hallgatókat, mert nem volt meg a minimum 15

hallgató. Tavalyi évben 11 vagy 12-en végeztek a 15-ből, és abból három vagy négy pályakezdő kezdte el itt az intézményünknel a munkát, a többi hazament a falujukhoz közeli kórházakba vagy alapellátásba, tehát azok nem is jelentkeztek nálunk.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

Volt létszámleépítés, de ez összekapcsolódott a struktúramódosítással. Bizonyos osztályokat a struktúramódosítás következtében karcsúsítani kellett, sajnos volt egy olyan év, amikor a minimum feltétel feletti osztályok, amelyeknél több volt, mint amelyet a minimum feltétel előír, egy-egy létszámot onnan is el kellett vonnunk. Az endoszkópia átkerült magánkézbe, illetve a rehabilitációs osztályunk 33 ágygal megszűnt, vagyis átkerült Félégyházára. Ebből adódóan volt egy struktúramódosítás, és ezzel létszámleépítés is.

2010-ben, és hat évvel ezelőtt volt, ami jelentősebb volt. Azóta nem történt az ápolás területén létszámleépítés. Azóta is voltak megszorító intézkedések, de hál' istennek a menedzsment elfogadta, hogy betegágy mellől – ha volt is egy-egy létszám, akkor az elsősorban a járóbeteg ellátás vagy a diagnosztika területéről történt meg, de a fekvőbeteg ellátás területéről az elmúlt években egyetlen egy létszámot nem vontunk el.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

Struktúramódosítás.

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

Egyszer, öt évvel ezelőtt (2005), a mi főigazgatónk lett Kecskemét város polgármestere, és az orvos igazgató lett a főigazgató.

Ha igen, mennyiszer?

Egyszer.

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Nem történt.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

Az elmúlt évben volt egy jelentős ágyszámleépítés, a pszichiátriai osztályunkat 32 ágygal kellett csökkenteni orvoshiány miatt. Szinte alig van pszichiátriai szakképzettségű orvosunk. Onnan az elmúlt években hárman vagy négyen külföldre mentek, ketten pedig elmentek szülni, és olyan kritikussá vált a helyzet, hogy emiatt kellett megtenni ezt a lépést. Az elmúlt év végén történt, meg szeptemberben a másik ilyen struktúramódosítás. A krónikus ágyakat kellett egy megyei önkormányzati döntés hatására Félegyházára átadtunk (50 krónikus ágyat meg 33 rehabilitációs ágyat), és 103 aktív ágyat kellett átvennünk onnan, mert ott megszűnt a szülészeti, a gyermekosztály és a sebészet, és azt a feladatot pedig átvettük. Gyakorlatilag úgy vettük át, hogy a sebészet az nem kapott bővítést, mert a jelenlegi ágyszám elegendő volt ahhoz, hogy ezt a feladatot átvegye, a szülészeti-nőgyógyászat meg a gyermekosztály kapott ágyszámbővítést, de oda ebből adódóan adtunk is státusz fejlesztést erre a két osztályra.

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Minden ágyszámleépítést úgy tudtunk megoldani, hogy nem kellett szakképzett ápolót elküldeni, vagy olyan állást szüntettünk meg, amelyik nyugdíj mellett dolgozott már részórán, vagy olyat, hogy nem volt neki szakképesítése és szerződött dolgozó volt, de gyakorlatilag szakképzett munkaerőt nem veszítettünk. A mostani átcsoportosításnál is csak a profilja változott meg az Izsáki úton az ötven belgyógyászati ágynak, mert eddig krónikus volt, most meg aktív belgyógyászat lett. A munkaerőre ugyan úgy szükség volt, meg is maradt.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

Az elmúlt hét évben nem volt ilyen.

Történt-e ágyszámbővítés?

Ezt a 103 aktív ágyat, de ez gyakorlatilag nem ágyszámbővítés volt, mert 83 ágyat átadtunk, és 103 ágyat átvettünk, tehát gyakorlatilag ez volt a különbség. Tizen valahány ágyat vettünk át részben a szülészetre részben a gyermekosztályra.

Minek hatására következett ez be?

Struktúramódosítás, megyei elnöki döntés.

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

Ahol ágyszámbővítés volt, oda adtunk munkaerőt, tehát dolgozót kaptak. Félegyházán felszabadult szülésznőt kettőt átvettünk ide, műtőbe átvettünk műtősnőt.

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

A pszichiátriát.

Mi volt ennek az oka?

Orvoshiány.

Mennyi ápolót érintett?

Teljes osztálylétszám.

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Harminc valahány ágyat ideiglenesen zártunk be, ott is úgy tudtuk megoldani az ebből adódó létszámleépítést, hogy volt GYES-es, volt nyugdíj mellett dolgozó, és volt olyan, hogy részórában töltötték be, tehát másik osztályról. Nálunk ez gyakorlat, hogy az, aki plusz pénzt akar, az a főállása mellett max. 80 órában másik osztályon dolgozhat, és ilyen is volt, azt hiszem négy 80 órás, és azoknak szüntettük meg a mellékállását, de ott sem kellett szakképzettet elküldeni.

Nyílt-e új osztály a kórházban?

Nem. Most lesz várható egy húsz ágyas haemodinamikai labor, már működik ugyan pár éve, de eddig a fekvőbeteg háttérét a kardiológiai profilú belgyógyászat biztosította. Szegedre és Szolnokra két diplomás ápolót beállítottunk, akik már hónapok óta járnak, aki majd az osztály vezető ápolója lesz, egy fiatalember, meg egy pár ápolót is, azért, hogy szakmailag felkészüljenek ennek az osztálynak a beindítására.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

Ezek az ápolók már a kórházban dolgoznak, a járóbeteg haemodinamikai laborban.

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi létet fenyegette?

Mi az országban, nyugodtan mondhatom, hogy az első tíz között voltunk, akinek soha semmilyen adósságállománya nem keletkezett, mindig megfelelően tudott a menedzsment gazdálkodni. Az elmúlt év volt az első, hogy ősszel, november végén, december elején elég kritikus helyzetbe került a kórház, mert a decemberi értekezleten a gazdasági igazgató vetítette ki, hogy a volumenkorlát miatt a kórház az elmúlt évben 1,5 milliárddal kevesebbet kapott az OEP-től finanszírozásként, mint a korábbi években, ugyanakkor az ellátott betegek létszáma megemelkedett. Megyei intézmény vagyunk, kötelesek vagyunk Bajáról, Halasról, Kalocsáról azokat a

betegeket fogadni, akiket vagy szakmai felkészültség, vagy tárgyi felkészültség hiányában nem tudnak ellátni. Volt olyan hónapunk, (a mi súlyszámunk 5000-5200 között van, akkor minimális a várólista) amikor csak 3600-3800 súlyszámot finanszíroztak le. Egy súlyszám 150 ezer forintot ér, 1200-1400 súlyszámmal kaptunk kevesebbet. Minden hónapban kevesebbet kaptunk, mint amennyi beteget elláttunk, és emiatt decemberre komoly finanszírozási nehézségeink támadtak.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

2010.

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Mindenképpen érezték, mert azokat a béren kívüli juttatásokat, amit eddig tudtunk biztosítani, meg kellett vonni. Csak példaként mondom, hogy nálunk minden dolgozó minden hónapban tíz térítésmentes étkezést kapott, minden évben három alkalommal a minimálbér 10%-ig lehetett utalványt kiadni, azt kapták március 15-én. Semmelweis Napon meg Karácsonyra, és decemberben is adtunk régebben hét ezer forint körüli összeget, utóbb már ezt sem kapták meg. Ha egy osztályon beteg van, akkor ott engedték a bér 70%-át, kritikus esetben 100%-át, hogy felosszák azok között, akik a többletfeladatot vállalták, és ezt is le kellett csökkentenünk 30%-ra. Ezek zsebbe vágó dolgok voltak, és mindössze úgy tudtuk megértését kérni a dolgozóknak, hogy kiemeltük azt, hogy egyetlen egy munkahelyet nem szüntettünk meg a válság miatt, és hogy ez egy kisebb áldozat, mint hogy harminc embernek azt mondjuk, hogy nem lesz munkahelye.

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Nem.

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

Nem volt fizetéses csökkentés, de sajnos emelés sem.

Melyik évre volt ez jellemző?

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Nem.

Ez kb. mennyi fizetéscsökkenést eredményezett havonta?

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

13. havi fizetésben?

Igen, ezt a törvény írja elő, úgyhogy azt minden évben megkapják.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Nálunk a betegágy mellett, a rendelet alapján járó pótlék mellett minden dolgozó kap hét ezer forint bérkiegészítést, amit meghatározott időre adunk, fél évre, de mindig meg szoktuk ezt hosszabbítani. Az elmúlt fél évben a kritikus helyzet miatt ez késélen táncolt, de nem vonták el. A műtőben, intenzíven, aneszteziológián dolgozó ápolók ezen kívül még húsz ezer forint bérkiegészítést kapnak, és ez is megmaradt.

Semmelweis napi jutalomban?

Semmelweis Nap alkalmából, sőt az Ápolók Napja alkalmából is nekünk a Kollektív Szerződés tartalmazza, hogy milyen kitüntetésekkel adunk át, ezt is maradéktalanul biztosítottuk. Ápolónők Napján is 10-12 dolgozó kap kitüntetést, ez általában május utolsó hetében szokott megtörténni, és tavalyi évben is megkapták.

