

A FIZETETT ÉS NEM-FIZETETT MUNKA HATÁSA AZ ÁPOLÓK
ÉLETMINŐSÉGÉRE KÜLÖNBÖZŐ KLINIKAI KÖRNYEZETBEN

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

BETLEHEM József

Akkreditált program száma: D-171

Témavezető az Egészségtudományi Doktori Iskolában:

Dr. TAHIN Tamás

(Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar)

Témavezető a Manchesteri Metropolitan Egyetem Doktori Iskolában:

Dr. WARNE Anthony

(Manchester Metropolitan University, UK)



BEVEZETÉS

A munka meghatározó szerepet játszik az emberek mindennapi életében. Nem csak a növekvő fizetett munka uralja egyre inkább az emberek életét, hanem a nem fizetett (otthoni, családi, stb.) munka is, ami nagyon sok társadalomban még „láthatatlan” jelenségnek számít.

Az egészségügyi szektorban, különösen az ápolásban dolgozók számára a nem fizetett munka hatása még nagyobb jelentőségű. Az ápolói munkaerő piacon az ápolóhiány és a nagyfokú pályaelhagyás az ápolók között a világ számos országában jól ismert jelenség. Az ápolást, mint egy rendkívül stresszel teli, az ápolók életminőségére sok kockázatot hordozó szakmát tartják számon, különösen a betegágy mellett dolgozók körében.

Az ápolói munkaerő döntő részét a fekvőbeteg ellátó osztályokon női dolgozók teszik ki. A nők társadalomban betöltött szerepe még mindig hordoz olyan jegyeket, melyek elvárják a nőktől, hogy nagyobb mértékben vegyenek részt a nem fizetett, családi vagy otthoni tevékenységekben. Mostanáig a releváns szakirodalom elsősorban az ápolók egészségére leselkedő fizikai és mentális veszélyekkel foglalkozott és egyetlen tanulmány sem vizsgálta a kórházakban közvetlen betegellátásban dolgozó ápolók fizetett és nem fizetett (otthoni) munkájának kettős hatását és annak az életminőségre gyakorolt befolyását. Ezért az ápolók közérzete, életminősége (well-being) fontos tényező lehet abban, hogy az ápolók a közvetlen betegellátásban a pályán maradjanak.

A társadalom vagy a személyek szubjektív életminősége nemcsak azért fontos, mert a boldogság és elégedettség szükséges a jól léti társadalomhoz, hanem mert a megkérdezett emberek is fontosnak tartják ezeket az értékeket a nyugati társadalmakban. Ugyanakkor, kutatási eredmények azt is bizonyítják, hogy pozitív következményei lehetnek a magas szubjektív életminőségnek nemcsak az egészségre nézve (pl. az elégedettek és boldogok hosszabb ideig élnek), hanem a munka területén (több pénzt keresnek, jobb munkaerőt jelentenek) és a személyes kapcsolatok területén is (szociálisabbak, kreatívabbak) (Diener et al. 1997; Diener & Biswas-Diener, 2000). Az egyének, így az ápolók és a társadalom szubjektív jóléte nem független egymástól: az ápolók magas szubjektív életminősége hozzájárulhat az ellátottak és ezáltal az egész társadalom szubjektív életminőségének növeléséhez. Ugyanakkor ez visszahat az ápolókra is, és így növekedhet az ellátottak, a

A szubjektív életminőség kutatásokat legnagyobb számban az egészségközpontú életminőség vizsgálatoknál találjuk. Az orvostudomány mai modern megközelítésében az egészség és az életminőség hasonló jelentésű fogalmak, és ezt a megközelítést alá is támasztják az egészség és életminőség kapcsolatát vizsgáló kutatások. A közhiedelemmel ellentétben a fizikai egészség csak nagyon kis pozitív hatással bír a szubjektív életminőségre, annál nagyobb a hatása a szubjektív egészségre, vagyis annak, ahogyan az emberek értékelik saját egészségüket (Diener, 1984, idézi Rod O'Connor, 1993; Veenhoven, 1996, 1997).

