

Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme (doktori értekezés tézisei)

Piczil Márta

Szegedi Tudományegyetem
Neveléstudományi Doktori Iskola
Egészségnevelés Program
e-mail: piczil@etszk.u-szeged.hu

I. Bevezetés és célkitűzések

Az egészségüggyel kapcsolatos történéseket a magyar társadalom legtöbb tagja figyelemmel kíséri, így az ágazatban végzett kutatások eredményei mindig nagy érdeklődésre tartanak számot. Laikusok és szakemberek egyaránt fontosnak tartják annak ismeretét, hogy milyen munkakörnyezetben történik a munkavégzés, illetve a gyógyítás folyamatában résztvevők mely motivációktól vezérelve, milyen attitűdök birtokában tevékenykednek. A néhány éve felerősödő válságjelenségek mindenki számára nyilvánvalóvá teszik az egészségügyi szakmák negatívumait is: a fizikai és lelki értelemben egyaránt nehéz, fárasztó munkát, az anyagi és erkölcsi megbecsülés alacsony fokát, a nagyarányú fluktuációt, némely területeken a hivatást választók egyre csökkenő arányát, a gyógyításhoz elengedhetetlenül szükséges gyógyszerek és eszközök hiányát. Mindezek ellenére a betegellátás valamennyi szintjén folyamatos az ápoló- és gondozótevékenység, a gyógyító team minden tagja a rászorulóknak egészségének megőrzése és visszaállítása érdekében tevékenykedik.

Sajátos csoportot képviselnek az egészségügy szervezeti rendszerében az ápolók: munkájuk nélkülözhetetlen, ugyanakkor a többnyire orvos-központú gyógyító folyamatban méltatlanul kevés figyelem övezi ténykedésüket. Jellemzésük gyakorta sztereotípiák segítségével történik: így járunk el, amikor altruisztikus attitűdjeikre hivatkozunk, amikor úgy gondoljuk, hogy az embereken, rászorulókon segítség vágya felülemelkedik minden, a szakma gyakorlása közben tapasztalt nehézségen.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülményeivel kapcsolatban megismerjük a valóságot, 1998 óta végzünk kutatásokat. A vizsgálatok fókuszában az ápolók pályaválasztással kapcsolatos motivációinak, pályaképének, pszichés és szomatikus egészségi állapotának, egészség- és rizikómagatartásának vizsgálata állt, ugyanakkor társas támogatórendszerük, coping-mechanizmusaik, életkörülményeik, rekreációs tevékenységeik, illetve munkával, étellel való elégedettségük, és jövőbeni terveik megismerésére is törekedtünk.

A valóság ismerete és a tényekre alapozott cselekvési stratégiák reményeink szerint hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az ápolói tevékenység magas presztízzsel felruházott, elismert hivatássá váljon, betöltői pedig nap, mint nap érezzék tevékenységük fontosságát és nélkülözhetetlenségét.

A bevezetésben leírtak szellemiségét követve a **kvantitatív vizsgálatok** során a következő célok elérésére törekedtünk:

1. Az **első célkitűzés** kapcsán szándékunkban állt megismerni a válaszadók pályaválasztással kapcsolatos orientációit, munkával való elégedettségük, illetve elégedetlenségük okait, a szakma presztízséről való vélekedéseit és az esetleges pályaelhagyással kapcsolatos indítékait. E témakörön belül a következő kérdéseket tettük fel:

a) Milyen tényezők játszottak szerepet a leendő, még tanuló és az egészségügy különböző területein dolgozó ápolók pályaválasztásában ?

b) Véleményük szerint hogyan ítélik meg az orvosok, az egészségügy más területein dolgozók és a társadalom tagjai a szakma presztízsét? Hogyan vélekednek saját maguk a hivatásukkal kapcsolatos megbecsültségről?

c) Hová helyezik az ápolói munkát más foglalkozások hierarchiájában?

d) Milyen pozitív, illetve negatív jellemzőkkel írják le az egészségügyben végzett munkát?

e) Mennyire veszélyeztetettek a megkérdezettek a kiéges szempontjából?

f) Gondolkodnak-e azon, hogy feladják hivatásukat, és más munkahelyre mennek dolgozni? Ha kilépnének az ágazatból, miért tennék, míg a pályán maradáshoz milyen indokokkal magyaráznák?

g) Pályaelhagyás, pályamódosítás esetén milyen munkát végeznének szívesen? Miért választanának új területet?

h) Mindent egybevetve mennyire elégedettek munkájukkal?

2. A **második célkitűzés** megvalósításakor azt térképeztük fel, hogy a vizsgált populáció körében a gyógyító tevékenység végzése során milyen mértékben fordulnak elő pszichés terhek, és ezek csökkentésében, feldolgozásában számíthatnak-e segítségre? Ebben a kérdéscsoportban a következőkre kérdeztünk rá:

a) Milyen gyakorisággal fordulnak elő lelki megterhelést jelentő helyzetek a válaszadók gyakorlata és munkája során?

b) Ezekben a szituációkban milyen gyakran érkezik megoldást jelentő segítség?

c) Kitől/ kiktől várják több segítséget a megnyugtató megoldás érdekében?

3. A **harmadik célkitűzés** annak vizsgálata volt, hogy a tanuló és dolgozó ápolók hogyan ítélik meg saját egészségük állapotát, milyen arányban fordul elő a stressz és néhány egészségkárosító magatartás körükben. A témával kapcsolatos információgyűjtést a következő kérdések segítették:

a) A vizsgálat időpontját megelőző 6 hónapban/12 hónapban érzékelték-e bizonyos pszichés és szomatikus tüneteket?

b) Milyen az egészségi állapot önmegítélése a kortársakkal összehasonlítva?

c) Szoktak-e, és ha igen, milyen gyakorisággal dohányozni, alkoholt és kávéfogyasztani a válaszadók, illetve mennyire jellemző a nyugtatók, altatók és az élénkítőszerek használata a feszültségek oldása, levezetése érdekében?

d) A dohányzással kapcsolatban milyenek attitűdjeik?

e) Mely területeken és mennyire van jelen a stressz a megkérdezettek életében?

4. A **negyedik célkitűzés** kapcsán azt tettük vizsgálat tárgyává, hogy a kutatásban résztvevők körében melyek a legjellemzőbb coping technikák, és hogyan alakulnak a társas támogatás formái? Megállapításainkhoz a következő kérdések segítségével jutottunk:

a) Melyek a legjellemzőbb konfliktusmegoldási módok a válaszadók körében?

b) Milyen társas támogatórendszerrel bírnak a kutatásban résztvevő tanulók és dolgozó ápolók? Kihez/kikhez fordulnak lelki, illetve anyagi problémák esetén?

5. Az **ötödik célkitűzés** értelmében információkat kívántunk szerezni az ágazatban tevékenykedők szociális helyzetéről, és szabadidő-eltöltési szokásairól. A témával kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel:

a) Milyen tulajdonú lakásban élnek a válaszadók? Milyen a lakásuk jellege, és kivel élnek együtt?

b) Mennyire ellátott a háztartásuk tartós fogyasztási cikkekkel?

c) Hogyan, milyen tevékenységekkel töltik szabadidejüket?

d) Annak érdekében, hogy anyagi helyzetükön javítsanak, vállalnak-e túlmunkát? Ha végeznek ilyen tevékenységet, milyen jellegű?

A **kvalitatív vizsgálat** célkitűzései:

A vizsgálat **legfőbb célkitűzése** az volt, hogy megismerjük a mintába került ápolók munkahelyén előforduló stresszforrásokat, és az azok oldására, feldolgozására használt, leggyakrabban alkalmazott technikákat.

A kutatás során megfogalmazott részcélok a következők voltak:

1. Az **első célkitűzés** annak vizsgálata volt, hogy melyek azok a területek, ahol a válaszadók szerint legnagyobb a lehetséges feszültségek kialakulásának.

A témakörön belül a következő kérdést tettük fel:

a) Melyek a leggyakoribb feszültségkeltő tényezők a munkahelyén?

2. A **második célkitűzés** arra irányult, hogy feltérképezzük a stressz oldásának módjait, az alábbi kérdések segítségével:

a) Mit tesz a feszültség oldása érdekében?

b) Kivel beszél meg a munkahelyi problémákat?

c) Hazaviszi-e problémáját, ha igen, hozzátartozói hogyan segítenek?

3. A **harmadik célkitűzés** annak feltárása volt, hogy az egészségügyben dolgozó válaszadók milyen megoldási javaslatokkal állnának elő a stressz eredményes feldolgozásának érdekében, illetve hordoznak-e magukban olyan esetet, amelyet nem sikerült megnyugtatóan feldolgozniuk? Arról is érdeklődtünk, hogy a megkérdezettek tesznek-e valamit annak érdekében, hogy a kollegiális szupportív rendszer működjön, segítenek-e új kollégáinknak a beilleszkedésben?

E célkitűzéshez a következő kérdések feltevésével igyekeztünk eljutni:

- a) Szükségesnek tartaná-e pszichológus jelenlétét az osztályon?
- b) Szükségesnek tartaná-e esetmegbeszélő csoport szervezését?
- c) Írjon le egy esetet, amely a közelmúltban lelki problémát okozott Önnek. Kérjük, írjon a lehetséges megoldásról is!
- d) Segít-e, és ha igen, milyen módon új kollégájának a beilleszkedésben?

4. A **negyedik célkitűzést** a munkával való elégedettség és elégedetlenség tényezőinek feltérképezése jelentette, és annak vizsgálata, hogy az egyes osztályok jellege mennyiben befolyásolja a munka megítélését.