Üdülési csekk? Étkezési utalvány?

Igen, üdülési csekkre van lehetőség minden évben három alkalommal, hogy azt a béren kívüli juttatást, amit kapnak, azt ne pénzben kapják meg, hanem üdülési csekkben. Meg a rendelet alapján járó hét ezer forint minden dolgozónak, azt is megkapják.

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

Munkaruhát a kórház a kollektív szerződés alapján biztosítja. Munkapapucsot csak a műtőben és az aneszteziológián dolgozók kapnak, másik munkaterületen nem tudjuk biztosítani.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra? ill. bevezetésre?

Nem tudjuk biztosítani a tíz plusz étkezést, és amiket az előbb elmondtam.

Bevezetésre: decemberben az éértékelő megbeszélésen a főigazgató kitalálta, hogy az orvosi területről egy ember kap egy Semmelweis plakettet, az ápolás területén egy Kossuth Zsuzsa plakettet, és a gazdasági területen is Széchenyi plakettet, és 100 ezer

forintot kaptak. Ez egy első alkalom volt, ezzel egy hagyományt szeretne a főigazgató teremteni.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

Nincs nagyon túlóra, mert elegendő a létszám. Lényegében az ünnepi túlóra, ami jelentkezhet. Ezt túlórában kell kifizetni, de nem jellemző.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Nem változott, eddig is csak ünnepi túlóra volt. Ha van üres állásunk két hónapra, vagy hosszabb időre, akkor azt úgy szoktuk megoldani, hogy 3×60 órában vagy 2×80 órában vállalják fel, és megbízási szerződést kötünk a dolgozóval. Ezt egy plusz feladatként látja el, meghatározott időben meghatározott bérért, és a szabadidejének a terhére.

Mi lehetett a változás oka?

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Választási lehetősége van a dolgozónak, hogy kifizetjük vagy szabadnapban kéri. Ebbe mi nem szólunk bele, minden osztály maga dönti el, de ebben a pénztelen világban inkább a kifizetést kérik.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

Mi ebből a szempontból sajátos helyzetben vagyunk, mert van egy Ölelő Kéz Alapítványunk, amelyik az országban az egyik legnagyobb otthonápolási és hospice szolgálat, és ezt annak idején azzal a céllal hoztuk létre, hogy azok a dolgozók, akik szeretnének pluszt vállalni, akkor ne mosogatni meg takarítani menjenek el, hanem ebben a szolgálatban dolgozzanak. Több mint hetvenen dolgoznak jelenleg ebben, gyógytornásztól a diplomás ápolóig. Megbízási jogviszonyban egyéni vállalkozóként, ez egy olyan lehetőség, hogy majdnem megkeres annyit, mint a havi fizetése. 55 vizitet vállalhat egy hónapban mellékállásban, sokan többet megkeresnek így szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozóként, mint a havi fizetésük. Ide tényleg rangot jelent, ha valaki bekerül, és nem is nagyon kerülnek ki ebből a körből, csak aki elmegy szülni vagy elköltözik innen. Van, aki már 16 éve benne van a szolgálatban. Árom főállásút alkalmazunk, mert van olyan beteg, aki ragaszkodik

hozzá, hogy minden nap 8 és 10 között menjen az ápoló, ők látják el ezeket a betegeket.

Ezt a kórházban- esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

Ölelő Kéz Alapítvány (ld. fent)

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Inkább nőtt, mert sokan jelentkeznek úgy, hogy vállalnának otthoni ápolást, ami nem OEP finanszírozott, hanem 8-16-ig ott van a betegnél, megállapodik a hozzátartozóval vagy a beteggel, hogy mennyi óradíjért vállalja. Ennek az igénye nagyon megnőtt a nővérek részéről az utóbbi időben. A sebészetről vannak hárman, akik felvállalták egy idősnek a gondozását, és felváltva vannak ott 8-16-ig, ennek az igénye megnőtt az utóbbi időben a nővérek körében a rossz anyagi helyzet miatt.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobic)

A nagy tornatermünkben három óra után van lehetőség mozgásra. Két gyógytornászunk közül az egyik gerinctornát a másik rekreációs tornát tart, és bejelentkezhetnek a dolgozók, akiknek erre igényük van. Jóga is van.

A nővérszálláson is van egy rekreációs helyiségünk, ahol futópadtól kezdve minden ott van (ingyenes). Ott korábban volt egy masször is, de olyannyira nem használták ki a dolgozók, hogy végül megszüntettük a masszört (1000 Ft/óra volt).

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Minimális összeget.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

Majdnem minden osztály évente egyszer szakmai kirándulásra megy, ami nagy hagyomány. Az Ápolók Napját mi mindig egy tudományos programmal kezdjük, ami 9-16-ig tart. 20-25 előadás szokott ilyenkor elhangzani, és este egy nagy buli, ahol 600 dolgozónak a kórház kifizeti a vacsorajegyét. Ez általában úgy szokott zajlani, hogy hajnal háromkor én mondom, hogy most már vége. Fergeteges a hangulat, és ez olyan jó közösségi megmozdulás, hogy utána hetekig arról beszélnek, hogy milyen jó buli volt.

Lesz Egerben a Kórházszövetség Kongresszusa, ahová a mi tánccsapatunkat - ami ápolókból áll - beneveztük, és kifizette a kórház - 14-en mennek - a részvételi díjukat is, meg az ott-tartózkodásukat is.

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Nem.

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Nem.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

Az a célunk, hogy nyáron is legalább tíz nap egybefüggő szabadság legyen. Már kora tavasszal elkezdik a főnövérek a szabadságolási tervet készíteni. Az a célunk, hogy a kisgyermekes anyáknak nyáron legalább két hetes egybefüggő szabadságuk legyen, általában ezt be is tudjuk tartani. Adódnak kritikus helyzetek, amikor vissza kell rendelni a dolgozót, de azért ez nem általános, néha-néha adódik egy ilyen helyzet is, de azért a két hetet biztosítani szoktuk a dolgozóknak.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Nem mondhatom, hogy rosszabb vagy jobb. Betartható, mert nem kritikus annyira a létszámunk, hogy ne tudjuk ezt betartani.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Van lehetősége. Jelenleg is egy TÁMOP pályázatban vagyunk bent, amelyikkel 50 milliót nyertünk, előtte pedig egy másikkal 25 milliót, és egy mobil teamet tudtam beállítani, akik mind a két telephelyünkön az összes decubitus kezelést, a szeptikus eseteket ellátják mindegyik osztályon megadott rend szerint. A mostani TÁMOP pályázattal 220 dolgozót tudtunk beiskolázni. Merem azt büszkén állítani, hogy a szakdolgozók képzettségi szintje nálunk nagyon jó. Állandó gimnáziumokat szervezünk. A főlegyházi iskolával van kapcsolatunk több mint tíz éve. Három év alatt tudják megszerezni a dolgozóink az érettségit. Még nem volt olyan, aki nem tudott leérettségizni. Akit látunk, hogy rendesen dolgozik, és nincs meg az érettségije és emiatt nem tud tovább haladni, azokat rábeszéli az osztályvezető az érettségire.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése?

Mindenkivel tanulmányi szerződést kötünk.

Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Körülbelül szinten van.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

Minden költséget fizet a kórház.

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Minden évben pályázunk kreditpontos továbbképzésre. A szakdolgozóknak sehová nem kell elmenni, hogy a szükséges kreditpontot meg tudják szerezni.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Kongresszuson, ha előadó, akkor minden költségét fizetjük, ha résztvevő, akkor megnézzük, hogy hányszor volt már akár továbbképzésen, de erre is van keretünk, tehát egy drágább továbbképzésre is egy gyógytornászt, dietetikust beiskolázunk. Azért, hogy a megfelelő szakmai szint meglegyen, minden területen biztosítunk továbbképzési lehetőséget.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Változatlan.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

Mindenhol ki van írva, hogy egészségügyi dolgozót soron kívül kiszolgálunk. Saját üzemorvosunk van, akihez bármikor mehet a dolgozó, ha beteg.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiegészítő tevékenység?

Pályáztunk ezzel is. Minden évben azokat az osztályokat, ahol látjuk, hogy konfliktus van, vagy kiégtek a dolgozók, vagy megindult ott egy fluktuáció, folyamatosan szervezünk ilyen tréningeket. Van pszichiáterünk, mentálhigiénés szakemberünk, van egy nagyon jó kórházi lelkesünk, akik ebben a tréningben szerepet szoktak vállalni, de vannak külsősök is.

Minek hatására és mikor hozták ezt létre?

Volt igény is erre. Az intenzíven azért, mert volt egy belső feszültség. Két táborra szakadtak, mert volt, aki három műszakban akart dolgozni, volt, aki 12 órában, és ebből adódóan volt feszültség. Sőt, a krónikus belgyógyászatban úgy szerveztük meg tavaly is, hogy kimentek egy jó kis környezetbe, ahol bográcsban főztek közben, és úgy tartották a tréninget.

Milyen az érdeklődés iránta?

Szívesen mennek.

4. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt. Nyíregyháza, 2010.12.10. Jakabné Harcsa Erzsébet ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Ha most nézzük 2010. decemberében, akkor azt mondom, hogy igen, megfelelünk a jelenleg érvényes minimum rendeletnek, azonban vannak hiányzó státuszaink, amelyek visszapótlásra várnak.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Jelenleg kb. 60 fő hiányzik, akit szeretnénk visszapótolni. Erre nem igazán van lehetőségünk, mert nincs is ennyi jelentkezőnk. Illetve ezt úgy próbáljuk megoldani, hogy azokra az osztályokra, ahol hiány van, átirányítjuk más osztályról, ahol például a betegforgalom egy kicsit megcsökkent, és így tudjuk biztosítani a betegellátást.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

Az utóbbi egy évben tudunk erről inkább ránk nézve negatív véleményt mondani. Sajnos igen, hagyják el a pályát egészségügyi dolgozók. Nem tudom felmérni, mert nem jelentik be, hogy hova mennek, de akik pl. külföldre mennek, az utóbbi időben ez már egy 10-es, 20-as létszám, közülük nem mindenki az egészségügyben helyezkedik el.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

Ez a 2010-es év, a jelenlegi év, ez volt a fluktuáció szempontjából a legkirívóbb.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Nem sok osztály tartozik ide, de az intenzívvel kezdeném. Az intenzív az első helyen áll, ahol hiányzik az ápoló, emellett még a krónikus belgyógyászati osztályunk, a pulmonológiánk, a pszichiátriánk, ez a jelenlegi, a mostani helyzetnek megfelelően.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

Év közepén, augusztusban volt egy felmérésünk, akkor a visszapótlás, ebben minden szakdolgozó, aki az egészségügyi területre érkezett, 113 volt, azóta 15 adódott hozzá, tehát durván most egy olyan 130 főnél tartunk.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

Abszolút csökkenő tendencia figyelhető meg.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

Sajnos igen, 2006-tól 2008 kivételével minden évben történt leépítés. A legnagyobb létszám a 2009-es évben volt, amikor a szakdolgozók közül 139 főt bocsátottak el.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

Ezeknek az oka a kialakult finanszírozási helyzet, hiszen nagy kórház lévén akkor még 1800-on felül volt a szakdolgozók száma, kórházunknak az ágyszáma 1869 jelenleg is, illetve ehhez plusz még 80 újszülött ágy hozzájön, és a rossz finanszírozási körülmények erre indítottak bennünket, hogy létszámot kellett leépítenünk.

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

Hát igen, ha a hét évet nézzük, akkor 2005-ben, 2007-ben, 2008-ban, 2009-ben és 2010-ben.

Ha igen, mennyiszer?

Ötször.

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Ez kétször történt, 2005-ben, és jelenleg pályázatás zajlik.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

Igen, 2007-ben, amikor az akkori miniszter országosan lehetőséget adott az ágyszámok leépítésére, akkor aktív ágyainkat ajánlottuk be. Pályázatok segítségével alakítottunk ki egy 16 ágyas VIP részleget a sebészeti osztály keretein belül, ott negyven ágyat számoltunk föl, illetve a pulmonológiai osztályunkból hatvanat áldoztunk be, vagy ajánlottunk föl, és abból egy hetven ágyas ápolási osztályt alakítottunk ki (addig még nem működött ápolási osztály).

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Ezek miatt nem kellett ápolókat elbocsátani, mert a meglévő ápolók akkor maradtak azon az osztályon, hiszen kevés volt akkor és ott az ápolói létszám, és így nem érintette azt az osztályt az elbocsátás. Illetve, mivel az ápolási osztály létrejött, ezért oda átirányítottuk a meglévő dolgozókat.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

Ez a 2007-es év volt csak.

Történt-e ágyszámbővítés?

A krónikus ágyak bővítése történt, nem kértük, kaptuk a minisztertől. Ez mindenütt úgy volt, hogy az aktív ágyakból ajánlhatott be, de azt pályázat útján, és akkor azért kapott támogatást új részlegnek a kialakítására, de helyette pedig kaptunk krónikus ágyakat, amiket központilag kaptuk, tehát nem mi kértük.

Minek hatására következett ez be?

Ez az aktív ágyak számának csökkentése miatt, és ezt követte a krónikusnak a bővítése. Finanszírozás szempontjából elég nagy a különbség.

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

Új részlegek jöttek az ápolási osztállyal illetve a VIP részleggel, és a meglévő ápolók, akik azokról az osztályokról, ahol csökkentették az ágyszámokat, átkerültek ezekre az osztályokra. Nem éppen mindig ők, némi személycsere azonban volt, mert a végzettségeket nézni kellett, hogy azért összetételében, a szakképzettségi mutató szempontjából megfeleljen, de senkit nem kellett ez miatt akkor elbocsátani.

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

Bezárás nem történt.

Mi volt ennek az oka?

Mennyi ápolót érintett?

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nyílt-e új osztály a kórházban?

Amint mondtam, 2007-ben indult az ápolási osztály, ami addig egyáltalán nem volt. Egy 33 ágyas légzés rehabilitációs osztályunk is létrejött a pulmonológia égisze alatt, tehát mint egy testvérszakma. És a 16 ágyas VIP, ami azonban a sebészeti szakmákon belül oszlik meg, tehát nem önálló osztálynak nevezhető.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

A meglévő ápolóinkat konvertáltuk át, illetve helyeztük át a szükségletnek megfelelően.

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi létet fenyegette?

Sajnos igen. Megyei kórház lévén eleve a progresszivitásért járó pénzünket 2007 januárjától elvesztettük. Ez azért nagyon fontos, mert megyei kórház lévén minden súlyos beteget ide kapunk, és mi továbbadni nem tudjuk, tehát egy nagyon nehéz helyzet adódott onnantól kezdve. Magának a finanszírozásnak a reálértéke is csökkent - annak a 150 ezer forintos HBCS értéknek, amiből gazdálkodunk -, és mellette pedig mindennek az ára kúszott föl.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

2006 nyarán kezdődött ez az úgynevezett válságkezelés, akkor egy válságtábot hoztunk létre, ami kifejezetten ápolókból állt, és ezt követően pedig csak fokozódott az elvonás.

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Sajnos igen, hiszen eleve semmi olyan juttatást nem tudtunk adni - bérnövekedés végképp nem volt - ami ezt a pénzelvonást követte. A kötelezően adandó bért nem csökkentettük. De azért is kellett ugyebár dolgozókat elbocsátani, hogy a kiadásainkat csökkentsük. Megszorító intézkedések tömkelegét kellett létrehozni, ez akár a keretgazdálkodásnak a sokkal szigorúbb követése, az anyagkeret mindennapos átalakítása, vagy legalább is a heti megrendelések kapcsán az átalakítás.

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Nem.

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

A fizetéseszkökenésben a 2010-es év eleje volt az érdekes. A bért nem lehet csökkenteni, csak hogyha fegyelmi lépett volna fel. Ezt azért nem alkalmaztuk senkinél. A 2009-es évben történt jelentős számú dolgozó esetében bércsökkentés, ez azonban a társadalomban, az államilag bevezetett adórendszerrel volt összefüggésben.

Melyik évre volt ez jellemző?

2009.

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Az adórendszer mértékének megfelelő.

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

Sajnos nem tudtuk kompenzálni. El kellett viselnünk a dolgozók háborgását, és megpróbáltuk megfelelő kommunikációval megbeszélni. Erről nem a kórház tehetett.

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Pótlékok megvonása nem történt.

Ez kb. mennyi fizetéscsökkenést eredményezett havonta?

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

Kollektív szerződésünk csak olyan jutalmazási lehetőséget ad, amely jutalommal járhat, például az Ápolók Napján, Semmelweis Napkor van jutalomban való részesítés (mindenkinél nincs jutalom rendszer, erre már nincs fedezet sok éve).

13. havi fizetésben?

Nem is emlékszem, mikor volt utoljára lehetőség.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Nincsenek plusz juttatások.

Semmelweis napi jutalomban?

Van Semmelweis napi jutalom.

Üdülési csekk?

Van, tavalyi évben alkalmaztuk. Ebben az évben még nem került rá sor. Célfeladatként, prémium volt, mert részt vettünk egy országos felmérésben, és ennek a kifizetésében választhattak a dolgozók, hogy üdülési csekk formájában kapják a juttatásukat.

Étkezési utalvány?

Kettő éve nem kapnak a dolgozók. Adható, de nem tudjuk, mivel nagy létszámú a kórház dolgozói rétege, ezt nem tudjuk most már biztosítani.

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

Nem hozzájárulunk, hanem ezt az intézmény vásárolja meg, és ezt is egy védőruha szabályzat tartalmazza, hogy mennyivel kell rendelkezni, attól függ, hogy ki dolgozik osztályon, járóbeteg ellátásban, röntgenben. Ennek megfelelően van szabályozva. Egy picit ebben is el vagyunk maradva, mert nem tudjuk tartani azt az

időt, hogy minden alkalomnak megfelelően tudjunk cserélni védő- ill. munkaruhát. A mosatás viszont biztosított, tehát saját magának nem kell hazavinni. Ez is egy nagy kedvezmény, mert ez egy patyolat, és központilag történik a mosatása.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra? ill. bevezetésre?

Elvonásra: étkezési jegy.