A rendszerváltás óta a magyar társadalom egyes rétegei nemcsak hogy szegényebbek lettek, hanem elégedetlenebbek is, gyakrabban szenvednek lelki problémáktól, és nagyobb arányban adnak anómiára és elidegenedésre utaló válaszokat, mint a társadalom kedvezőbb helyzetben lévő tagjai (Andorka 1996). Tehát nem csak a jövedelemszint, hanem az életminőség is egyenlőtlenséget okoz a magyar társadalomban, ami feltehetőleg igaz az ápolók körében is.

CÉLOK

A munka fizikai egészségre gyakorolt hatásával ápolók körében Magyarországon viszonylag keveset foglalkoztak, jól lehet a munka és az egészségi állapot összefüggését számos munkahigiéne tárgyú tanulmány igazolja. Az ápolók munkája különösen a betegágy mellett műszakban dolgozók esetében gyakorlati tapasztalataink alapján sok tekintetben megerősítő és az emberekkel való foglalkozás lelki aspektusai a mindennapok megélésében sem elhanyagolhatók. Célzerű lenne tehát olyan elméletet keresni, amely meg tudja mutatni, hogy a munka miként befolyásolja az ápolók mindennapjait, az ápolói hétköznapi létet és életminőségét (well-being).

A tanulmány egyik célja volt tehát, hogy az ápolók között felderítse azokat a csoportokat, melyeket Johnson és mtsai (1991) írtak le egy háromdimenziós modell segítségével (igénybevétel-kontrol-támogatás) (továbbiakban DCS modell). A modell alkalmazásával elkülöníthetők olyan csoportok, akik eltérő élethelyzetben vannak a munka életminőségre gyakorolt hatásának megélését illetően. A három dimenzió szempontjából legrosszabb helyzetűek azok a dolgozók, akik magas igénybevételű munkahelyen, alacsony munkavégzés feletti kontrollal és alacsony támogatottsággal rendelkeznek.

A DCS modellt először a fizetett munkában, ipari és szolgáltatói szektorban dolgozók

ápolók által végzett nem fizetett munkára is, ami különösen a nők esetében meghatározó lehet.

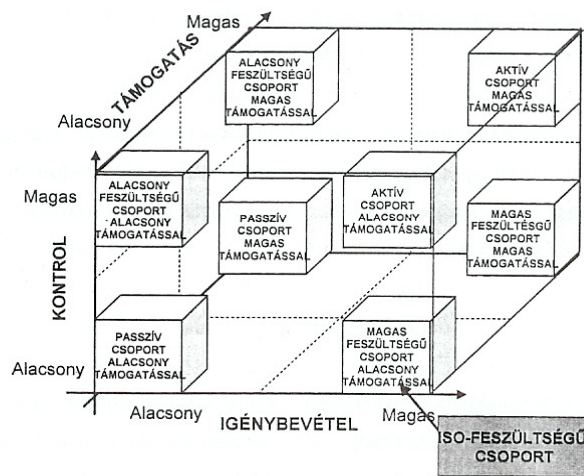
A DCS modell hazai működőképességének tesztelésén túl a célok között szerepelt, hogy a DCS modell alapján megjelölt ápolói csoportok és az ápolók megélt életminősége közötti összefüggéseket feltárja, mind a fizetett és mind a nem fizetett (otthoni) munka helyzetekben, és végül összehasonlítsa ezek összhatását.

MÓDSZERTAN

A tanulmány céljainak megvalósítása érdekében kevert kutatási eljárást (mixed method research design) választottunk, mely két egymás utáni részből állt. Az eljárások kiegészítették egymást és csökkentették az egy eljárás alkalmazásából adódó hátrányokat.