Kérdéseink a következők voltak:

- a) Mely osztályon/osztályokon dolgozna szívesen? Indokolja választását!
- b) Milyen tényezők határozzák meg a munkával való elégedettségét, illetve elégedetlenségét?

II. Vizsgálati módszerek

1. Csongrád megyei dolgozó ápolók és leendő ápolók vizsgálata

Az első vizsgálatra 1998-ban került sor. Ennek keretein belül Csongrád megye területén dolgozó és tanuló ápolók válaszoltak a név nélkül kitöltendő, önkéntes kérdőív kérdéseire. A kutatás során a válaszadók részvétele önkéntes volt; a minta kiválasztása véletlenszerűen történt, a megyében dolgozó ápolók kb. 10 %-a vett részt a felmérésben. Összesen 420 kérdőív került feldolgozásra.

A dolgozó ápolók (n=218) esetében ügyeltünk arra, hogy a lehető legtöbb diszciplína képviselve legyen, a feldolgozás megkönnyítése érdekében pedig az osztályokat manuális és nem manuális kategóriákba soroltuk. A *válaszadó dolgozók* 19-61 év közöttiek voltak, közülük 13 fő volt férfi, 205 fő nő. A *megkérdezett tanulók* (n=202) egészségügyi szakközépiskolai képzés keretei között sajátították el a szakmai ismereteket, életkorukat tekintve 15-25 év között voltak, közülük 12 fő volt fiú, 190 fő lány.

Alkalmazott mérőeszközök

a) A *szociodemográfiai változók* közül a kutatásban résztvevő *középiszkolások esetében* a következőket vizsgáltuk: az apa és az anya legmagasabb iskolai végzettsége, az apa és az anya alkalmazási minősége, a lakásuk típusa és a társadalmi státusz önminősítése.

A *dolgozó ápolók esetében* a következőkre kérdeztünk rá: legmagasabb iskolai végzettség, a házastárs/élettárs legmagasabb iskolai végzettsége, lakásuk tulajdonviszonya és típusa, a társadalmi státusz önminősítése.

b) A *pályaorientációval kapcsolatos kérdés*

„Miért választotta az ápolói pályát?” Az alábbi alternatívák közül lehetett választani: 1. A családban hagyománya van 2. A szüleim, ismerőseim tanácsára 3. Szeretek emberekkel foglalkozni 4. Nem tudtam máshol továbbtanulni 5. Nem volt más munkalehetőség 6. Egyéb ok miatt. A vizsgálati alanyoknak a kérdés megválaszolása során lehetőségük volt több válasz megjelölésére is.

c) Az *ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdések*

„Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli meg az ápolói pálya presztízsét a társadalom, a többi egészségügyi dolgozó, és hogyan ítéli meg Ön?” A skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

„Rangsorolja munkáját más foglalkozásokhoz viszonyítva!” 15 foglalkozást soroltunk fel, melyek a következők voltak: újságíró, hivatásos katonatiszt, takarító(nő), miniszter, hivatali csoportvezető, építőipari segédmunkás, agronómus, ápoló, lakatos kisiparos, bolti eladó, ügyvéd, szabó kisiparos, orvos, pilóta, tanár. A válaszadó maga dönthetett az egyes szakmák rangsoráról, a választásban az adott támpontot, hogy az 1-es érték a legalacsonyabb, a 15-ös érték a legmagasabb társadalmi megbecsültséget jelentette.

d) *A munkaelégedettségrel kapcsolatos kérdések*

„Mennyire elégedett munkájával, munkahelyi körülményeivel?” A skála 1-es fokozata a teljes elégedettséget, míg a 7-es fokozat a teljes elégedetlenséget jelölte.

„Sorolja fel a három legfontosabb tényezőt, amellyel elégedett, illetve amellyel elégedetlen a munkájában?” (Beehr, King és King, 1990).

e) *A lelki megterhelést vizsgáló kérdések*

„Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémával, amely lelki megterhelést jelent az Ön számára?” A válaszlehetőségek: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?” Ismét négy válasz közül lehetett választani:

1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Kitől várna több segítséget?” A felsorolt lehetőségek közül többet is bejelölhetett a megkérdezett: 1. Családtagjaitól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó ápolóktól 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Más személytől. Tanulók esetében az osztálytársak és a tanárok is a választható személyek között voltak (Tumulty, Jernigan és Kohut, 1994).

f) *Pszichoszomatikus skála*

„Az elmúlt 12 hónap során milyen gyakran 1. volt idegfeszültségből eredő fejfájása 2. volt hát- vagy derékfájása 3. voltak alvási problémái 4. érezte magát kimerültnek, gyengének 5. volt gyomorégése, gyomor- vagy hasfájása 6. volt idegességéből eredő hasmenése 7. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása 8. voltak menstruációs görcsei?” Az egyes tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő válaszlehetőségek jelölték: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha (Pikó, Barabás és Boda, 1997).

g) *Az egészségi állapot önértékelése*

„Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A négy alternatíva a következő volt: 1. Kiváló 2. Jó 3. Éppen megfelelő 4. Rossz (Barsky, Cleary és Klerman, 1992).

h) *A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések*

A kérdőív három rizikómagatartási mintára kérdezett rá: dohányzás, alkoholfogyasztás és drogkipróbálás. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók és élénkítőszerek fogyasztásának gyakoriságára is (Pikó, Barabás és Markos, 1996).

i) *A dohányzással kapcsolatos attitűdöket vizsgáló kérdések*

Kilenc, a dohányzással kapcsolatos állítás szerepelt a kérdőívben, melyek a következők voltak: 1. A dohányzás túl drága 2. A dohányzás megkönnyíti a másokkal való kapcsolatteremtést 3. A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha szüleiktől ezt látták 4. A dohányzásnak nyugtató hatása van 5. A dohányzás csökkenti az éhségérzetet 6. A dohányzás növeli a népszerűséget a barátok körében 7. A dohányzóknak az iskolában/munkahelyen biztosítani kellene egy külön helyet 8. A dohányzóknak mielőtt rágyújtanak, engedélyt kellene kérniük a többiekől 9. Az egészségügyi dolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással.

Az állításokkal kapcsolatban a 1. Teljesen egyetértek 2. Részben egyetértek 3. Nem értek egyet alternatívák közül lehetett választani.

A kérdések a dohányzással kapcsolatos attitűdök felmérésére hivatott The Students' Health and Lifestyle Study, The University of Western Ontario, Canada skálájából származtak (Pederson, Koval és O'Connor, 1997), amelynek hazai adaptálása már korábban megtörtént (Pikó és mtsai, 1995).

j) *A stressz-felméréssel kapcsolatos kérdések*

„Véleménye szerint mennyire stresszgazdag az Ön élete?” A kutatásban résztvevők a következő válaszlehetőségek közül választhattak: 1. Egyáltalán nem 2. Kicsit 3. Közepesen 4. Nagyon (Potter és Fiedler, 1981).

„Véleménye szerint mely területeken éri Önt stressz leginkább?” 1. Munkával kapcsolatos gondok 2. Tanulással kapcsolatos gondok 3. Pénzkérdés, anyagi gondok 4. Társas kapcsolatok 5. Félelem a jövőtől 6. Egyéb gondok.

k) *A konfliktusmegoldással kapcsolatos kérdések*

A Folkman és Lazarus (1980) által kifejlesztett kérdőív rövidített változatát alkalmaztuk a tanuló és dolgozó ápolók coping-stratégiáinak felméréséhez (Pikó, 2002). Az eredeti kérdőív 68 kérdésből áll, jelen kutatásban azonban egy 14 kérdésből álló rövidített kérdőívet alkalmaztunk, melyet úgy állítottunk össze,

hogy az alapidimenzióknak megfelelő kérdések szerepeljenek benne. Az elemzés során faktoranalízist alkalmaztunk a tanuló és dolgozó ápolók coping-stílusainak beazonosításához.

l) A társas támogatást biztosító magatartások listája (ISSB)

A társas támogatás mértékének és típusának feltérképezésére a *Barrera, Sandler és Ramsay* (1981) által kifejlesztett kérdőív felhasználásával került sor. Kutatásunkban 16 kérdést tettünk fel a válaszadóknak, a támogatásformák gyakoriságának mérése a kutatást megelőző 12 hónap tapasztalataira terjedt ki, és négy-fokozatú skálával történt.

2. Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

A 2001-ben végzett kutatás átfogó célja volt Szeged kórházi osztályain dolgozó egészségügyi szakdolgozók vizsgálata. 450 kérdőívet juttattunk el a kórházakba a teljes körű lekérdezést tervezve, azonban mindössze 201 kitöltött és értékelhető kérdőív érkezett vissza. A dolgozók egyrészt túlterheltségükre hivatkoztak, másrészt azzal indokolták az alacsony válaszadási arányt, hogy érdekükben akkor sem történik pozitív irányú változás, ha őszintén válaszolnak a kérdésekre, és megosztják velünk gondjaikat, problémáikat.

A válaszadók 11,1 %-a férfi, 88,9 %-a nő volt, életkoruk átlaga 33,1 év (szórás: 14,1, medián: 33, módusz: 25). Az egészségügyben eltöltött idő átlaga: 15,2 év.