Nem vezettek be semmit.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

Ez egy nagyon kényes kérdés a kórházunkban. Ahogy a dolgozók létszáma csökkent, a dolgozók által végzett túlóra pedig úgy növekedett. Nagyon nagy a különbség egyik hónap és a másik hónap között. 1000, 2000, 3000 egy-egy hónapban, de kirívó volt pl. a nyári, augusztusi hónap, amikor a szabadságokat zömében kivették a dolgozók, akkor 7000 túlóra keletkezett. Ezt nem is vette jó néven a kórház vezetése, de dönthettünk, hogy vagy szabadságot nem adunk ki, vagy pedig túlóra keletkezik. Ez utóbbit választottuk, el tudtak menni a dolgozóink szabadságra. Bár még így is jelentős a következő évre átvitt szabadságok száma.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Növekedett, hiszen most lényegesen több dolgozónk hiányzik a rendszerből.

Mi lehetett a változás oka?

Részből a dolgozóhiány, másrészt megyei kórház vagyunk, és az ide beérkező betegek állapota létszámot igényel, tehát vannak alapápolási, szakápolási feladatok, amit nem tudunk elvégezni, csak munkaerővel. Humán erőforrásra van szükség, és ezért vannak frekventált osztályok, ahol nem tudunk kevesebb dolgozót beosztani. Akár túlóra árán is, de a betegellátás biztonságát eddig nem veszélyeztettük.

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Változó. Van, akinek nagyon megterhelő, és nem vállalt, van, aki esetleg még fiatalabb, és nagyobb a kapacitása, akkor ők jelentkeztek. Az is előfordult, hogy más osztályra kellett átmenni. Inkább szívesen vállalták, mivel egy plusz kereseti lehetőséghez jutottak. Intézmény szempontjából azonban ez sokkal többbe kerül, hiszen a túlóra az egy más összeg. Ezt is kollektív szerződés szabályozza. Magasabb összegbe kerül, hiszen ez az ő kötelező óraszámán felül végzett tevékenység már.

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Mivel a túlórákat el kell rendelni, az elrendelést követően az ügyvezető ráírja, hogy a túlórákat lehetőleg szabadidővel váltsuk meg. Azonban a gyakorlat azt igazolja, hogy a röntgenben ill. laborban keletkezett egy-két óra túlórákat (megcsúsznak a vizsgálatok), ezeket megpróbáltuk szabadidőben kiadni, aztán két hónap után beigazolódott, hogy ez sem sikerül, tehát mondhatom azt, hogy a túlórák 90%-a kifizetésre kerül.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

Igen, vállalnak másodállást. Erre felmérésünk van. Mindenkinek bejelentési kötelezettsége van a munkáltató felé, hogy ő máshol is végez tevékenységet. A fontos az, hogy az ő fő munkaidejével ez ne ütközzön, de tudomásom szerint otthonápolásban dolgoznak elég sokan. Elsősorban gondozásokat végeznek. Otthonukban gondoznak idős betegeket, illetve a magánorvosi rendelőkben vállalnak túlórákat.

Ezt a kórházban- esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

Ezeket nem másodállásként, hanem túlóráként fogalmazzuk, de ugye ez plusz tevékenység, a kötelező óraszám fölül idő.

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Abszolút növekszik, sőt most végeztem egy felmérést november hónapban, hogy szeretne-e valaki plusz munkát végezni, mert éppen arra gondoltunk, hogy a túlmunkát, a túlórákat kiváltanánk egy központi csapatnak a létrehozásával. Erre toboroztam embereket, de úgy, hogy csak egyszerűen a főnövéreknek szoltam, hogy tudnak-e ilyenről, és közel hatvan fő van feliratkozva jelenleg is, amit még nem tudtunk kielégíteni. Tehát nő folyamatosan a túlórák vállalók száma.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobic)

Korábban a tornatermünkben edzés és aerobic lehetőség volt, illetve gyógytornászok segítségével volt tornázási lehetőség, azonban valószínű, hogy a családi helyzetek, a túlmunkák vállalásával egyre kevesebben vették igénybe, és ez megszűnt.

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Ingyenesek voltak, hiszen a kórház adta a saját termét oda. Még korábban, 2007-2008-ban a városban is béreltünk egy olyan helységet, ahol többen elfértek.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

A kórházunkban hagyomány a családi napnak a szervezése nyáron. A gyermeknappal összekötve a május végi, június eleji időpontban kerül megrendezésre. Ilyenkor akár több ezren is részt vesznek. Most már több mint tíz éve a Szív Világnapja is megrendezésre kerül a kórház szervezésében. Ez közel 200 dolgozót vesz ilyenkor igénybe, és a város részére szervezzük, de ugyanakkor a kórházi dolgozók családtagjai is kijönnek erre a rendezvényre.

Ebben az évben is volt bál kora tavasszal, a farsang táján, ez is egy több éve szervezett tevékenység. Az egyes osztályok szerveznek maguknak közös programokat, kirándulásokat is.

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Majdnem közel 2800 a foglalkoztatott dolgozók száma. Ez családtagokkal kibővítve a tíz ezret is meghaladó létszám, és ezért ennek sokkal nehezebb rendezvényt szervezni. Szűkebb körben pl. gyerekeknek Karácsonykor mindig van rendezvény, egy Mikulás fenyőünnepséggel egybekötve. Ezeket még eddig megtartottuk minden évben.

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Nem, most az utóbbi időben nem indult.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

Általában arra törekszünk, hogy mindenki kettő hetet tudjon egyben kivenni. Ahogy én a tendenciát nézem, nem minden dolgozó tart erre igényt. A munkáltató eddig nem igazán avatkozott be, bár joga lenne, hogy kétharmadával ő rendelkezik, de hagytuk a dolgozónak a kívánsága szerint, mert az a tapasztalat itt Szabolcs megyében, hogy a dolgozó a szabadságát valamilyen munkavégzésre használja fel, és elég kevés az, aki valóban pihenésre, vagy esetleg külföldi útra veszi igénybe.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Inkább romlott, mert ilyen nagymértékű szabadságot talán soha nem vittünk át, mint ami most kerül átvitelre a következő évre. Ez a dolgozói létszámhiányból is adódik. A betegek egyre súlyosabb állapota is megköveteli az állandó létszámot, nem tudok kevesebb ápolót osztani a betegek mellé, ezért inkább tolódik a szabadság kivétele.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Igen, van lehetősége. Erre odafigyeltünk, bár a 2009-es évben volt egy megtorpanás, akkor nem tudtunk OKJ-s képzésbe beiskolázni, ebben az évben viszont igen. Elsősorban a szakképzéseket kell néznünk. 40-50 embert indítottunk ebben az évben különböző képzésekre, ill. lesznek, akik januárban kezdik meg az OKJ képzésüket.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése? Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Erre is-is választ tudok adni. Az, aki olyan iskolába jár, amit nem a kórházban szeretne hasznosítani, azzal nem kötünk tanulmányi szerződést. Azonban aki valamilyen szakápolói végzettséget, vagy főiskolai végzettséget szeretne szerezni, azokkal igyekszünk tanulmányi szerződést kötni.

A továbbtanulni szándékozók aránya nő, viszont egy limitet kell beépíteni az intézetnek, hogy mennyit bír el a költségvetésünk. Egyfajta besorolás is van, hogy ha valaki ebben az évben állt be dolgozni a kórházba, akkor nem törvényszerű beiskolázni, hiszen biztos van, aki öt-tíz éve itt dolgozik, és most szeretné elvégezni az OKJ-s képzést, vagy egy szakápolói képzést, akkor ő részesül előnyben, ill. a hiányszakmák előnyt élveznek. Az intenzív, a műtétes területek, külön előnyt élveznek a beiskolázás tekintetében.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

Igen, aki a kórházban hasznosítható szakképzettséget szeretne szerezni, annak a tandíját, útiköltségét és szállásköltségét fedezzük, egyedül a tankönyvekhez nem tudunk hozzájárulni, azokat a hallgatónak kell megvenni.

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Igen, ebben jelentős fejlődés tapasztalható. Ezeket igyekeztünk a Kamarával és az Ápolási Egyesülettel közösen megszervezni, de a cégek is besegítettek nekünk abban, hogy helyben szervezzünk képzéseket, és erre fizetett távollétet (10 nap/év) kap a dolgozó. Nyilvántartjuk, hogy ki hol tart a kreditpontok megszerzésében és mennyi fizetett távollétet vett igénybe ez idáig, megakadályozva azt, hogy valaki sokkal többet menjen, akkor is, ha már megvan a pontja, másik pedig még nem jut el sehova.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Kollektív szerződésben leszabályozott, hogy aki előadó, annak teljes költségét fedezi az intézet, aki viszont csak önmagától szeretne részt venni, annak nem tudunk támogatást nyújtani a nagy dolgozói létszám miatt.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Mivel ezek a költségek is növekedtek, így növekedtek az adott támogatások is.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

A lojalitás működik a kollégákkal szemben. Maga az egészségügyi dolgozó soron kívül bejuthat, de a családtagnak várni kell, az nem kérheti.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiégés elleni tevékenység?

Igen, van lehetőség, és bizonyos osztályok élnek is vele. Főállású mentálhigiénikus munkatársunk van, akinek lehet kérni a segítségét, és az ilyen jellegű programok megszervezését. Az Oktatási Csoportunknak is van külön kommunikációs tréningje, amely részben pontszerzővé lett nyilvánítva. Vannak olyanok, akik külső segítséget is kértek, mert az osztály vezetése azt érezte, hogy egy kicsit leült a csapat, kicsit jó lenne felrázni, kicsit a kiégés vagy a fáradtság jelei tapasztalhatóak, és akkor egy ilyen tréninggel felrázzák.