A kutatás első részében alkalmazott fogalmi keret alapját Karasek (1979) DC (igénybevétel-kontrol), valamint Johnson és mtsai (1991) DCS (igénybevétel-kontrol-támogatás) interakcionális fizetett munka szervezetekben kifejlesztett elmélete jelentette. Munkahelyi modellekkel összevetve, elmondható, hogy az elmúlt 15 év foglalkozási stresszel kapcsolatos kutatásait a DCS modell empirikus tesztelése uralta. Ez részben annak is köszönhető, hogy a nagyon speciális háromdimenziós modell könnyen alkalmazható. Éppen ezen relatív egyszerűsége és jóslóértéke, valamint a pszichológiai folyamatokra fordított szerény figyelem okán a modellt kritika is érte (de Rijk et al., 1998), azonban mind a mai napig nem cáfolták meg alkalmazhatóságát.

Az irodalmi áttekintés során kiderült, hogy a választott DCS modell nagy gyakorlati megalapozottsággal és munkahelyi alkalmazhatósággal rendelkezik (Theorell, 1998). A modern munkában jelentkező igénybevételt tekintve a „passzív” és a „nyugodt” munkahelyi körülmények kizsárolnak, ami kétféle foglalkozás megjelenéséhez vezethet: magas vagy alacsony igénybevételű kontrolúhoz, azonban mindkettőben a nagy igénybevétel jelen van. (Belkic et al., 2000). Az 1. ábra szemlélteti a DCS modell lényegi mondanivalóját, vagyis a különböző munkahelyzetben lévő ápolói csoportokat.



1. ábra Az iso-feszültség modell Johnson és mtai (1991) alapján

Más kutatók, mint Danna és Griffin (1999) a jövő munkahelyi egészséggel és életminőséggel kapcsolatos elméletére dolgoztak ki fogalmi keretet, azonban a nem fizetett munka hatásait itt is figyelmen kívül hagyták. Néhány kisebb spektrumú DC tanulmányban homogén mintákon az igénybevételnek és kontrolnak az elsődleges jelentőségét írták le (Hurrell & McLaney, 1989; Melamed, Kushnir & Meir, 1991; Perrewe & Anthony, 1990; Spector, 1987), azonban ők sem terjesztették ki vizsgálataikat az igénybevétel és kontrol dimenzióban a nem fizetett munkára.

A kutatás első részében kvantitatív kutatási eljárások alkalmazásával kialakítottuk a DCS modell tesztelésére szolgáló keresztmetszeti felmérést és a második részben az ápolók munkatapasztalatait gyűjtöttük össze interjúk segítségével.

Az első részben a mintát 1305 fő, közvetlen betegellátásban dolgozó ápolónő alkotta az ország hat oktató kórházából. Kutatási asszisztensek segítettek a kérdőívek kiosztásában 2003-ban. A mérésre használt skálákat a kérdőív tételei alapján állítottuk össze faktor analízis segítségével. A tételek faktorálhatóságát „principal component analysis”-sel ellenőriztük, mely két statisztikai eljárást foglalt magába: „Bartlett’s test of Sphericity” (Bartlet, 1954) (elfogadhatóság: $\alpha \leq 0,05$) és a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Kaiser, 1970) (elfogadhatóság: $\alpha \geq 0,5$).

súlyok meghatározására „Principal Axis Factoring” eljárást alkalmaztunk, legalább öt faktor megjelenté esetén. A skálák megbízhatóságának tesztelésére a Cronbach alfa eljárást használtuk, ahol a 0,6 és afölötti értékeket fogadtuk el. Az életminőséget az érzékelési életminőség skála (Bradburn, 1969) tételeivel mértük a magyar környezetre adaptálva, a korábbi vizsgálatok megbízhatósági statisztikai szempontok szem előtt tartásával. A tesztelt modellben a következő változóként az életkort, családi állapotot, iskolázottsági hátteret, és a krónikus betegségek meglétét vagy hiányát vizsgáltuk.