Alkalmazott mérőeszközök

a) A szociodemográfiai változók közül a szegedi kórházi szakdolgozók esetében a következőkre kérdeztünk rá: nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma, legmagasabb iskolai végzettség, beosztás, az ágazatban eltöltött évek száma.

b) A pályaorientációval kapcsolatos kérdés

„Miért választotta az ápolói pályát?” Az alábbi alternatívák közül lehetett választani: 1. A családban hagyománya van 2. A szüleim, ismerőseim tanácsára 3. Szeretek emberekkel foglalkozni 4. Nem tudtam máshol továbbtanulni 5. Nem volt más munkalehetőség 6. Egyéb ok miatt. A kutatásban résztvevőknek a kérdés megválaszolása során lehetőségük volt több válasz megjelölésére is.

c) Az ápolói hivatás presztízsével kapcsolatos kérdés

„Jelölje meg egy hétfokozatú skálán, hogy véleménye szerint hogyan ítéli(k) meg az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói szakma presztízsét Ön, az orvosok és a társadalom?”

A skála 1-es értéke az alacsony, míg a 7-es érték a magas megbecsültséget jelentette.

d) A munkaelégedettséggel kapcsolatos kérdések

„Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 pozitív jellemzőjét!”

„Sorolja fel az egészségügyi szakma 3 negatív jellemzőjét!”

„Mostanában szokott-e gondolkodni azon, hogy feladja hivatását, és más munkahelyre megy dolgozni?”

„Ha pályát módosítana, milyen munkát vállalna szívesen?”

„Ha határoznia kellene arról, hogy ismételten azt a munkakört kellene választania, amit most betölt, hogyan döntene?” A válaszlehetőségek: 1. Habozás nélkül újraválasztaná 2. Jobban meggondolná 3. Úgy döntene, hogy nem választana ilyen jellegű munkát.

„Ha egy ismerőse az Ön munkáját szeretné választani, mit mondana neki?” Választani az alábbi kijelentések közül lehetett: 1. Meggyőződéssel ajánlaná 2. Kétségei lennének, hogy javasolja-e 3. Ellene érvelne.

„Mindent egybevetve, mennyire elégedett munkájával?” Ez esetben négy válaszlehetőséget kínáltunk: 1. Nagyon elégedett 2. Viszonylag elégedett 3. Nem túlzottan elégedett 4. Egyáltalán nem elégedett.

e) A lelki megterhelést vizsgáló kérdések

„Kórházi munkája során milyen gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyek lelki megterhelést jelentenek az Ön számára?” A választásra kínált alternatívák: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Ilyenkor szokott-e segítséget kapni?” Ez esetben is négy alternatíva közül lehetett választani: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha.

„Kitől várna több segítséget?” A felsorolt lehetőségek közül a válaszadó többet is bejelölhetett: 1. Családtagjaimtól 2. Barátaimtól 3. A kórházban dolgozó ápolóktól 4. Orvosoktól 5. Pszichológustól 6. Más személytől (*Tumulty, Jernigan és Kohut, 1994*).

f) Az egészségi állapot önértékelése

„Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A négy válaszlehetőség, melyek közül választhattak a vizsgálat résztvevői, a következő volt: 1. Kiváló 2. Jó 3. Még elfogadható 4. Rossz (Barsky, Cleary és Klerman, 1992).

g) Pszichoszomatikus skála

„Az elmúlt 6 hónap során milyen gyakran 1. volt idegfeszültségből eredő fejfájása 2. volt hát- vagy derékfájása 3. voltak alvási problémái 4. érezte magát kimerültnek, gyengének 5. volt gyomorégése, gyomorfájása 6. volt idegességből eredő hasmenése 7. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogása?” A felsorolt tünetek gyakoriságát illetően a következő válaszlehetőségek álltak az egészségügyi szakdolgozók rendelkezésére: 1. Gyakran 2. Időnként 3. Ritkán 4. Soha (Pikó, Barabás és Boda, 1997).

h) A rizikómagatartások előfordulásának gyakoriságát vizsgáló kérdések

A kérdések két rizikómagatartási mintára vonatkoztak elsősorban: a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Emellett kíváncsiak voltunk a nyugtatók, altatók, élnékítőszeres és a kávé fogyasztásának gyakoriságára is (Pikó, Barabás és Markos, 1996).

i) A lakáskörülményeket vizsgáló kérdések

„Milyen tulajdonú lakásban él jelenleg?”

„Milyen a lakás jellege, ahol él?”

„Kivel lakik közös háztartásban?”

j) A tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságot vizsgáló kérdés

„Háztartásában van-e 1. Televízió 2. Automata mosógép 3. Hűtőszekrény 4. Porszívó 5. Videomagnó 6. CD-lejátszó 7. Magnó 8. Mosogatógép 9. Mikrohullámú sütő 10. Fagyasztóláda 11. Számítógép 12. Autó.”

k) A rekreációs tevékenységeket vizsgáló kérdések

„Az elmúlt 5 évben hányszor volt nyaralni? Hányszor belföldön és hányszor külföldön?”

„Szabadidejében milyen tevékenységekkel próbál kikapcsolódni?”

„Kórházi munkája mellett szokott-e más munkát vállalni?”

l) A társas támogatórendszer elemeit felmérő kérdések

„Kihez fordul, ha lelki problémái vannak?” A következő személyek közül lehetett választani: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Pap 9. Pszichológus/pszichiáter 10. Családorvos 11. Senki. A válaszadó számára lehetővé tettük több személy bejelölését is.

„Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?” A választás lehetőségei: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Munkahely (pl. illetményelőleg) 9. Pénzintézet (pl. bank) 10. Önkormányzat (pl. segélyek) 11. Senkihez. Ebben az esetben is lehetőség volt több megoldás megjelölésére.

m) A kiégést vizsgáló kérdések

A kiégés jelenségét a Maslach Burnout Inventory segítségével vizsgáltuk (MBI; Maslach és Jackson, 1981). Az összesen 22 itemből álló skála három alskálát tartalmazott: érzelmi kimerültség, elszemélytelenedés és személyes teljesítmény.

3. Vajdasági egészségügyi szakdolgozók vizsgálata

2003-ban a Vajdaság területén, Szabadkán dolgozó egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülményeinek felmérésére került sor, az anonimitást garantáló önkitöltéses kérdőívet 253 fő töltötte ki. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, a minta kiválasztásában és a vizsgálat lebonyolításában egy, a helyi viszonyokat jól ismerő háziorvos volt segítségünkre.

A szabadkai válaszadók 90,5%-a nő, 9,5%-a férfi volt. Az átlagéletkor 29 év, a pályán eltöltött évek átlaga pedig 10 év.

Alkalmazott mérőeszközök

Miután a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében végzett kérdőíves felmérés egyik célja volt az adatok összevetése a szegedi kórházakban végzett kutatás során szerzett információkkal, ezért a szerbiai vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök egyezést mutatnak a hazai vizsgálatban felhasználtakal.

Az adatok feldolgozása mindhárom vizsgálat esetében az SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával történt.

4. Kvalitatív vizsgálat Szeged kórházi és klinikai osztályain dolgozó ápolók körében

1999-ben kérdőíves vizsgálatunk kiegészítéseként interjúkat készítettünk, melyek segítségével az ápolók munkával kapcsolatos elégedettségét, a munkahelyi stressz forrásait és az azok megoldására, feloldására szolgáló technikákat vizsgáltuk. A kvantitatív vizsgálat kiegészítéseként döntöttünk a kvalitatív módszer mellett, melynek legfőbb értéke, hogy az esetorientáltság segítségével egyéni látásmódok tárhatók fel, és alkalmazásával megismerhetővé válnak a munkahelyi problémák szituatív és társas kontextusai.

51 félig strukturált interjú készült Szeged klinikai és kórházi osztályain dolgozó ápolókkal. A nemek szerinti megoszlás a következő volt: 2 férfi és 49 nő szerepelt a válaszadók között, míg az átlagéletkor 30 év volt. A megkérdezettek 20 különböző osztályon, illetve az egészségügy más ápolási területein dolgoztak. Az interjú kérdései a kvalitatív kutatás célkitűzéseinek felsorolásakor kerültek ismertetésre.

III. Eredmények és következtetések

1. Az *első célkitűzés* vonatkozásában a kvantitatív vizsgálataink eredményeit összegezve elmondható, hogy az ápolói hivatást választók körében kiemelkedő az az *altruisztikus attitűd*, mely a segítségben, a betegekkel, rászorulókkal foglalkozás vágyában manifesztálódik. Ez az attitűd akkor is a pályán tartja a betegágy mellett tevékenykedőket, mikor a munkavégzés során megtapasztalják a szakmával együttjáró negatívumokat.

Többen *családi hagyományokat* folytatva kezdenek el az egészségügyben tevékenykedni, és vannak, akik *rosszabb tanulmányi eredményeik* miatt, kényszerből választották az ágazatban végzendő munkát, feltételezve, hogy az egészségügyben folyamatosan jelenlévő munkaerőhiány állandó elhelyezkedési lehetőségeket garantál.

Az ápolói hivatás kialakulásának történetét vizsgálva megállapítható, hogy a betegek, rászoruló világi személyek általi gondozása már a kórházak szekularizációjától kezdve lenézett tevékenység volt, később pedig tovább rontotta a megítélést, hogy a gondozás folyamatában elsősorban nők vettek részt. Ezen tények ismeretében nem meglepő, hogy a hivatás betöltői a jelenben sem értékelik magasra a szakma presztízsét, és úgy vélekednek, hogy az egyébként nélkülözhetetlen ápolási tevékenység végzőinek sem a társadalom, sem az orvosok, sem a gyógyító team többi tagja nem adja meg a kellő tiszteletet. Nem igazán kedvező a megítélés szempontjából az sem, hogy a rekrutációs bázist tekintve napjainkban is elsősorban alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekei választják ezt a hivatást.