Minek hatására és mikor hozták ezt létre?

Ezek évek óta működnek kisebb-nagyobb intenzitással. Vannak osztályok, ahol elég erőteljesen, és akár minden évben megismétlik. Sajnos vannak olyan osztályok is, ahol ezt még nem vették igénybe, ez valószínű, hogy a vezetés gondolkodásmódját tükrözi.

Milyen az érdeklődés iránta?

Egyes osztályokon nagy az érdeklődés, kifejezetten élvezik, utána nagy élményekről számolnak be, és azt kérik, hogy ismétlődjön. Más osztályok viszont nem élnek ezzel a lehetőséggel.

Esetleg a dolgozók kérték, hogy legyen ilyen foglalkozás, vagy a vezetőség döntött úgy, hogy legyen Bálint-csoport?

Mid a kettő. Egy-egy osztályon van egy alulról jövő kezdeményezés, egy-egy olyan dolgozó, aki eljutott egy kongresszusra, vagy valahol hallott valami érdekes dolgot, és úgy tér vissza, hogy milyen jó lenne, ha nálunk is lenne. Vagy pl. jómagam is kezdeményeztem, amikor azt kértem a főnövérektől, hogy ráférne az osztályra egy tréning, és igenis tartásatok meg és kérjétek a munkatársaitok segítségét.

5. Fejér Megyei Szent György Kórház Székesfehérvár, 2010.12.13. Szabó Bakos Zoltánné ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Véleményem szerint igen. Ha intézeti szintet nézek, van olyan osztály, ahol még szükséges lenne, hiszen nagyobb az ápolási igénye, de a költségvetésben rendelkezésre álló összegből ezt tudjuk most betölteni. Nagyon szükségesnek látnám, hogy a 60/2003-as minimum rendelet módosítása megtörténjen, ami pontosan meghatározza, hogy melyik osztályra mennyi direkt és indirekt létszám szükséges.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Ha az üres és a kieső munkaerőt nézzük, akkor kb. ötven.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

Most már nem annyira, régebben igen. Akkor, ha egy nagy áruház nyílt, vagy külföldi lehetőség volt, azt igénybe vették, ma már nem jellemző.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

Jó tíz éve, amikor nőttek a nagyvárosokban a bevásárlóközpontok, mi akkor Erdélyből hoztunk egy kb. harminc fő ápolónőt, aki ezt a szakképzett ápolói kört pótolta.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Intenzív, pszichiátria, onkológia, pulmonológia.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

Ha a fluktuációt tekintem, akkor volt, hogy 300 is, most szerintem kb. 120.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

A kilépőket pótoljuk az újjal, és mást nem tudok megfigyelni, tehát nincs annyi kilépő, mint régen, megállt a fluktuáció. Az „egészséges kilépés”: nyugdíjazás, illetve akik nem tudják a gyerekeket óvoda és bölcsőde miatt ellátni, akkor ők keresnek egyműszakos állásokat.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

Nem.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

Igen.

Ha igen, mennyiszer?

Háromszor.

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Igen, egyszer.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

Igen. Az előző kormányzat idején, a struktúra váltás során kb. 100 ágynyi akut ágyunkat építették le, illetve krónikussá minősítették.

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nem volt hatással. Saját intézeten belül ezt megoldottuk, ápolót nem bocsátottunk el.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

Nem.

Történt-e ágyszámbővítés?

Nem volt.

Minek hatására következett ez be?

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

Nem.

Mi volt ennek az oka?

Mennyi ápolót érintett?

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nyílt-e új osztály a kórházban?

Nem.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi létet fenyegette?

Ez nem csak a mi kórházunkban, hanem mindenhol a TVK-nak a megszorításával. A betegeket el kellett látni, ez azt jelentette, hogy kb. 100 millió mínuszunk képződött minden hónapban, természetesen ehhez kellett a keretet itt is állítani, ami nagyon nehéz volt, hiszen több beteg, kevesebb keret.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

Az idei és a tavalyi évre (2010, 2009).

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Hát persze hogy érezték, hiszen nincsenek tele a szekrények, de takarékos gazdálkodással azért mindent meg tudtunk oldani.

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Most ebben az évben - talán a napokban érkezik ide - várunk egy 800 millió forintot taksáló összeget, ami a beszállítói tartozásokra elegendő.

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

Nem.

Melyik évre volt ez jellemző?

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Nem.

Ez kb. mennyi fizetéscsökkenést eredményezett havonta?

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

Nem.

13. havi fizetésben?

Nem.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Igen, vannak osztályok, akik már évek óta kapják a munka leterhelésének függvényében. Intenzív osztályon és a sürgősségin az ápolók harminc ezer, krónikus osztályon 15 ezer forintnyi plusz havi juttatást kapnak. És a műtősnők is és az anesztes asszisztensek is harminc ezer forintot kapnak.

Semmelweis napi jutalomban?

Nem.

Üdülési csekk?

Nem.

Étkezési utalvány?

Nincs (az intézet meleg konyhával rendelkezik, a dolgozóknak tudja biztosítani a meleg ételt, így akkor nem fizethető étkezési utalvány).

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

Nincsen, hanem az intézet munka- és védőruha szabályzata tartalmazza, hogy az egészségügyi szakdolgozóknak védőruha és védőpapucs jár.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra? ill. bevezetésre?

Nem.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

A túlóra vállalást jogszabályok határozzák meg. Tulajdonképpen hat havi munkaidő keretben dolgozunk. Általában megpróbáljuk hat havi munkaidő kereten belül a pluszokat, a mínuszokat kompenzálni, hogy a dolgozók ne terhelődjenek. Azokon az osztályokon kell túlórákat elrendelni vagy többletmunkát, ahol nagy létszámhiány van, vagy sok a kieső munkaerő, ami nem jellemző. Ez kb. 20-25 óra, de az is csak kevés osztályon.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Szinten van.

Mi lehetett a változás oka?

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Ez vegyes, hiszen attól függ, hogy a hat havi munkaidő keretbe hogy fér bele. Ha mínusz órája van, akkor betudjuk, vagy kiadjuk szabadnapban, ha nem tudjuk, akkor kifizetjük, ezt szabály kifizetni.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

A jogszabály előírja, hogy amennyiben a dolgozó munkaidején belül vállal munkát valahol, akkor írásbeli, ha munkaidőn túl, akkor bejelentési kötelezettsége van a munkáltató felé. Igen, egy-két esetben előfordul, de ez sem jellemző, ami a tudomásunkra jut.

Ezt a kórházban-esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

A hiányszakmák osztályokon pl. pulmonológia, intenzív, ahol nem tudunk felállni a műszakban, akkor más osztályról szakképzett ápoló vállal bizonyos számú műszakokat.

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Szerintem szinten van.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobic)

Igen, van. A központi gyógytorna termünkben heti kétszer aerobic jellegű mozgás van. Szervezünk néha kirándulást, színházlátogatást, bálakat, kiállításokat.

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Ingyenesek.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

Kirándulásokat szerveznek.

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Nem.

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Időszakosan relaxációs tréning volt.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

A kollektív szerződés tartalmazza a szabadságolás szabályait. Törekszünk arra, hogy két-három hét meglegyen.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Igyekszünk minden évben így kiadni a szabadságot. Szabadság terv van, be kell osztani év elején, és ehhez kell tartani magunkat.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Ez kétélű dolog. Van egy képzési tervünk. Ami az intézmény profiljába tartozó, azt támogatjuk, de ha valaki olyat szeretne tanulni, ami nem hasznos az intézmény és az osztály szempontjából, azt nem tudjuk támogatni, meg azt sem, ha egy osztályon három vagy öt diplomás ápoló van, hogy egy negyediket kiképezzünk. Erre már nincs lehetőség.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése? Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Természetesen, ha a mi képzési tervünkben szerepel, akkor tanulmányi szerződést kötünk. Ami a kollektív szerződésben benne van, azt juttatjuk, de amennyiben nem ágazat specifikus ez a továbbtanulás, pl. tanítónő akar lenni, akkor a munka törvénykönyve előírja, hogy az iskolanapokra szabadidőt kell biztosítani, de ez illetmény nélküli, erre nem kap fizetést.

Az utóbbi években csökken a továbbtanulók száma.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

Igen. Tandíjból 50%, útiköltség térítés van, szállásdíj limitált.

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Igen van, magunk is sokat szervezünk. Az intézetünkben nincs olyan dolgozó, aki nem tudta a pontokat összeszedni.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Kongresszusokhoz nem igazán, csak abban az esetben, amennyiben előadó, akkor adunk, egyébként pedig maguknak kell kigazdálkodni, vagy szponzort szerezni.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Csökkent.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

Igyekszünk ezt megoldani.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiégés elleni tevékenység?

Igen, végeztünk több ilyen tanfolyamot, vagy egy napos képzést, és nagyon nagy dolog, hogy van egy kórházi munkapszichológusunk, aki tud ezzel foglalkozni. Ő ebben az évben kezdett dolgozni.

Minek hatására és mikor hozták ezt létre?

Mi, az ápolás kezdeményeztük, mert éreztük bizonyos szakmákban, hogy kiégés tapasztalható. Pszichiátriás nővéreknél, KAIBO dolgozóknál, pulmon, tehát ahol nagy a terhelés.

Milyen az érdeklődés iránta?