A második részben 30 ápolónőt választottunk ki a korábbi vizsgálatban résztvevő kórházakból, akikkel interjúk készítettünk. Az interjúk tartalmát szövegszerűen rögzítettük többszöri átolvasást követően tartalmilag kategóriákat alkottunk belőlük. A legjellemzőbb témákat csoportosítottuk. A létrehozott témákat és altémákat a belső heterogenitás és a külső heterogenitás jegyében is elemeztük. Az érvényességre, a megbízhatóságra és a hitelességre valamennyi adatfeldolgozási fázisban kellő figyelmet fordítottunk. Mindkét fázisban az adatokat elemeztük és a munkakörnyezet ápolók életminőségére gyakorolt hatásának bemutatása érdekében a kapott eredményeket rendszerezetten

EREDMÉNYEK

Kevés tanulmány foglalkozik az ápolók egészségi állapotával a fizetett és nem fizetett munkakörnyezetben (Walters, 1996). Az utóbbi évek magyar szakirodalmában csupán néhány foglalkozás-egészségügyi tanulmány szentel figyelmet az ország déli részén dolgozó ápolók munkájának (Pikó, 1999). Nemcsak a Nyugat-Európai országokban, hanem hazánkban is az ápolásról elmondható, hogy javarészt nők végzik (Forrás: ETI, 2004), amit a nem fizetett választott minta is jól tükröz. Az ápolónőknek gyakran szembe kell nézni egy magas fizetett munkával, ami elsősorban olyan nem „látható” tevékenységeket takar, mint a táplálékfeleségi, anyai, háztartási, vagy a családtagot ellátó gondozói szerepekből fakadnak (Kovács et al., 2004), amit saját vizsgálatunk is megerősített. A fizetett és nem fizetett munkakörnyezetben ápolói lét és az egyéni életminőség megélésére gyakorolt hatása jobb megértése érdekében a vizsgálat első fázisa 61%-os válaszadási arányt hozott. A vizsgálat eredményeként a nem fizetett ápolót sikerült megkérdezni, akik közvetlen betegellátásban dolgoztak, több mint e

A jelen tanulmányban alkalmazott megközelítés túlmegy a korábbi Johnson és

Hasonló ápolói csoportok kerültek kialakításra, nem csak a fizetett, hanem a nem fizetett munkában is egy megközelítőleg homogén magyar ápolónői mintán.

Először az igénybevétel és a kontrol dimenziók mentén létrehozott négy ápolói csoporton futtattuk a lineáris regressziós modellt. Valamennyi csoportot a magas feszültséget hordozó csoporthoz viszonyítottuk, akiknél az igénybevétel magas és a kontrol alacsony. Ez a csoport tekinthető a legrosszabbnak, mivel ők vannak a legnagyobb egészségkárosító, életminőséget romboló hatásoknak kitéve (Wharton & Erickson, 1995; Hall, 1992). A korábban képezett négy csoportnál a szociális támogatás dimenzió beemelését követően, keletkezett nyolc csoporton (igénybevétel-kontrol-támogatás) külön lineáris regressziós modell került kialakításra. Valamennyi csoportot az iso-feszültség csoporthoz hasonlítottunk, ahol a magas igénybevétel mellett, alacsony kontrol és társas támogatás volt a jellemző. (Johnson, 1991).

Az iso-feszültség az ápolók életminőségére és egészségi állapotára komoly veszélyeket képes hordozni, amit a fizetett munka hatásairól az Egyesült Államokban 33698 fő munkában álló ápolónők körében végzett vizsgálat is bizonyított. A magas feszültségű csoportban a dolgozók kisebb vitalitásról, és mentális egészségről, komolyabb fájdalomról, valamint megnövekedett fizikai és mentális akadályozottságról számoltak be, mint azok, akik az aktív csoportban voltak. (Amick et al., 1998).