Már a tanuló évek alatt is körvonalazódnak a *szakma negatívumai*, a munkában töltött idő pedig tovább árnyalja a képet: egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, illetve ala-csony foka, a rossz munkahelyi kapcsolatok, a munkaszervezéssel összefüggő negatívumok, a gyógyszer- és eszközhiány, valamint a munkaerő hiánya, a szakmai hierarchia alsóbb fokán állva megtapasztalt megalázó helyzetek és az alárendeltség érzése megnehezítik a munkavégzést, és jelentősen növelik az elégedetlenség érzését.

Ami a *pozitívumokat* illeti, az egészségügyi szakdolgozók legfontosabbnak a jó munkahelyi légkört, a megfelelő kollegiális viszonyrendszert tartják. Ez a megállapítás megerősíti azokat a szakirodalmi tényeket, melyek szerint a pszichoszociális munkakörnyezet, a jó munkatársi viszony felülírja a hivatás gyakorlása közben tapasztalt negatív érzéseket. Kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak még a betegekkel kialakított bizalmas, jó kapcsolatnak, és a szakma pozitívumai között tartják számon az ápolók azt is, hogy segíthetnek a betegeknek, és részt vehetnek a gyógyítás folyamatában.

A munkával, munkakörnyezeti jellemzőkkel kapcsolatos információk azért is kiemelkedő jelentőségűek, mert kutatásainkban megerősítést nyert, hogy a segítő foglalkozást választók körében gyakran előforduló, fizikai, emocionális és mentális kimerültséggel járó *burn-out* az ápolókat is veszélyezteti. A kiegészítő faktorai – az érzelmi kimerültség, az elszemélytelenedés, és a személyes teljesítmény romlása – igen szoros kapcsolatot mutatnak a munkával való elégedettséggel, a munkával való elégedettség pedig nagyon jelentős mértékben hatást gyakorol az étellel való elégedettségre.

Miután az egészségügyben végzett munka negatívumai jelentős mértékben érzékelhetőek, ezért nem meglepő, hogy kutatásunk alanyai közül sokan fontolgatják a *pályaelhagyást*, a hivatás feladását. Ugyanakkor a pályán maradók esetében is gyakran a kényszerűség diktál: korlátozottak a munkalehetőségek, idősök a változtatáshoz, életkoruk jelentősen csökkenti a munkaerőpiaci esélyeiket. Jellemző azonban, hogy pályaelhagyás esetén is elsősorban a segítség, az emberekkel való foglalkozás vágya vezetné a válaszadókat új munkájuk, munkahelyük kiválasztásánál.

A negatívumok és pozitívumok mérlegét megvonva sokan érzik úgy, hogy ha újból választhatnának hivatást, megfontoltabbak lennének, és hezitálnának abban az esetben is, ha az ápolói tevékenységet pályaválasztás előtt álló fiataloknak kellene ajánlaniuk.

2. A **második célkitűzés** kapcsán megállapítható, hogy az ápolói hivatás gyakorlói a munkavégzés során gyakran találkoznak lelki megterhelést, feszültséget generáló helyzetekkel. Kvalitatív vizsgálatunk igazolta, hogy a *stresszorok* szinte minden esetben azonosítani tudják, azonban a feszültségek feldolgozásának, oldásának módzatai legtöbbször nem megfelelőek, sőt hatástalanok, netán épp egészségkárosító hatásúak. A szakmával összefüggő és már említést nyert negatívumok, mint az alacsony anyagi és erkölcsi megbecsülés, a rossz munkahelyi kapcsolatok, a gyógyszer- és eszközhiány, a munkaerőhiány és a nagyarányú fluktuáció, valamint a megalázó helyzetek mellett feszültséget vált/válthat ki a karrierlehetőségek hiánya, a több műszakos munkarend, a betegekkel való foglalkozás során megtapasztalt nehéz helyzetek sora, különös tekintettel a szenvedés és a halál tényére. A válaszadók jelezték, hogy szabad munkahelyválasztás esetén kerülnék az olyan osztályokat, ahol mindennapos a szenvedés látványa, a gyógyíthatatlan betegek és a haldoklók gondozása.

A lelki megterhelést jelentő helyzetekben ritkán érkezik adekvát segítség, az ágazatban dolgozók még kevésbé számíthatnak professzionális segítők beavatkozására, bár jelzéseik szerint nem igazán tartanak igényt az ilyen jellegű intervencióra. Említést érdemel az a tény is, hogy nehéz munkahelyi szituációkban sokaknak szükségük lenne ápoló kollégáik és az orvosok tanácsára, megnyugtató jelenlétére, az ilyen jellegű segítségnyújtás azonban ritkán következik be. A feszültségek kezelése pedig nagyon fontos lenne, hiszen a stressz-szint olyan tényezőkkel mutat szoros összefüggést, mint a munkaelégedettség, a mentális egészség, az étellel való elégedettség, a pályaelhagyás szándéka és a kiégés jelensége.

3. A **harmadik célkitűzés**hez köthető vizsgálati adatok feldolgozása után nyilvánvalóvá vált, hogy az ápolói hivatás gyakorlása során fellépő feszültségek gyakran törnek elő *pszichés és szomatikus tünetek* formájában. A gyakori fejfájás, a fáradtság és kimerültség érzése, a gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, az alvási zavarok összefüggésbe hozhatók a nem, vagy nem megfelelően feldolgozott feszültséggel. E szimptómák megtapasztalása hozzájárulhat ahhoz, hogy az *egészségi állapot önértékelése* is alacsony, kevesen vannak, akik a kiváló kategóriát jelölték. Még inkább elgondolkodásra késztető az az adat, miszerint a tanulók mindössze egytizede érzi magát betegségek, feszültségektől mentes kiváló állapotban.

Az egészség önértékelésére a pszichoszomatikus tünetek megléte mellett hatást gyakorol az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma is. Ha valaki több műszakban dolgozik, és gyakran szembesül lelki megterheléssel, nagyobb valószínűséggel minősíti egészségi állapotát rossznak vagy éppen elfogadhatónak. A szakmában végzett túlmunka is negatív hatást gyakorol az egészségi állapot önmegítélésére, és természetesen a munkával való elégedetlenség is rontja ezt a megítélést. Sajnálatos módon a vizsgálatainkban szereplő ápolók közül sokan kénytelenek munkaidőn túli munkatevékenységet végezni a stabil anyagi helyzet eléréséért.

A feszültségek csökkentése érdekében az egészségügyben dolgozó ápolók esetenként éppen az *egészségkárosító magatartásokat* gyakorolják: dohányoznak, alkoholt fogyasztanak, esetleg nyugtatók, altatók, élnkítőszereszedésétől várják a stressz szintjének csökkenését.

4. Az egészségügyben nagy gyakorisággal előforduló stresszhelyzetekkel való megküzdés technikáinak és az ápolókat körülvevő társas támogatórendszernek az ismerete különösen informatív lehet (bár nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy kutatásunk alanyai speciális munkahelyen dolgozó nők voltak). Vizsgálatunk eredményei – a **negyedik célkitűzés** szellemében – azt példázzák, hogy a válaszadóink körében előforduló *coping-stratégiák* egyes dimenziói nem minden esetben célravezetőek:

A *kockázatos megküzdési mechanizmus* kapcsolatba hozható az ápolók pszichoszomatikus tüneteinek és káros szokásainak növekvő szintjével.

Az *optimista megbirkózási faktor* sem jelent egyértelműen konstruktív megoldást, bár az egészség önértékelésének magasabb fokával jár együtt.

A *problémaelemző megküzdési stratégia* kapcsán valószínűsíthető, hogy az ápolók a problémák elemzése és a megoldás módzatainak keresése kapcsán gyakran szenvednek alvászavarban, ezért fáradtságérzetük nő, a feszültség levezetése céljából pedig sokat dohányoznak. Ily módon a leggyakrabban adaptív konfliktusmegoldásnak tekintett módszer esetükben nem bizonyult hatékonynak.

A *támogatás keresése* pozitív szerepet játszik az ápolók pszichoszomatikus egészségében, de pozitív az összefüggése az alkoholfogyasztással.

A *visszahúzódo megküzdési mód*ot előnyben részesítők gyakran dohányoznak, magasabb stressz-szintet jeleznek, és a pszichoszomatikus tünetek előfordulása is gyakoribb körükben, így ezt a megküzdési formát ebben a kontextusban inadaptív konfliktusmegoldási módnak tekintjük.

A *társas támogatás* vonatkozásában elmondható, hogy a *praktikus* és a *kommunikatív-érzelmi faktor* pozitív szerepet játszik az ápolók életében, de leginkább ez utóbbi biztosítja a pszichoszomatikus egészséget.

Kutatásaink kapcsán az is megállapítható, hogy lelki problémák esetén leggyakrabban az informális kapcsolatok nyújtotta segítséget veszik igénybe a válaszadók, a professzionális segítők tudására és tapasztalatára nagyon kevesen tartanak igényt.

5. Az *ötödik célkitűzés* értelmében, az életkörülmények vizsgálata kapcsán megállapítható, hogy a megkérdezettek többségének az alacsony bérszínvonal ellenére is megnyugtató a *lakáshelyzete*, bár a lakások felszereltsége nem mondható kielégítőnek, sok esetben hiányoznak a házi munkák idejét lerövidítő háztartási gépek, a kikapcsolódást célzó szórakoztató elektronikai eszközök.