Nagy. Nagyon nagy marketingje volt, és nagy volt az érdeklődés. Volt, amit szombaton tartottunk, és ennek ellenére érdekelte a kollégákat. Én tartottam külön a főnővéreknek is, volt egy egy naposunk, előadással, játékokkal, kirándulással, úgyhogy ez is nagyon jól sikerült.

Esetleg a dolgozók kérték, hogy legyen ilyen foglalkozás, vagy a vezetőség döntött úgy, hogy legyen Bálint-csoport?

A vezetőség észlelte a kiégés jeleit.

6. Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Zártkörűen Működő Nonprofit Részvénytársaság Szombathely, 2011.01.13. Molnár Erzsébet ápolási igazgató

Létszám adatok

Véleménye szerint a kórházukban elegendő számú ápoló dolgozik?

Összességében elegendő ápoló dolgozik, ha a szakképzetteket és a nem szakképzetteket nézzük, de az lenne a jobb, ha a létszámból több lenne a szakképzett ápoló. Elegendő lenne, ha több szakápoló lenne.

Körülbelül mennyi ápoló hiányzik a kórházból?

Szerintem ötven szakápoló hiányzik.

Mennyire jellemző a szakdolgozók elvándorlása más munkaterületre (nem eü)?

Kevésbé.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan sok volt a kórházat elhagyó ápolók száma?

Ez az utolsó egy, másfél év.

Milyen jellegű osztályokon hiányzik több ápoló?

Általában nagy és nehéz betegekkel foglalkozó osztályokon, tehát az általános sebészet, onkoradiológia, nagy belgyógyászatok.

Évente kb. mennyi új dolgozó érkezik a kórházba?

A dolgozókba mindenki beletartozik. Na most nekem ebben a kórházban 1300 dolgozóm van. Az ápolót kivéve a többi területen viszonylag nincs nagy mozgás, csak aki nyugdíjba megy vagy aki elköltözik, olyan van. Az ápolói területen van nagyobb mozgás, szerintem egy olyan harminc-negyven fő évente.

Az új dolgozók létszámában csökkenő vagy növekvő tendencia figyelhető-e meg az elmúlt években?

Az utolsó egy-másfél évben - addig is volt fluktuáció, körülbelül ahányan jöttek, annyian mentek, tehát számban nem volt olyan nagy változás - volt az, hogy többen mentek el, mint ahányan jöttek. Most januárban egy kicsi visszafordulást látok, tehát most többen jöttek, mint ahányan elmentek, de ez lehet, hogy csak egy évkezdeti lendület.

Elbocsátás

Történt-e a kórházban jelentős létszámleépítés az elmúlt években?

Soha ilyen nem történt.

Mi volt ennek az oka? (pénzmegvonás, osztályok bezárása)

Vezetőváltás

Történt-e az elmúlt hét évben főigazgató váltás?

2010-ben.

Ha igen, mennyiszer?

Egyszer.

Történt-e az elmúlt hét évben ápolási igazgató váltás?

Egyszer, 2006-ban.

Ágyszám változások

Történt-e a kórházban jelentős ágyszámleépítés? (akut és krónikus ágyak)

Ez egyszer történt 2007-ben, akkor az aktív ágyak csökkentek 190-nel, ha jól emlékszem.

Ezek milyen hatással voltak az ápolókra? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Semmilyen hatással nem voltak.

Volt-e olyan év, amikor kiugróan magas volt a megszüntetett ágyak száma?

2007.

Történt-e ágyszámbővítés?

Nem történt ágyszámbővítés. Olyan volt, hogy egy másik intézményt hozzánk kapcsoltak, de ez nem bővítés volt, hanem a feladatokkal együtt jött.

Minek hatására következett ez be?

Intézmény összevonás.

Hogyan tudták megoldani az így keletkezett többletmunkát? (túlóra, új ápolók alkalmazása)

Osztály bezárás/nyitás

*Kellett-e **bezárni** valamilyen osztályt az elmúlt hét évben?*

Nem.

Mi volt ennek az oka?

Mennyi ápolót érintett?

Mi lett ezen ápolók sorsa? (elbocsátás, más osztályra helyezés)

Nyílt-e új osztály a kórházban?

2007-ben nyitottuk meg az új sürgősségi tömböt, ami egy nagy ambulanciából és egy fekvőbeteg részlegből áll. A szentgotthárdi rehabilitációs intézetet pedig a kórházhoz kapcsolták, 130 ágy volt, de ez nem egy bővítés, hanem egy intézmény hozzánk jött.

Hogyan oldották meg az így keletkezett ápolói szükségletet?

Átcsoportosítás, felvétel.

Pénzmegvonás a kórháztól

Történt-e jelentős pénzmegvonás a kórháztól, ami a mindennapi létet fenyegette?

Konkrétan nem történt, hanem 2007-ben volt, amikor a súlyszámunkat csökkentették, és ez azt jelentette, hogy kevesebb pénz jött a kórházhoz.

Melyik év(ek)ben volt ez jellemző?

2007.

Mi lett ennek a hatása? Érezték-e a dolgozók a pénzhiányt?

Konkrétan nem, mert a dolgozókat nem érinthette az ilyen, mert a dolgozók fizetése egy adott dolog, és azt nem lehet csökkenteni, mert szinte mindenki a minimumon van.

Tudták-e valahogy kompenzálni ezt a pénzhiányt a dolgozók körében?

Fizetés, pótlékok

*Történt-e az elmúlt években **fizetés**csökkentés? Ha igen, mi volt ennek az oka?*

Nem volt fizetés-csökkentés.

Melyik évre volt ez jellemző?

Milyen mértékű volt ez a csökkenés?

Kompenzálta-e valamivel a kórház a kiesett bért a dolgozóknak?

*Történt-e valamilyen **pótlék** megvonása?*

Pótlékot nem vontak meg, mert olyan pótlékok vannak, amik kötelezőek. Olyan történt, hogy amikor 2007 után lett egy nehezebb pénzügyi helyzet, akkor bizonyos illetmény kiegészítések, amik nem voltak kötelezőek, azokat visszavonták.

Ez kb. mennyi fizetés-csökkentést eredményezett havonta?

Ez csak bizonyos csoportoknál volt, vagy néhány dolgozónál, nem az összes dolgozót érintette, mert, hogy nem mindenkinek volt ilyen illetmény kiegészítése. Talán 100 dolgozó.

Jutalmazás

Részesülnek-e a dolgozók jutalmazásban?

Nem.

13. havi fizetésben?

Rendszeresen nem, de 2010-ben, decemberben kaptak egy havi juttatást. Ez nem 13. havi fizetés volt.

Valamilyen plusz havi juttatásban (rendszeres havi kereset-kiegészítés)?

Plusz haviban nem mondhatom, hogy minden hónapban részesülnek, de tavaly az ápolók negyed évenként kaptak bizonyos juttatást, kifejezetten a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók.

Semmelweis napi jutalomban?

Nem.

Üdülési csekk?

Nem.

Étkezési utalvány?

Az előbb említett juttatásokat sok esetben étkezési jegyben kapják meg a dolgozók a kedvezőbb adó miatt, pl. amit az előbb említettem (a negyedévente plusz pénz), azt ilyenben kapták meg.

Munkaruha/papucs vásárlási utalvány, hozzájárulás?

A kórházban kapják a munkaruhát, utalványt nem kap senki, itt rendelkezésre áll a munkaruha.

Van-e valamilyen plusz juttatás, ami az elmúlt években történt elvonásra? ill. bevezetésre?

Elvonásra nem, és bevezetésre sem, mindenki a minimumon van.

Túlóra, másodállás

*Milyen mértékű havonta a dolgozók által végzett **túlóra**?*

Az a helyzet, hogy bizonyos osztályokon engedélyezett a túlóra, ami kifizetésre kerül. Most jelen pillanatban két olyan osztály van, ahol folyamatosan. Az egyik az általános sebészet, a másik a sürgősségi ambulancia, ahol a szakápoló hiánya miatt úgy oldjuk meg, hogy túlóráznak. Vagy az adott osztályon a szakápoló, vagy más osztályról oda mennek segíteni, és ezt túlórában kifizetjük. Ez folyamatosan van már egy fél éve, és azon kívül van egy-két osztály, akiknél ha megszorulnak, akkor erre lehetőség van, de akkor minden hónapban ezt külön eldöntjük.

Ennek (túlóra) mennyisége nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Valójában mindig volt itt-ott, azt gondolom, hogy olyan átlagos.

Mi lehetett a változás oka?

Milyen hatással volt ez (a sok túlóra) a dolgozókra? (esetleg pályaelhagyás)

Kifizetésre kerül-e a túlóra, vagy szabadnapok formájában csúsztatják?

Ápolóknál mindig valamennyi átmegy a másik hónapra, mert attól függ, hogy hogy esnek a szabadnapok. Ahol lehet, ott szabadnapot kapnak, és csak azokon az osztályokon, ahol ezt már nem lehet megoldani szabadnappal, ott kifizetésre kerül.

*Vállalnak-e a dolgozók **másodállást**?*

Több dolgozó is vállal másodállást. A mi dolgozóink is elmennek máshova, bizonyos munkaterületekre, és nagyon sokan vannak, akik nálunk máshol megcsinálják a másodállásukat, tehát részmunkaidőben dolgoznak nálunk egy másik osztályon.

Ezt a kórházban-esetleg egy másik osztályon- teszik-e, vagy más, nem egészségügyi jellegű munkát vállalnak?