A kutatásban az első lineáris regressziós modell eredményeit elemeztük. Kiderült, hogy az ápolók alacsony feszültségű csoportjában (alacsony igénybevétel és magas kontrol) a magas feszültségű (magas igénybevétel és alacsony kontrol) csoporthoz viszonyítva mind a fizetett és a nem fizetett munkában képes mind a pozitív, mind a negatív életminőségre befolyással lenni. Az aktív ápolói csoportban (magas igénybevétel és magas kontrol) valószínűleg csak a pozitív egészségi állapotban találunk szignifikáns hatást. A passzív csoportban lévő ápolóknál (alacsony igénybevétel és alacsony kontrol) inkább a negatív életminőség megélésében találunk változást.

A társas támogatás dimenzió fontos szerepet játszik a tanulmányban, mind a fizetett és mind a nem fizetett munka vonatkozásában. Úgy tűnik, hogy a támogatás jelentős hatást gyakorol az életminőség megélésére mindegyik csoportban, függetlenül attól, hogy a támogatás magas vagy alacsony. A nem fizetett (otthoni) modellben úgy látnánk, ha támogatás magas és alacsony, az életminőség megélésére mindegyik csoportban, függetlenül attól, hogy a támogatás magas vagy alacsony. A nem fizetett (otthoni) modellben úgy látnánk, ha támogatás magas és alacsony, az életminőség megélésére mindegyik csoportban, függetlenül attól, hogy a támogatás magas vagy alacsony.

hogy a „felettesi és kollegiális támogatás” és „a lehetőség az önfejlesztésre” a leggyakoribb formái a munkahelyen megélt támogatásnak, míg „az otthoni személyközi viszonyok” ugyancsak gyakran befolyásolják az életminőséget. Ez látszott különösen abban az esetben, ha a nem fizetett otthoni munkában kapott támogatás magasabb, ami mind a pozitív, mind a negatív életminőség dimenziót képes befolyásolni. Ez valamennyi csoportban ugyancsak látható (passzív, aktív, alacsony és magas feszültségű csoportok).

Általában mindegyik csoportban a magas támogatás jelentős hatást gyakorol az életminőség mindkét dimenziójára. Az alacsony támogatás azonban nem mutat hasonló szabályszerűségeket.

A munkahelyi magas támogatás a nagy feszültséget átélő csoportban (magas igénybevétel és alacsony kontrol) az ápolók körében a megélt életminőségüket nem befolyásolja, de az otthoni magas támogatásnak mindkét életminőség dimenzióra hatása van.

Miután láttuk a különböző fizetett és nem fizetett regressziós modellek önálló hatásait a közös lineáris regressziós modellt alkalmaztuk, mely megmutatja a munka legfontosabb legerősebb dimenzióit. A magas otthoni támogatás az életminőség mindkét dimenziójára gyakorolt hatását a legnagyobb feszültséget megélt ápolók körében tapasztalhatjuk.

A közös lineáris regressziós modellből az is kiderült, hogy az aktív (magas igénybevétel és magas kontrol) ápolói csoportban azok, akik magas támogatást kapnak mindkét munkahelyi környezetben, az otthoni támogatást fontosabbnak érzik. Az otthoni támogatás kétszer olyan fontos számukra, mint a munkahelyi. Azok az ápolók, akik a magas feszültséget megélt csoporthoz tartoztak (magas igénybevétel, alacsony kontrol), és megfelelő otthoni támogatásban részesültek, kiegyensúlyozottságról számoltak be.

Azok az ápolók, akik az alacsony igénybevételű és alacsony kontrolú munkakörnyezetben (passzív csoport) dolgoztak, és alacsony támogatást kaptak a munkahelyen vagy otthon, az életminőségükben sem a pozitív sem a negatív dimenzióban nem éltek meg változást. Azonban ugyanebben a csoportban, ha a támogatás elég erős volt az otthoni vagy munkahelyi környezetben az életminőségükben változást könyvelhettek el. Az otthoni támogatásnak a negatív életminőség megélés ellensúlyozásában, míg a munkahelyi támogatásnak a pozitív életminőségre van hatása.

Amint azt a szakirodalom is ismerteti, azok az ápolók akik, alacsony feszültségű környezetben dolgoznak (alacsony igénybevétel és magas kontrol) az életminőségük valamennyi vizsgált dimenziója meghatározó számukra.