A fizikai és lelki értelemben egyaránt fárasztó munka után fontos lenne a *szabadidő* tartalmas eltöltése, ám a szűkös anyagi és időkeretek ezt nem teszik lehetővé. A nyaralás, a pihenés, és a feltöltődésre alkalmas, ám pénzbe kerülő rekreációs tevékenységek, pl. a mozi- és színházlátogatás mellőzött programok. Itt is szólnunk kell a már említett *túlmunka* kényszeréről: a szabadidő mennyiségét jelentősen csökkenti, hogy a megélhetés biztonságának érdekében többen kénytelenek munkaidőn túli munkatevékenységgel többletjövedelemhez jutni. Ez a tevékenység esetenként az egészségügyi ágazatban történik, de előfordul az is, hogy teljesen más területen kell helytállniuk az ápolóknak azért, hogy életszínvonaluk stabilitását biztosítani tudják.

A vizsgált területekkel kapcsolatos eredmények túlmutatnak az országhatáron; a Szerbiában található Szabadka városában végzett kutatások megerősítik azt a feltevést, miszerint az egészségüggyel, és a benne dolgozó ápoló személyzettel kapcsolatos megállapítások általánosabb érvényűek, és nem csupán a magyarországi állapotokra jellemzőek.

Az említett tények ismeretében nyilvánvaló, hogy az ápolói hivatással és annak gyakorlásával összefüggő problémák megoldása sürgető feladat. Fontos teendő lenne a *munkavégzés kereteinek, a munka körülményeinek megváltoztatása*. A közeljövőben megvalósítandó célok között kellene említeni, hogy az egy ápolóra jutó betegszám feleljen meg az európai normáknak, az ápolási eszközök korszerűsítése pedig történjen párhuzamosan a diagnosztikai egységek korszerűsítésével. A szervezeten belüli szakmai döntéseket ésszerűbbé és megalapozottabbá kellene tenni, de a legegétőbb reformszükséglet a bérek rendezése lenne, oly módon, hogy a fizetés tegye lehetővé a tisztas megélhetést.

Figyelmet érdemel a *dolgozók lelki egészségének védelme* is. A sokat és sokszor emlegetett kiégés prevenciója és kezelése a gyakorlatban ritkán valósul meg. A megelőzés vonatkozásában egyéni és szervezeti szinten egyaránt fontos lenne fellépni. *Egyéni szinten* el kellene érni, hogy mindenki érezzen felelősséget saját lelki egészségéért. *Szervezeti szinten* pedig elengedhetetlen követelmény kellene, hogy legyen a munkaerőhiány csökkentése, a munka átszervezése, a munkakörülmények javítása, a felelősség megosztása, reális célok kitűzése, a kölcsönös támogatás, a szupportív rendszerek erősítése. A pontos cél- és feladat meghatározás a munkahelyen ugyancsak a mentális egészségvédelmet szolgálná, de segítség lehetne a kompetenciák rögzítése és a munkaerő időszakos rotálása is, a kifáradás, fásultság megelőzése érdekében. A leendő ápolókat pedig fel kellene készíteni a kiégés felismerésére, és a gyakorlatban indokolt lenne önismereti tréningeket szervezése.

Az egészségügyben dolgozók lelki egészségének védelme mellett elengedhetetlenül fontos a *testi egészség megőrzése*, így az erre irányuló munkahelyi intézkedések szerepe is felértékelődik. A pszichés és szomatikus értelemben kielégítőbb egészségi állapotú ápolók az egészségmegőrzés, egészségnevelés és az egészségfejlesztés terén is eredményesebben tudnának tevékenykedni, ugyanakkor az ilyen irányú munkavégzés presztíznövelő hatással is bírna. Emellett kiemelkedő jelentőségű lehetne az ápolók bevonása a preventív tevékenységekbe, bár a mindennapokban az egészségnevelő, egészségfejlesztő tevékenység is igen ritkán valósul meg.

A szakmában történő *előrelépés, a továbbképzés lehetőségeinek biztosítása, a karrierlehetőségek felvázolása, a dolgozói autonómia erősítése* ugyancsak a dolgozók jobb közérzetét biztosítaná. A szakmai és karrierfejlődésnek az egészségügy szervezetével összhangban kell(ene) történnie.

A fennálló problémákkal kapcsolatos megoldási javaslatok mellett *fel kell vázolni a jövő útját* is, hiszen csak világosan megfogalmazott cselekvési program segítségével erősíthető az ápolói hivatás presztízse és

tehető vonzóvá a pálya. Szükség lenne társadalmi és szakmai konszenzusra épülő nemzeti ápolásfejlesztési stratégiára, mely fontosnak tartaná az oktatás, munkaerő-menedzselés, ápolásvezetés és ápolási gyakorlat együttes kezelését és fejlesztését, az ápolás helyének és szerepének egyértelmű kijelölését. Végezetül világossá kellene tenni a társadalom és a politikai döntéshozók számára is a szakma értékeit, helyét, szerepét és tulajdonképpeni nélkülözhetetlenségét. Ehhez azonban a szakmának is határozott, egyértelmű jövőképpel kell rendelkeznie, amely egy autentikus identitás kialakításában is segítséget jelent!

A témával kapcsolatos publikációs tevékenységek jegyzéke

Könyv, könyvrészlet

1. **Piko, B. F., Piczil, M.** (2007): The role of psychosocial work environment in psychological health and well-being among health care staff. In: Ina M. Pearle (eds): *Industrial Psychology Research Trends*. Nova Science Publisher, New York, 89-103.

Szafolyóiratban megjelent közlemények

Idegen nyelven:

2. **Piko, B., Kasza, B., Piczil, M., Markovic, M.** (2005): Sa ove i sa druge strane državne granice...
3. Životni i radni uslovi medicinskih sestara Segedina i Subotice. *Opšta medicina*, 11. 1-2. 9-13.

Magyar nyelven:

4. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. Vizsgálat a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében. *Lege Artis Medicinae*, 17. 1. 65-69.
5. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (2006): A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az elégedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 4. 301-310.
6. **Markovic Marija, Piczil Márta, Kasza Bálint, Pikó Bettina** (2006): Egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete az ápolás tükrében Szegeden és Szabadkán. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 44. 4-5-6. 73-78.
7. **Markovic Marija, Pikó Bettina, Piczil Márta, Kasza Bálint** (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19. 3. 17-25.
8. **Piczil Márta, Kasza Bálint, Markovic Marija, Pikó Bettina** (2005): Határon innen és túl... Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18. 2. 3-10.
9. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2003): Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai. Kiegyensúlyozottság, kockázati magatartás, társas támogatás. *Ápolásmenedzsment*, 5. 5. 29-33.
10. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2003): Fókuszban a szociális gondozók. Szakma vagy kényszerpálya? *Szociális Munka*, 15. 1. 18-25.
11. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2002): Quo vadis, nővéri hivatás?! Egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei Szegeden. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 5. 575-582.
12. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (2002): Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia*, 22. 4. 437-447.
13. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (2000): „És rajtunk ki segít...? Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10. 1. 110 - 120.
14. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (1998): Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8. 10. 728 - 734.

Előadások tudományos konferenciákon**Idegen nyelven:**

15. **Kasza, B., Piczil, M., Markovic, M.** (2007): Social background among health care staff in Szeged and Subotica in the light of their professional environment. Culture and Health, *First Conference of the Central and Eastern European Society of Behavioural Medicine*, Pécs
16. **Piczil, M.** (2002): Relationship between nurses' health, coping and social support. *The 16th Conference of the European Health Psychology Society*, Lisboa
17. **Piczil, M., Piko, B.** (2001): Ways of coping and social support among nurses in Hungary. *The 22nd International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Palma de Mallorca
18. **Piczil, M., Piko, B.** (2000): Nurses' occupational stress under microscope. Results from a qualitative research. *The 21th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Bratislava

Magyar nyelven:

19. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2007): Főiskolát végzett ápolók pályaeorientációja és munkaelégedettsége. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
20. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2006): „Csak egymásra számíthatunk...” – A kiégés veszélye szegedi egészségügyi dolgozók körében. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
21. **Piczil Márta, Markovic Marija, Kasza Bálint, Pikó Bettina** (2005): A munkaelégedettség jelentősége a menedzsment számára: szegedi és szabadkai nővérek helyzetének összehasonlítása. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
22. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2005): A népegészségügy kihívásai az ezredfordulón: munka és elégedettség a nővérek körében. *NETT XIV. Nagygyűlése*, Szeged
23. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2004): Pszichoszociális munkakörnyezet és addikciók a segítő hivatásban: a nővérek esete. *Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa*, Balatonfüred
24. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2004): Úton az Európai Unió felé – helyzetkép Csongrád megyében dolgozó nővekről. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
25. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2004): Az ápoló hivatás pszichoszociális kihívásai. *Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlése*, Debrecen
26. **Piczil Márta, Kasza Bálint, Markovic Marija, Pikó Bettina** (2004): Határon innen és túl... Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Főiskolát és egyetemet végzett ápolók VI. Országos találkozója*, Szeged
27. **Piczil Márta** (2003): Pályaelhagyás vagy hivatásszeretet? Szegedi egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete és életmódja. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
28. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2002): Quo vadis, nővéri hivatás? *NETT XI. Nagygyűlése*, Nyíregyháza
29. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2002): A kvalitatív vizsgálati módszerek jelentősége a magatartástudományi kutatásokban. *III. Magatartástudományi Napok*, Debrecen
30. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2001): A munkával való elégedettség motivációs meghatározói a nővéri hivatásban. *Ápolásmenedzsment Konferencia*, Szeged
31. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2000): Stressz az egészségügyben: fókuszban a nővéri hivatás. *NETT IX. Nagygyűlése*, Hévíz
32. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2000): „És rajtunk ki segít...?” – Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Magyar Szociológiai Társaság Konferenciája*, Hódmezővásárhely
33. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (1999): A nővéri hivatás társadalmi kérdéseinek finomszemcsés elemzése. *NETT VIII. Nagygyűlése*, Sopron
34. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (1999): „És rájuk ki gondol?” – fókuszban egy paramedikális szakma. *SZOTE Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szak és Gyógytornász Szak Jubileumi Konferenciája*, Szeged
35. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (1998): Stresszterhelés, munkakörülmények és a szakma presztízsének megítélése nővérek körében. *NETT VII. Nagygyűlése*, Pécs

Egyéb közlemények
Könyv, könyvrészlet

36. **Piczil Márta** (2005): Ifjúság a posztszocialista átmenetben. In: **Pikó Bettina** (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 134-152.
37. **Piczil Márta** (2002): Anómia – elméletek; Kultúra és szubkultúra elméletek; A szimbolikus interakcionizmus deviancia elmélete; Egyéb, devianciát magyarázó elméletek; Bűnözés, mint deviancia. In: **Pikó Bettina** (szerk.): *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATE Press, Szeged, 19-26., 43-53., 55-64., 65- 76., 77- 88.