Máshol is, és a kórházban is vállalnak másodállást.

A másodállást vállalók száma nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Szerintem nőtt.

Szabadidős tevékenység

Van-e lehetőség a kórházban valamilyen szabadidős tevékenység végzésére? (úszás, edzőterem, aerobic)

Van tornaterem a fizioterápián, és ott van délután csoportos torna. Aki akar, mehet.

Ezek ingyenesek vagy kedvezményesek?

Kedvezményes.

Szerveznek-e kirándulásokat, esetleg családi napot?

Olyan kórházi rendezvény, ami az összes dolgozót érinti nem volt, inkább osztályos van több, hogy egy-egy osztály a saját közösségével szervez ilyet.

Szűnt-e meg az elmúlt években valamilyen program?

Ezek is inkább osztályos jellegűek. Mi nagy kórház vagyunk 1700 dolgozóval, nem könnyű mozgatni ennyi embert, tehát inkább osztályos jellegű szerveződések vannak.

Indult-e valamilyen új, ami a dolgozók rekreációját segíti elő?

Nem.

Mennyi szabadságot tudnak egybefüggően kivenni a dolgozók egyszerre?

Ez egy relatív dolog, attól függ, hogy melyik osztályról van szó. Elvileg a szabadságot az év elején szabadságolási terv keretében meg kell tervezni minden

osztálynak, és igyekszünk azt betartani. A nyári hónapokban mindenkinek két hetet kell biztosítani, és megpróbáljuk betartani, de azt nem mondom, hogy 100%-osan sikerül, de amennyire lehet, ezt próbáljuk betartani.

A szabadságolási rend javult vagy romlott az elmúlt években?

Nem mondom, hogy mindig tudjuk tartani, mert a létszámot minden műszakban biztosítani kell. Előfordulhat, ha valaki szabadságon van, vissza kell hívni, vagy ha váratlan betegség történik, akkor valakinek el kell látni a feladatot, de hát ez egy ilyen munkaterület.

Képzések, továbbképzések

Ha valaki szeretne továbbtanulni, van rá lehetősége?

Abszolút.

Saját szabadidőből oldja meg vagy van tanulmányi szerződése?

Ha olyan területen tanul, ami a kórház számára hasznos, akkor mindig tanulmányi szerződést kötünk, és mind a két fél betartja. Ha olyat tanul, ami a kórházba nem kell (pl. jog), neki szabadidőt kell biztosítani, de tanulmányi szerződés nem jár, szabadidejében tanul.

Hogyan alakult ez az elmúlt években?

Miután folyamatosan kell ápolóképzésbe beszállni, a nappali képzés gyakorlatilag alig működik, nálunk nincs is, bár van szakiskolánk, de nem működik nappali képzés. Folyamatosan a dolgozóinkat iskolázzuk be, és nagy számban, jelen pillanatban nálunk 48-an tanulnak ápoló képzésben, akik nálunk dolgoznak, és munka mellett végzik a képzést.

Anyagi hozzájárulás a tanulmányokhoz? (Tandíj, útiköltség, szállásdíj)

Tanulmányi szerződés alapján, akik Szombathelyen tanulnak, az éves tandíjuk felét kapják meg a kórházi alapítványtól, a másik felét fizetik ők. Aki másik városban tanul, szintén a tandíj felét szokta kapni, plusz útiköltséget.

Van-e lehetőségük továbbképzéseken részt venni?

Természetesen. Annyi továbbképzést szoktunk tartani itt a kórházban, hogy mindenki, aki a pontokat meg akarja szerezni magának, itthon meg tudja szerezni, hogy ez ne kerüljön költségbe, de természetesen vannak olyanok, akik elmennek máshová kongresszusra, más képzésekre, ott hivatalos távollétet szoktunk rendelkezésre bocsátani.

Ehhez kapnak anyagi hozzájárulást (továbbképzéseken, kongresszusokon való részvételhez)?

Akik előadóként mennek, nekik szoktunk még fizetni útiköltségbe, de nagyon sok osztályon van alapítvány, és aki tart a saját szakmájából előadást, akkor a saját osztályos alapítványok is szoktak segíteni.

Az anyagi hozzájárulás mértéke nőtt vagy csökkent az elmúlt években?

Ezt nem tudom megítélni, mert sok dolgozónál a saját osztálya segít, és fizeti ki mondjuk az útiköltségét vagy a szállását, és erre nekem nincs pontosan rálátásom, de mindig megoldjuk vagy így, vagy úgy. De többségében van, hogy az osztályos alapítvány segít, és nem a kórházi.

Biztosított-e a szakdolgozóknak az orvosi rendelésekre való soron kívüli bejutás, vagy nekik is várniuk kell?

Nincs általánosságban leszabályozva a kórházban, de azért megpróbáljuk figyelembe venni, de nem 100%-os.

Biztosított-e az intézményben valamilyen stresszkezelő tréning, Bálint-csoport, kiegészítő tevékenység?

Ilyet szoktunk szervezni általában vagy évente vagy kétfévente, arra aki akar, bárki eljöhet.

Minek hatására és mikor hozták ezt létre?

Aki sokáig dolgozik ápolónőként az egészségügyben, óhatatlanul előkerül ez a téma. Ahhoz nagyon erős egyéniségnek, nagyon erős lelkiületűnek és nagyon kiegyensúlyozottnak kell lenni, hogy ez ne jöjjön időnként elő, hol kisebb, hol nagyobb mértékben. Én azt gondolom, hogy ez mindenki számára nagyon hasznos lehet.

Milyen az érdeklődés iránta?

Átlagos. Mindig van hallgatóság, nem mondom, hogy most erősebb, mint volt tíz éve, vagy gyengébb, mint tíz éve. Általában mindig van jelentkező erre a képzésre, beszélgetésre.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőimnek, Dr. Lampek Kinga PhD. habil. főiskolai tanárnak és Dr. Betlehem József PhD. habil. egyetemi docensnek, akik végtelen türelemmel és szakmai hozzáértésükkel, jó tanácsaikkal segítették dolgozatom elkészítését.

Köszönöm Dr. Fáy Tamásné, Göbl Vilmosné, Halmosné Mészáros Magdolna, Jakabné Harcsa Erzsébet, Molnár Erzsébet és Szabó Bakos Zoltánné ápolási igazgató asszonyoknak azt a mérhetetlen sok segítséget, melyet a kutatás megszervezéséhez nyújtottak.

Köszönöm továbbá Asztalosné Haskó Szilvia, Katona Lujza, Pap-Szekeres Anita, Varga Judit önzetlen segítségét, mellyel hozzájárultak a kutatás egyes kórházakban való sikeres lebonyolításához.

Hálásan köszönöm minden ápoló kolléganőnek az együttműködést, akik a kérdőívek maradéktalan kitöltésével hozzájárultak a felmérés sikerességéhez.

Végül köszönöm Dr. Kovács Péter egyetemi docens végtelen türelmét, mellyel segített eligazodni a statisztika világában.

Saját közlemények jegyzéke

I. Az értekezés témájával összefüggő saját és társszerzős eredeti közlemények jegyzéke

Hazai eredeti közlemények

1. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás (2009): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33-38.
2. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás (2009): Egészségügyi szakdolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22 (4), 32-38.
3. Irinyi Tamás, **Németh Anikó** (2010): Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészhez! *Nővér*, 23 (5), 23-31.
4. Irinyi Tamás, **Németh Anikó** (2011): Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME* 10 (1), 25-28.
5. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás, Dr. Lampek Kinga (2011): A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal. *Nővér*, 24 (2), 3-10.
6. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás (2012): Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében. *Nővér*, 25 (3), 19-26.
7. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás (2012): Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012. *Nővér*, 25 (4), 28-35.
8. Irinyi Tamás, **Németh Anikó** (2012): A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiegész. *Nővér*, 25 (5), 12-18.
9. **Németh Anikó** (2012): A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben. *Acta Sana*, 7 (2), 46-48.
10. Irinyi Tamás, **Németh Anikó** (2013): Szerepet játszik-e a munkavesztéstől való félelem az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban? *Nővér*, 26 (2), 27-33.

11. **Németh Anikó**, Dr. Lampek Kinga, Dr. Betlehem József (2013): Munkaelégedettség vizsgálata ápolónők körében: 2003-2010. Egészség-Akadémia, 4. évfolyam *megjelenés alatt*

Nemzetközi eredeti közlemény

1. **Anikó Németh**, Kinga Lampek, Nóra Domján, József Betlehem (2013): The well being of Hungarian nurses in a changing health care system. South Eastern Europe Health Sciences Journal, 3 (1), 8-12.

II. Az értekezés témájával összefüggő saját és társszerzős előadások jegyzéke

Hazai előadások

1. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Jubileumi Kongresszusa Veszprém: „Minket ki fog ápolni, ha ágyunk esünk?” 2009.07.10.
2. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Jubileumi Kongresszusa Veszprém: „Az egészségügyi reformok hatása a szakdolgozók lelki egészségére” 2009.07.10.
3. **Németh Anikó**, Balogh Mónika, Tobak Orsolya, Irinyi Tamás: Kreativitás és Innováció Európai Éve - "Tudomány és innovatív környezet" - Tudományos ülés, Szeged: „Helyzetkép a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapotáról” 2009.11.11.
4. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa Kecskemét: „Ápolók egészségmagatartása” 2010.06.25.
5. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa Kecskemét: „Egy egészségfelmérés és annak következményei, eredményei” 2010.06.25.
6. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: Az MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottságának ülése Szeged: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” 2010.11.15.
7. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Magyar Tudomány Ünnepe, Tudományos Felolvasó Ülés, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar „Egy intervenció hatása az ápolók kiégettségi szintjére” 2010.11.17.

8. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa Várgesztes: Szabadidő egészségünk érdekében! 2011.05.26-27.
9. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: XVIII. Szent-Györgyi Napok: „Egy intervenció hatása az ápolók kiégettségi szintjére” (Ismételt előadás) 2011.11.16. Szeged
10. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottsága: „Kihívások és megoldások az ápolásban” c. tudományos ülése: „Ápolók egészségi állapotának összefüggése a szabadidővel” 2011.11.28. Szeged
11. **Németh Anikó**, Dr. Lampek Kinga, Dr. Betlehem József: Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok: „Félelem, egy új faktor az ápolók életében”, 2012.08.23-25.
12. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok: „Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók pszichoszomatikus állapotának vizsgálata”, 2012.08.23-25.
13. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok: „Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók lelki egészsége, és a pályaelhagyási szándék kapcsolata”, 2012.08.23-25.
14. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: XIV. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és IX. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia Balatonfüred: „Lelki egészség változása az egészségügyi szakdolgozók körében”, 2012.09.13-15.
15. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók X. Országos Találkozója Szeged: „Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében”, 2012.10.5-6.
16. **Németh Anikó**: Magyar Tudomány Ünnepe, Tudományos Felolvasó Ülés, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar: „Félelem hatása az ápolók jól-létére” 2012.11.14.
17. **Németh Anikó**: Egészségügyi Szakdolgozók XLIV. Országos Kongresszusa Eger: Öt év továbbképzési tapasztalatai Csongrád megyében. 2013.06.27-29.
18. **Németh Anikó**, Betlehem József, Lampek Kinga: Egészségügyi Szakdolgozók XLIV. Országos Kongresszusa Eger: Változás-ahogyan az ápolónők megélték. 2013.06.27-29.

Nemzetközi előadások

1. **Németh Anikó**, Irinyi Tamás: Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája Budapest: „Beteg testben beteg lélek?’, 2012.10.18-20.
2. Irinyi Tamás, **Németh Anikó**: Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája Budapest: „Menni vagy maradni? Döntés a lelki egészség tükrében”, 2012.10.18-20. A legjobb előadás címmel kitüntetve.

III. További, az értekezés témájával össze nem függő közlemények, előadások jegyzéke

Eredeti közlemények

1. **Németh Anikó** (2005): Az ápoló lehetőségei a koraszülött csecsemők otthoni ellátásában. *Nővér*, 18 (3), 27-
2. **Németh Anikó**, Kovácsné Szabó Katalin (2009): A szülők igényeinek, problémáinak felmérése koraszülött osztályon. *Védőnő*, 19 (3), 31-34.

Tankönyv fejezet idegen nyelven (orosz)

1. **Aniko Nemeth** (2012): Развитие здоровья: стратегия и цели в странах Восточной Европы (Egészségfejlesztés: stratégia és célok a kelet-európai országokban). In: Терапия Искусством. Учебное пособие по арт-терапии. ("Therapy by Art" Text-book). Szerkesztők: Никитин, В. Н., Бояджиева, Н., Лебедева, Л. Д., Вачков, И. В. (Nikitin, V. I., Boiadjieva, N., Lebedeva, L. D., Vachkov, I. V.) Kiadó: Изд-во Софийского Университета "Св. Климента Охридского" ("Saint Kliment Ohridsky" University Publisher) Szofia, 2012. p: 242-256. ISBN: 978-954-07-3389-0

Hazai előadások

1. **Németh Anikó**: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezete: előadás „Az újraélesztés aktuális kérdései” c. akkreditált továbbképzésen „Az újraélesztés története, jogi, etikai vonatkozásai” címmel 2008.04.24. Szeged, 2009.01.29. Szentés, 2009.02.12. Nagymágocs
2. **Németh Anikó**: Gyermekápolók X. Országos Kongresszusa Székesfehérvár: „Az ápoló lehetőségei a koraszülött csecsemők otthoni ellátásában” 2008.09.12.

3. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet V. Kamarai Nyílt Nap: "Szakdolgozók helye és szerepe az akut szívizominfarktus korszerű ellátásában" c. akkreditált továbbképzésen „Az atherosclerosis kialakulásának folyamata” címmel 2009.06.17. és 2009.11.09. Szeged
4. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során” c. akkreditált továbbképzésen: „Az ápolás etikai vonatkozásai” címmel 2009.09.02. Szeged, 2009.10.29. Szentes, 2009.11.30. Hódmezővásárhely, 2009.12.04. Makó, 2010.03.24. Szeged
5. Balogh Mónika, Tobak Orsolya, **Németh Anikó:** Kreativitás és Innováció Európai Éve - "Tudomány és innovatív környezet" - Tudományos ülés, Szeged: „Az általános és szubjektív jóllét, valamint az élettel való elégedettség vizsgálata védőnőhallgatók körében” 2009.11.11.
6. **Németh Anikó:** „A hospice ellátás elméleti és gyakorlati alapjai” akkreditált továbbképzés 3 alkalommal 10-10 óra tartása „Klinikai ismeretek I-II., Halál, haldoklás pszichológiai jellemzői valamint A gyász” címmel. 2009.11.27-12.12. Szeged, 2010. szept.10-18. Hódmezővásárhely, 2011.01.20-29. Szeged
7. **Németh Anikó:** „Idős emberek újraélesztésével és krónikus ápolásával, gondozásával kapcsolatos gondozói és ápolói feladatok” akkreditált továbbképzés, 6 óra tartása „Gerontológia-geriátria, Biológiai öregedés, Időskorban fokozottabban jelentkező betegségek, Közösségi tevékenység az idősök ellátásában, valamint Idős emberek sürgősségi ellátásának irányelvei” címmel. 2010.03.20.-04.03. Szeged, 2011.05.13-06.03. Szeged
8. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „A fájdalomról fájdalommentesen”c. akkreditált továbbképzésen „A fájdalom élettana” címmel 2010.04.06. és 10.28. Szeged, 2010.11.11. Makó, 2010.11.18. Szentes, 2010.11.26. Hódmezővásárhely
9. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése” c. akkreditált továbbképzésen „Sebek típusai, sebgyógyulás folyamata” címmel 2011.03.02. Szeged, 2011.06.21. Szentes, 2011.08.26. Szeged
10. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Hogyan oktassunk” c. akkreditált továbbképzésen „A

- betegoktatás irányelvei” címmel 2011.04.06. Szeged, 2011.06.08. Hódmezővásárhely, 2011.12.12. Szeged
11. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Kendőzetlenül a halálról és a gyászról” c. akkreditált továbbképzésen „A halállal kapcsolatos attitűdök és ezek változásai a történelem folyamán” címmel 2011.05.04. Szeged, 2011.10.10. Szeged, 2011.10.26. Makó, 2011.11.23. Szeged, 2011.12.12. Szeged
 12. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Korunk népbetegségei” c. akkreditált továbbképzésen „Élménybeszámoló a fogimplantációról” címmel 2012.04.17. Szeged, 2012.05.03. Szentes, 2012.05.17. Makó, 2012.09.29. Szeged
 13. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai” c. akkreditált továbbképzésen „A mágnes hatása szervezetünkre” címmel 2012.06.05. Szeged, 2012.11.21. Makó
 14. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Beszéljünk nyíltan a halálról és a gyászról” c. akkreditált továbbképzésen „A halállal kapcsolatos attitűdök változása a történelemben” címmel 2012.06.25. 2012.11.10. 2013.04.26. Szeged
 15. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Beszéljünk nyíltan a halálról és a gyászról” c. akkreditált továbbképzésen „A hospice ellátás szellemisége” címmel 2012.11.10. 2013.04.26. Szeged
 16. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Híd a szájüregi egészséghez,, c. akkreditált továbbképzésen „Élménybeszámoló-Implantációm beültetésének története” címmel 2012.12.08. 2013.08.31. Szeged
 17. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Alapvető hospice ismeretek, elméleti és gyakorlati alapok” c. akkreditált továbbképzésen „Klinikai ismeretek I-II.”, „Halál, haldoklás pszichológiai jellemzői”, „A gyász” címmel 2013.04.05. Szeged
 18. **Németh Anikó:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet: előadás „Minden, amit az ápolási folyamatról és a

dokumentációról tudni érdemes” c. akkreditált továbbképzésen „Az ápolási folyamat elmélete” címmel 2013.01.24. 2013.06.18. Szeged, 2013.04.11. Szentés

Nemzetközi előadások

1. **Németh Anikó:** Pozivnica za II. Simpozijum Hirurskih Sestara Vojvodine: "Znanjem Pobedimo Rak Dojke" (Ismeretek az emlőrákról-egy felmérés eredményei) címmel 2011.03.26. Zenta, Szerbia
2. **Németh Anikó:** Pozivnica za II. Simpozijum Hirurskih Sestara Vojvodine: „Vrste rane, proces zarastanje rane” (Sebek típusai, sebgyógyulás folyamata) címmel 2011.03.26. Zenta, Szerbia