KÖVETKEZTETÉSEK

A munkának rendszerint a fizetett részével foglalkoztak az eddigi kutatások. Általánosan elfogadott azonban, hogy munkának tekintjük nem csak a fizetett munkát, hanem a nem fizetett rejtett munkát is, ami magába foglalja a háztartási és gyermekgondozási munkát, valamint az önkéntes munkát is. Applebaum (1992, p. 1) azt állítja, hogy „a munka olyan, mint egy gerincoszlop, ami rendszerezi az emberek életét, azt, hogy miként teremtenek kapcsolatot materiális és társadalmi valósággal, és miként érnek el státuszt és önértékelést”. Általában a fizetett munkát találták fontosnak az életminőség szempontjából. Azonban a fizetett munka csak egy aspektusa az életnek és egy hegynyi bizonyíték áll rendelkezésre ahhoz, hogy belássuk, a sokszoros szerepek számos forrását szolgáltatják az életminőségnek. (Barnett, 1998; Edwards & Rothbard, 2000; Ruderman et al., 2002).

Korábbi foglalkozási stresszel kapcsolatos kutatások vizsgálták a fizetett munkát, főleg férfiakon, megállapítva, hogy az otthon végzett munka kevésbé stresszteli, mint a fizetett munka. Újabb kutatások vizsgálták, hogy a különböző foglalkoztatási típusok és a családi szerepek (nem fizetett munka) miként hatnak a nők egészségi állapotára. (De Koninck, 1984). A háztartási hosszú munkaórák megfásultságot, depressziót és más betegségeket okozhatnak (Killien & Brown, 1987). Danna és Griffin (1999) fogalmi keretükben egy komplex képet festenek az egészségi állapot és a munkahelyi hatások összefüggéséről. Az otthoni élet számos aspektusát illesztették be az elméletükbe, utalva a nem munkából származó elégedettség fontosságára, azonban nem hangsúlyozzák az otthoni környezetben végzett munka, pl. család befolyásolja a munkavállalók egészségét és életminőségét.

Ez a kutatás különleges abban a tekintetben, hogy a magyar közvetlen betegellátásban dolgozó ápolók között az eddig még nem vizsgált fizetett (otthoni) és nem fizetett (munkahelyi) munka környezet együttes hatását kívánja vizsgálni. A kutatás rávilágít a munkaszervezetek számos olyan aspektusára, melyeket a jövőben az egészségügyi munkahelyeken figyelembe lehet venni.

További kutatások szükségeltetnek az itt kapott eredmények longitudinális vizsgálattal történő megerősítésére, különösen a DCS modellnek a nem fizetett munkában és más szektorokban történő alkalmazási lehetőségére. A jövőbeni kutatásoknak nagyobb hangsúlyt kell helyezni a munkaszervezet okozta hatások kompenzálására annak érdekében, hogy az ápolókat a pályán tartassák.

Ebben a tanulmányban bemutattuk, hogy a nem fizetett munkakörnyezet miként befolyásolja az ápolók életminőségét és a társas támogatás miként gyakorol hatást mind a fizetett, mind a nem fizetett munkára. A magyar ápolók között végzett vizsgálat, mint Johnson tanulmánya (1991), jelzi a támogató környezet fontosságát, mind a fizetett és a nem fizetett munkák között. Egyértelmű összefüggés látható ápolók körében az életminőség, az egészségi állapot és a társas támogatás megléte vagy hiánya között. Az élet nem fizetett és a fizetett munkaterületei között kölcsönös hatás figyelhető meg az életminőség vonatkozásában is, ami megerősíti az eddigi konklúziót, miszerint az otthoni és munkahelyi támogatásnak lehet szerepe az ápolók pályántartásában és a pályaelhagyás megakadályozásában, az ápolói szakma vonzóképességének tekintetében. A jövőben a korábban ismertetett eredmények alapján új munkahelyi irányelvek kellene kidolgozni és alkalmazni, figyelve a munkahelyi munka jellegére: igénybevétel, munka feletti kontrol és a társas támogatás tekintetében.