Szakfolyóiratban megjelent közlemények

Idegen nyelven:

38. **Piko, B. F., Piczil, M.** (2004): Youth Substance Use and Psychosocial Well-Being in Hungary's Post-Socialist Transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32. 1. 63-71.

Magyar nyelven:

39. **Piczil Márta, Dr. Pikó Bettina** (2006): Fókuszban a csoport – fókuszcsoportos munka serdülőekkel. *MÁTRIX Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesület szakmai elektronikus kiadványa*, 13. 13-18.
40. **Pikó Bettina, Piczil Márta** (2003): Ahogyan ők látják...– Fókuszban az ifjúság. *Társadalomkutatás*, 21. 2. 191-201.
41. **Piczil Márta** (2001): Prizonizáció: magatartásváltozás egy totális intézményben. *Tanulmányok: Szociális munka, szociálpolitika, szociológia*. SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szak kiadványa, 31-40.

Előadások tudományos konferenciákon

Idegen nyelven:

42. **Piczil, M., Piko, B.** (2001): Social stress and its lifestyle consequences – Focus on youth in the post-socialist transition. *The 22nd International Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Palma de Mallorca
43. **Piczil, M., Piko, B.** (2001): What do they experience? Qualitative health research on adolescent substance abuse. *European Union for School and University Health and Medicine*, Budapest

Magyar nyelven:

44. **Piczil Márta** (2006): „Adni kellene valamit helyette...” Szegedi középiskolás fiatalok drogfogyasztó magatartásának vizsgálata. *NETT XV. Nagygyűlése*, Siófok
45. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2005): Fókuszban a csoport – fókuszcsoportos munka serdülőekkel. *Magyar Csoport-Pszichoterápiás Egyesület VI. Országos Konferenciája*, Budapest
46. **Piczil Márta** (2004): A kannabiszfogyasztás jellemzői szegedi középiskolások körében végzett kutatások tükrében. *Kannabisz és kannabinoidok; Továbbképző konferencia*, Szeged
47. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2001): “CARPE DIEM...” – A deviáns magatartás főbb jellemzői serdülő- és ifjúkorban. “*A pszichiátriai rehabilitáció határterületei*” Konferencia, Szeged
48. **Piczil Márta, Pikó Bettina** (2001): Ahogyan Ők látják... – Fókuszban az ifjúság. *NETT X. Nagygyűlése*, Gyula
49. **Piczil Márta** (1997): Prizonizáció - A szervezeti alkalmazkodás egy típusa. *XIII. OTDK, Társadalomtudományi Szekció*, Eger

The Behavioral Scientific Investigation of the Nurse Profession and Health Care

(Ph. D. thesis)

Márta Piczil

University of Szeged

Graduate School of Educational Sciences

Health Education Program

e-mail: piczil@etszk.u-szeged.hu

Introduction and Aims

Health care related issues are followed with attention by most members of the Hungarian society. Thus, results of researches in the field are always in the lime-light. Laymen and professionals ascribe equal importance towards the conditions of the working environment, guiding motivations and attitudes of individuals working in the health care sector. Crisis phenomena that had deepened in the past few years made the negative sides of the medical professions clear that of the hard and tiresome work both physically and mentally, the low rate of financial and moral appreciation, the huge fluctuation within some fields of the health care sector with a descending number of people choosing the nurse profession, and the lack of essential drugs and medical tools. In spite of all these negative tendencies, nursing and attendance are continuous on every level of medical attendance and every member of the remedial team is working on the issue of health promotion and revitalization of the indigents.

Nurses represent a special group within the organizational system of health care since their work is indispensable and at the same time their service gets undeservingly less attention in the doctor-centered remedial process. Their characterization happens to be often on the basis of stereotypes, for instance, by referring to their altruistic attitudes and by thinking that the urge for helping the indigents surpasses all the hardships experienced during the practice of their profession.

Researches have been made since 1998, in order to get acquainted with the reality of the living and working conditions of medical workers. These researches focused on the investigations of the motivations behind the choice of career orientations of nurses, their view of the profession, their psychic and somatic health conditions and the study of their health and risk conducts. Besides these, the ambitions of the research were also to get acquainted with their social backgrounds, copying mechanisms, living conditions and recreational activities. Moreover, the survey aimed also to highlight the level of satisfaction with their work and life and to gather information about their future plans. The knowledge of reality and the action strategies based on facts hope to contribute to the process which aims to make the profession of nurses a recognized vocation with high prestige and help the nurses feel the importance and indispensability of their work on day by day.

Following the above mentioned principles and on the basis of the quantitative analyses the present study intends to focus on the subsequent aims:

The first aim was to come to know the orientations connected to the career choices of the respondents, their levels of satisfaction or the causes of their dissatisfaction, their opinions about the prestige of their profession and their reasons for their contingent leaving of the nurse profession. The subsequent questions were investigated in this topic:

- a) Which factors influenced the career choices of the prospective, the student and the working nurses of different medical fields?
- b) How do they think the doctors and other medical workers appreciate the prestige of the profession? What is their own opinion about the appreciation of their profession?
- c) Where do they place the nurse profession in the hierarchy of other professions?

- d) What kind of positive or negative characteristic features they use for describing the work in health care?
- e) In what sense the interviewed nurses are exposed to the danger of burnout?
- f) Have they ever thought of leaving their profession and choose another workplace? They were asked what would be the reason for quitting their jobs or remaining in their professions.
- g) In case they opt for career change or abandoning their profession what kind of work they would like to do? What is the reason behind the motivation to change their profession?
- h) Are they satisfied with their profession on the whole?

The second aim was to map the level whether any psychic burden appear within the investigated population during the remedial work and whether they can count on any help in lessening and resolving these psychic burdens. The subsequent questions were asked in this topic:

- a) How often do the interviewed nurses encounter situations that entail psychic strain during the practice of their profession and work?
- b) How often do they get help with a solution for this kind of situations?
- c) From whom do they expect more help for the sake of a reassuring solution?

The third aim was to investigate how the student and working nurses judge their own health conditions; and aimed to highlight the rate of stress and attitudes which are harmful to their health in their working environment. The following questions contributed to the research on the subject:

- a) Do they felt any psychic or somatic symptoms six/twelve months prior the investigation?
- b) What their self-evaluation is like compared to their peers?
- c) Do the interviewed nurses smoke, drink alcohol and coffee? If yes, how often? Do they take tranquillizers, sleeping-pills or any kind of stimuli for the sake of tension solution and stress channeling?
- d) What are their attitudes towards stress?
- e) Where and how much stress is present in the life of the interviewed people?

The fourth aim was to examine what are the most typical coping techniques and how the forms of social support shape. Observations were made with the means of the subsequent questions:

- a) What are the most typical methods for conflict resolution among the respondents?
- b) What the social background is like of the students and working nurses taking part in the research? Whom they turn to in case of psychic or financial problems?

The fifth aim was to gather information about the social situation and the recreational habits of the participants in the research. The following questions were asked in the subject:

- a) Concerning the ownership and background of their dwellings, the interviewed people were asked whether they live in their own flat; what their home is like and with whom they share it.
- b) How do their homes supplied with permanent consumer's goods?
- c) What are they doing in their free time?
- d) Do they work overtime in order to improve their financial situations? If yes, then what kind of work they do?

The aims of the qualitative analysis:

The underlying assumption of the study was to get acquainted with the stress sources that occur in the workplaces of the nurses in the sample and to highlight the most frequently used methods for stress management and resolution.

The formulated sub-goals were the following:

The first aim was to highlight those fields which are more exposed to the emergence of stress.

The following question was asked from the interviewed nurses:

a) Which is the most frequent stress factor in their workplaces?

The second aim was to map the methods of stress resolution with the subsequent questions:

a) What does she/he do for the sake of stress resolution?

b) Whom she/he speaks about the problems in the workplace?

c) Does she/he bring home his/her problem? If yes, how does his/her relatives help?

The third aim was to get answers what kind of suggestions the interviewed medical workers would propose for the successful resolution of stress. They were also asked whether they carry any cases which they were unable to resolve reassuringly. Another question was to come to know whether the respondents do something for the function of the supportive system among their colleagues and whether they help their new fellow-workers in the process of integration to the community.

The subsequent questions helped us reach this aim:

a) Do you think the presence of a psychologist would be necessary in a hospital ward?

b) Do you think the organization of a conflict discussant group would be necessary?

c) Please describe one case which caused an inner problem to you. Please write also about a feasible conflict resolution.

d) Do you help your new colleague in the integration to the community? If yes, in what way?

The fourth aim was to map which factors cause satisfaction or dissatisfaction in their professions and to investigate how the nature of the different hospital wards influence the judgment of the work.