A felmérés eredményei olyan információt szolgáltatnak, amik hozzájárulhatnak a bizonyítékokon alapuló egészséges munkahely stratégiák kialakításához, annak érdekében, hogy előmozdítsák az ápolók egészségét, életminőségét és forszírozzák a kormányzatot a munkahelyi irányelvek kidolgozását.

Az egészségesebb munkahelyek kialakítása érdekében az 1990-es évek végén az Egyesült Királyság kormánya az Egészség és Biztonság Bizottságán keresztül bevezetett egy programot. A program középpontjában a munkahelyi egészség és biztonság állt annak érdekében, hogy csökkentsék a munkahelyi stresszt.

Az EU szintén belekezdett egy projektbe, mely a EU jövőbeni munkahelyeit vizionálta. Ez a tevékenység sok figyelmet fordít a munka-élet egyensúlyra az EU országokban (Foundation for European Progressive Forum, 2004). A legtöbb EU országban alapvető szempont a munkából adódó igénybevétel

Az EU tagsággal a magyar kormányoknak is szembe kellett nézni az egészségügyben olyan akadályokkal, mint az európai munkaidő direktíva, ami korlátozta a ledolgozható munkaórák számát. Ugyanakkora személyi állománnyal az egészségügyben a probléma megoldása nehézségekbe ütközik. Az Egészségügyi Minisztérium jó lenne, ha szorgalmazná egészségesebb munkahelyek megteremtését és más formáit az egészségügyi dolgozók megtartásának az egészségügyi szektorban. Ezek az erőfeszítések nagyon fontosak lehetnek az ápolók számára, akárcsak a még meg nem valósított tervezett lépések megtétele.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen tanulmány elkészítése nagy kihívás és hatalmas tapasztalat volt számomra az elmúlt néhány évben. Bátorító támogatás és rengeteg segítség nélkül nem lettem volna képes eredményesen véghez vinni.

Rendkívül hálás vagyok Dr. Tahin Tamás orvos szociológusnak, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar emeritus dékánjának. Dr. Tahin Tamás mindig arra sarkallt, hogy lépjek túl azokon a nehézségeken, amelyek az értekezés írása közben gyakran adódtak és segített szakmai tapasztalataival, támogatásával és kitűnő tanácsaival. Töretlen hite és személyes bátorítása nagyon fontos volt számomra.

Szeretném kifejezni végtelen hálámot Prof. Dr. Anthony Warne-nak, aki Manchesterben a Manchester Metropolitan Egyetemen irányította tanulmányaimat. Prof. Dr. Anthony Warne lehetővé tette számomra a tudományos alapok megszerzését. Figyelemre méltó kritikái észrevételeivel és értékes visszajelzéseivel folyamatosan támogatott. Túl hivatalos szerepén személyes elkötelezettsége és barátsága sok energiát adott számomra az évek során.

Az önzetlen segítségét szeretném megköszönni Susan McAndrewnek, a Leedsi Egyetem adjunktusának, aki korrigálta és pontosította az angol helyesírást.

A kvantitatív statisztikai elemzésekért köszönet illeti Dr. Jeges Sárát, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Biostatistikai és Egészségügyi Informatika Tanszék vezetőjét.

Szerencsére sok támogatást kaptam Magyarországon és itthon kollégáktól abban, hogy

KÖZLEMÉNYEK

Folyóirat közlemények

1. **Betlehem, J.** (2005) Átalakuló egészség tudományi felsőoktatás. *Nővér*, 18;4:27-31.
2. Járomi, M., **Betlehem, J.** (2005) Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéről. *Nővér*, 18;2:21-24.
3. **Betlehem, J.**, Oláh, A., Boncz, I. (2004) Önkéntes ápolói nyilvántartás Németországban. *Nővér*, 17;4:25-28.
4. Boncz, I., Sándor, J., Oláh, A., **Betlehem, J.**, Sebestyén, A., Kisbenedekné Gulyás Dózsa, Cs. (2004) Az otthoni szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben. *Lege Artis Medicinæ*, 14;1: 47-52.
5. **Betlehem, J.** (2003) Hungary is already seeing an exodus of nursing staff... *Nursing Times*, 17-23; 99:14-5.
6. **Betlehem, J.**, Sütő-Németh T., Goján R. (2003) Nemzetköziesedés az ápolóképzésben. *Magyar Felsőoktatás*, 7; 9-10:18-21.
7. **Betlehem, J.** (2003) Néhány szó az elfelejtett „Betegápolásügy”-ről. *Nővér*, 16; 4:23.
8. **Betlehem, J.** (2002) Ápolói kihívások a XXI. század elején – Az ápolás elméletének és gyakorlatának változásai – Az ápolásbiztosítás kérdései. *Nővér*, 15;6:26-27.
9. **Betlehem, J.** (2002) Bizonyítékokon alapuló ápolás fogalomrendszerének helye az ápolásban. *Nővér*, 15;6:11-17.
10. **Betlehem, J.** (2002) Registration of Health Care Workers in Hungary. *Sestra*, 10;5.
11. **Betlehem, J.** (2001) Nursing registration in Hungary. *Revue*, 4;8:5-6.
12. **Betlehem, J.** (1999) Mesterkurzus az ápolás minőségéről, avagy a minőségi ápolás Amerikai Egyesült Államokban megvalósuló trendje napjainkban. *Nővér*, 12; 4:11-17.

Előadások

1. **Betlehem, J.**, Horvath, M., Boncz, I., Sebestyén, A. (2006) The weakness of teamwork between nurses and physiotherapists in caring for stroke patients in Hungary. *Value in Health, Supplement*, in Press IF 2005:3.21
2. **Betlehem, J.**, Torok, Cs., Boncz, I., Sebestyén, A. (2006) Attitudes toward home care among acutely hospitalized patients in Hungary. *Value in Health, Supplement*, in Press IF 2005:3.21
3. Boncz, I. Sebestyén, A., **Betlehem, J.**, Oláh, A., Dózsa, Cs., Gulácsi, L. (2006) Introduction of health economics into decision making on public health intervention. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 7. Supplement 1. S20.
4. **Betlehem, J.**, Oláh, A., Boncz, I., Sebestyén, A., Dózsa, Cs. (2006) Geographic Information System (GIS) analysis of small area inequalities in home care expenditures in Hungary. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 7. Supplement 1. S108.
5. **Betlehem, J.** (2005) Az ápoláskutatás szerepe az ápolók pályán tartásában. In: Magyar Egészségügyi Társaság, a MET Felvidéki Szervezete, az Amerikai Magyar Orvosszövetség és a Semmelweis Társaság (Németország) Nemzetközi Konferenciájának Keszthely-Révkomárom-Kassa. p.10.
6. Kozon, V., Juraskova, D., **Betlehem, J.** (2005) Die aktuellsten Entwicklungen der beruflichen Pflege in den neuen EU-Ländern am Beispiel von Slowakei, Tschechien

7. **Betlehem, J.** (2004) The working patterns of Hungarian hospital nurses in 2003. In: Inaugural Research Conference. Research Institute for Health and Social Change, Manchester Metropolitan University, Manchester, p.32.
8. **Betlehem, J.** (2004) Kutatás szerepe az ápolásban. In: Múlt – jelen – jövő. Egészségügyi Szakdolgozók XXXV. Jubileumi Kongresszusa, BMÖK, Kecskemét, p.24.
9. **Betlehem, J.** (2003) Teljesítményértékelés az ápolásban a minőség érdekében. In: Gődény Sándor dr. (szerk.) DEMIN III, Hatékonyság az egészségügyi ellátásban. Debrecen, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola, pp.96-101.