We had the following questions:

a) On which hospital ward/wards would you like to work? Please explain your choice.

b) Which factors influenced you to be satisfied or dissatisfied with your work?

II Analytical Methods

Monitoring of Operative and Prospective Nurses in Csongrád County

The first research was carried out in 1998. The monitoring was based on a questionnaire which was filled out by operative and student nurses anonymously. The participation of the respondents was on a voluntary basis, the sample was a random selection, and 10% of the nurses working in the county took part in the survey. Altogether 420 questionnaires were processed.

In case of the operative nurses (n=218), we took care of representation from the utmost disciplines and for helping the processing of data, the sections were divided into manual and non-manual categories. The *respondent workers* were from 19 to 61 years old, among them there were 13 men and 205 women. The *interviewed students* (n=202) were from 15 to 25 years old and they were studying the nurse profession in technical colleges, among them there were 12 boys and 190 girls.

Applied Measuring Instruments

a) The following *socio-demographic variables* were investigated in the case of the secondary school students: the highest scholastic qualifications of the parents, the employment status of the parents, the type of habitation and the self-qualification of the social status.

The *operative nurses* were asked about their highest school qualification, the highest school qualification of the spouses and companions, the ownership status and type of habitation and the self-qualification of the social status.

b) *Questions connected to carrier orientation:*

“Why did he/she choose the nurse profession?” Respondents can select from the following alternatives: 1. It is a traditional profession in my family. 2. Because my parents and acquaintances advised me to opt for this profession. 3. I like dealing with people. 4. I did not have any other opportunity to continue my studies. 5. There was no other working opportunity. 6. Because of other reasons. The interviewed people could answer the questions with many alternatives.

c) *Questions connected to the prestige of the nurse profession:*

“Please indicate on a seven-degree scale your opinion about how the society, other medical workers and you appreciate the prestige of the nurse profession.” The first grade of the scale is the equivalent of low appreciation, while the seventh grade of the scale means very high appreciation.”

“Please rank your job compared to other professions.” Fifteen occupations were listed which were the following: journalist, commissioned officer, cleaner, secretary of state, office manager, construction worker, agronomist, nurse, locksmith craftsman, shop assistant, lawyer, tailor craftsman, physician, pilot and teacher. The respondent could decide to rank the professions on the basis of the fact that ‘rate 1’ meant the lowest, while ‘rate 15’ corresponded to the highest level of social appreciation.

d) *Questions connected to their work satisfaction*

“How much are you satisfied with your work and working environment?” The first degree of the scale meant total satisfaction, while the seventh degree of the scale corresponded to absolute dissatisfaction.

“Please list the three most crucial factors that make you satisfied and dissatisfied respectively in your work.” (*Beehr, King and King, 1990*).

e) *Questions investigating psychic stress*

“How often do you encounter a problem that causes you inner stress during your hospital work?” Alternatives: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never.

“Do you get any help in this case?” Again, there were four alternatives: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never.

“Whom do you expect more help?” The interviewed person could mark more from the listed alternatives: 1. From the members of my family, 2. From my friends, 3. From my fellow-nurses, 4. From the doctors, 5. From a psychologist, 6. From other person. Student nurses could choose also their class-mates and teachers (*Tumulty, Jernigan and Kohut, 1994*).

f) *Psychosomatic scale*

In the past twelve months how often do you have 1. Stress migraine, 2. Back or waist ache, 3. Insomnia, 4. Feeling of weakness and fatigue, 5. Heartburn, stomach- or belly-ache, 6. Nervous diarrhea, 7. Flutter or irregular heartthrob, 8. Painful periods. The frequency of the occurrences of these symptoms was marked with the following alternatives: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never (*Pikó, Barabás and Boda, 1997*).

g) *Self-evaluation of the health condition*

“How would you qualify your own health condition compared to others of the same age?” There were four alternative answers for it: 1. Excellent, 2. Good, 3. Just sufficient, 4. Bad (*Barsky, Cleary and Klerman, 1992*).

h) *Questions investigating the frequency of the occurrences of risk-behaviors*

The questionnaire asked about three patterns of risk behavior that of the smoking, alcohol consumption and drug abuse. Besides these, the questionnaire was also concerned about the frequency of the tranquilizer, sleeping-pills and stimuli consumption (*Pikó, Barabás and Markos, 1996*).

i) *Questions monitoring smoking attitudes*

In the questionnaire there were nine statements related to smoking attitudes which were the following: 1. Smoking is too expensive, 2. Smoking helps social interaction, 3. Children more easily took to smoking if they saw their parents smoking, as well.

4. Smoking has a soothing effect, 5. Smoking lessens the sense of hunger, 6. Smoking increases popularity within the circle of friends, 7. In the schools and workplaces a separated place has to be ensured for smokers, 8. Smokers have to ask the permission of their environment before lightening a cigarette, 9. Medical workers have to be exemplary models with their non-smoking attitude.

Respondents can choose from the following alternatives: with the above mentioned statements 1. I agree completely, 2. I agree partly, 3. I disagree.

The questions came from the survey of “The Students’ Health and Lifestyle Study, The University of Western Ontario, Canada” (Pederson, Koval and O’Connor, 1997) which aimed to monitor the attitudes connected to smoking. The adaptation of this survey took place prior to this research (Pikó et. al. 1995).

j) Stress surveying questions

“How do you think your life is stressful?” Participants of the research have the following alternatives to answer these questions: 1. Not at all, 2. A little, 3. Moderately, 4. Very (Potter and Fiedler, 1981).

“From where do you think you get most stress?” 1. Problems connected to work, 2. Problems related to studying, 3. Financial questions and money worries, 4. Social relations, 5. Fear from the future, 6. Other problems.

k) Questions connected to conflict resolution

We used the shortened version of the questionnaire developed by Folkman and Lazarus (1980) for the survey of the copying-strategies of the student and operative nurses (Pikó, 2002). The original questionnaire consist of 68 questions, the present research used its shortened version with 14 questions. The questionnaire was assembled to cover those questions that correspond to the basic dimensions of the research. During the survey, we applied factor analysis to identify the copying-styles of the student and working nurses.

l) The list of inventory of socially supportive behaviors (ISSB)

Mapping the measure and type of social support, we used the questionnaire developed by Barrera, Sandler and Ramsey (1981). In our research we asked 16 questions; and measuring the frequency of the supportive forms we monitored the experiences of the respondents within a 12 months period with the help of a four-graded scale.

Monitoring Medical Workers Operating in the Hospital Wards of Szeged

The underlying assumption of the comprehensive survey in 2001 was to monitor the medical workers operating in the hospital wards of Szeged. 450 questionnaires were sent out to the hospitals for the sake of an extensive research, however, only 201 were completed and measurable questionnaires were sent back. The medical workers justified the low rate of response to the questionnaires that they are overburdened and, on the other hand, they think that there will be no positive change in favor of them even if they answer sincerely to the questionnaire and they share their problems and concerns with us.

In the survey, 11,1% of the participants were men and 88,9% of the respondents were women, and the average age was 33,1 years.

(Standard deviation: 14,1; median: 33; mode: 25) The average years of working in health care: 15,2 years.

Applied Measuring Instruments

a) The following *socio-demographic variables* were examined in the case of the medical workers of the hospital wards in Szeged: gender, age, marital status, number of children, the highest scholastic qualification, status and the number of years spent in the medical sector.

b) *Questions connected to carrier orientation:*

“Why did he/she choose the nurse profession?” Respondents could select from the following alternatives: 1. It is a traditional profession in my family. 2. Because my

parents and acquaintances advised me to choose this profession. 3. I like dealing with people. 4. I did not have any other opportunity to continue my studies. 5. There was no other working opportunity. 6. Because of other reasons. The interviewed people could select from many alternatives to answer this question.

c) Questions connected to the prestige of nurse profession:

“Please indicate on a seven-degree scale your opinion about how you, the doctors and the society appreciate the prestige of the nurse profession and other medical workers.” The first grade of the scale is equivalent of low appreciation, while the seventh grade of the scale means very high appreciation.”

d) Questions connected to work satisfaction

“Please list three positive characteristic features of the health care profession.”

“Please list three negative sides of the health care profession.”

“Currently are you thinking about to give up your profession and choose another workplace?”

“If you have to make a decision to choose again that scope of activity you hold now, how you would decide?” Alternatives: 1. I would choose it again without hesitation. 2. I would reconsider it. 3. I would decide not to choose this type of job.

“If one of your acquaintances wants to opt your profession, what you would advise to him/her.” Respondents could choose from the following alternatives: 1. I would recommend it with firm belief. 2. I would have doubts to recommend it. 3. I would be opposed to it.

“All in all, how much are you satisfied with your work?” In this case four alternatives were offered to answer: 1. Very satisfied, 2. Relatively satisfied, 3. Not very satisfied, 4. Not at all satisfied.

e) Questions investigating psychic stress

“How often do you encounter a problem that causes you inner stress during your hospital work?” Alternatives to be answered: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never.

“Do you get any help in this case?” Again, there were four alternatives that can be chosen: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never.

“Whom do you expect more help?” The interviewed person could select more options from the listed alternatives: 1. From the members of my family, 2. From my friends, 3. From my fellow-nurses, 4. From the doctors, 5. From a psychologist, 6. From other person. (*Tumulty, Jernigan and Kohut, 1994*).

f) *Self-evaluation of the health condition*

“How would you qualify your own health condition compared to others of the same age?” There were four alternative answers for this question: 1. Excellent, 2. Good, 3. Just sufficient, 4. Bad (*Barsky, Cleary and Klerman, 1992*).

g) *Psychosomatic scale*

In the past six months how often do you have 1. Stress migraine, 2. Back or waist ache, 3. Insomnia or sleeping problems, 4. Feeling of weakness and fatigue, 5. Heartburn, stomach- or belly-ache, 6. Nervous diarrhea, 7. Flutter or irregular heartthrob, The frequency of the occurrences of these symptoms could be measured with the following alternatives chosen by the medical workers: 1. Often, 2. Occasionally, 3. Rarely, 4. Never (*Pikó, Barabás and Boda, 1997*).

h) Questions investigating the frequency of the occurrences of risk-behaviors

The questionnaire monitored two patterns of risk behavior that of the smoking habits and alcohol consumption. Besides these, the questionnaire was also concerned about the frequency of their tranquilizer, sleeping-pills, stimuli and coffee consumption (*Pikó, Barabás and Markos, 1996*).

i) Questions monitoring the supply with permanent consumer's goods of the households

In your household is there any 1. Television, 2. Automatic washing-machine, 3. Refrigerator, 4. Vacuum cleaner, 5. VCR, 6. CD-player, 7. Cassette recorder, 8. Dishwasher, 9. Microwave oven, 10. Freezer, 11. Computer, 12. Car.

j) Questions investigating recreational activities

“In the past five how many times were on holiday? How many times have you been on holiday in Hungary and abroad? What are you doing in your free-time? Are you doing any other jobs besides your work in hospital?”

k) The list of inventory of socially supportive behaviors (ISSB)

“Whom do you turn when you have psychic problems?” Respondents can select from the following people: 1. Spouse/ Companion, 2. Parents, 3. Daughter/Son, 4. Other relatives, 5. Friend, 6. Neighbor, 7. Colleague, 8. Priest, 9. Psychologist/ Psychiatrist, 10. Family doctor, 11. Nobody. Highlighting more people from the list was possible for the respondents.

“Whom do you turn when you have financial problems?” Alternatives to be chosen: 1. Spouse/Companion, 2. Parents, 3. Daughter/Son, 4. Other relatives, 5. Friend, 6. Neighbor, 7. Colleague, 8. Workplace (e.g. advance on salary), 9. Bank (e.g. credit), 10. Local government (aids), 11. Nobody. Indicating more people from the list was also possible in this case.

l) Questions investigating burnout syndrome

The burnout syndrome was monitored with the tool of the Maslach Burnout Inventory (MBI, *Maslach and Jackson*, 1981). The scale consists of 22 items and 3 sub-scales which monitored the following attitudes: fatigue, alienation, personal efficiency.

Investigation of Medical Workers in Voivodina

In 2003, we carried out a survey on the living and working conditions of medical workers in Subotica (Szabadka), Voivodina. The survey was made with the means of questionnaire which guaranteed anonymity for the 253 voluntary participants. A local physician helped our research in the selection of the sample and carrying out of the investigation.

In the survey, 90 % of the participants were women and 9,5 % of the respondents were men. The average age of the participants was 29 years and the average number of the years working in the profession was 10 years.

Data procession took place with the means of the SPSS statistic package offer in all three cases.

Qualitative Analysis among the Medical Workers Working in the Clinical and Hospital Wards of Szeged

In 1999, as a supplement to our questionnaire monitoring, we carried out interviews by which we investigated the measure of satisfaction related to the nurse work, the sources of stress in their workplaces and their techniques to stress resolution and solution. As a complement to the quantitative survey, we decided also to use the qualitative method. The greatest merit of the qualitative method is that it helps revealing individual perspectives with the tool of case-orientation and its usage makes explicit the situational and social contexts of the problems in the workplace.

We carried out 51 half-structured interviews with nurses working in the clinic and hospital wards of Szeged. The gender relations of the participants were the following: 2 men and 49 women. The average age of the participants was 30 years. The interviewed nurses worked in twenty different hospital wards and divergent fields of health care respectively. The questions of the interview were exposed during the listing of the aims of the qualitative research.

III. Outcomes and conclusions

Summing up the results of the quantitative research concerning *the first aim* of the survey, it became explicit that among the people choosing the nurse profession, the altruistic attitude is significant which is manifested in the urge for help and dealing with the needy and diseased people. This very attitude keeps these people in the nurse profession even if they encounter with the negative sides of their job during their work.

Most of them follow the family pattern and because of the model they start to work within the field of health care. There are those who have chosen the nurse profession because of their worse scholastic records by supposing the guaranteed permanent work opportunity because of the constant lack of manpower in the sector of health care.

In retrospect, by investigating the historical development of nurse profession, it can be argued that the nursing of the needy and diseased people was a condemned activity even before the secularization of the hospitals. Later on, this judgment became even worse by the fact that primarily women took part in the activity of nursing. In this sense, there is no surprise that the present-day nurses do not appreciate highly the prestige of their profession and they believe that neither the society, nor the doctors or other members of the remedial team pay due reverence to the otherwise indispensable nurses. It is also not so advantageous in respect to the judgment of the profession concerning the recruitment basis that even today primarily the children of parents with lowest school qualification choose this profession.

Even during their studies, they encounter the negative sides of the profession and the years they spent in the profession shade further on this image. It became more and more explicit that the lack or lowest rate of financial and moral appreciation, the bad relations at the workplace, the negative attributes of the work logistics, the deficiency of drugs and medical tools, the experienced humiliating situations due to their lowest place in the professional hierarchy and the feeling of subservience make their work more difficult and significantly increase the sense of dissatisfaction.

As for the positive sides, medical workers consider the good working atmosphere and the adequate collegial relations as the most important things. This statement strengthens those facts in the existing professional literature which argues that the psycho-social working environment, the good collegial relations inscribe the negative feelings experienced during the exercise of their profession. Nurses ascribe prominent significance to the confident and good relations with the patients and they consider the fact that they can help the patients and took part in the process of healing as one of positive attributes of the profession.

Pieces of information related to the characteristic features of work and working environment are also crucial because – as our research affirmed – nurses are also in danger to the burnout symptom with inherent physical, emotional and mental fatigue which frequently occurs among those choosing a supporting profession. The factors of burnout - emotional fatigue, alienation, decay of personal achievements – which are closely related to work-satisfaction, has a crucial impact upon the complacency with life.

Since the negative sides of working in health care are highly sensible, there is no surprise that many subjects of our research are bethinking themselves of leaving and giving up their profession. At the same time, those staying in their profession also have to face the necessity of the limited working opportunities; they are too old for job change and their age significantly decreases their chances in the labor market. It is also typical, however, that in case of profession leaving, the respondents also would be lead by the urge for helping and dealing with people in choosing their new job and workplace.

Balancing the positive and negatives sides, many respondents think that if they had the opportunity to choose again profession they would be more judicious and would

hesitate even if they were in a position to recommend the nurse profession to youth who are on the verge of career decision.

2. As for the *second aim* of our survey, it became explicit that people exercising nurse profession often encounter situations during their work which generate inner strain and tension. Our qualitative research proved that the stressors can be identified in all cases. However, the methods of tension assimilation and resolution in most cases are not adequate, even inefficient or harmful for health. The above mentioned negative attributes that are in close relation with the profession such as the low financial and moral appreciation, the bad workplace relations, the lack of drugs and medical tools, the deficiency of manpower, the great scale of fluctuation and the humiliating situations can cause tensions. Another tension factors are the multiple shift working schedule, the burdensome situations experienced through their work with the patients, and with special attention to the fact of suffering and death. The respondents indicated that in case of free working place option they avoided those hospital wards where they had to encounter the issue of suffering and the nursing of incurable and dying people on a daily basis.

In situations which entail inner strain there is very rare adequate help and the workers of the field even less rely on the interference of professional helpers, though, as they indicated, they do not really require such intervention. It should be noted that many of them would need pieces of advice and the reassuring presence of their fellow-nurses and doctors in the burdensome workplace situations. However, this kind of assistance rarely eventuates. Nevertheless, handling of tension would be very crucial, since the level of stress is in strong correlation with factors such as work-satisfaction, mental health, contentment with ones life, intention for giving up the profession and the burnout symptom.

3. After processing the survey items connected to *the third aim* it became clear that the tensions emerging during the practice of the nurse profession often manifest themselves within the forms of psychic and somatic symptoms. The frequent head-ache, the feeling of fatigue and distress, the stomach-ache, the flutter or irregular heartthrob and the sleeping problems can be related to the unresolved or badly processed stress. Experiencing these symptoms can contribute to the fact that the *self-evaluation of health condition* is also very low and there are only some who marked the “excellent” category in the survey. It is even more worth to think in terms of the fact which tells that only ten percent of the students consider themselves in a perfect condition untinged by diseases or tensions.

Besides the psychosomatic symptoms, the age and working years spent in health care have a great impact upon the self-evaluation of health. If one is working in multiple shifts and often has to face psychic strain, it is more likely that one will rank his/her health condition as bad or just acceptable. Working overtime has also a negative impact upon the self-evaluation of health and of course the dissatisfaction with work also worsens this judgment. Unfortunately, many of the nurses represented in this survey are obliged to work overtime for the stability of their financial situation.

For the sake of lessening the stress, nurses working in health care occasionally practice even those *behaviors that harmful to health*. They smoke, drink alcohol or by chance they expect the diminishing of stress by the usage of tranquilizers, sleeping pills or stimuli.

4. Knowing the fighting techniques against the often occurring stress situations within the health care sector and social support system surrounding the nurses can be peculiarly informative (however, we cannot ignore that the subjects of our research were women working in special workplace). In accordance with the *fourth aim*, the results of our

survey exemplify that certain dimension of the *copying-strategies* emerging among our respondents are not in every cases effective:

The risky fighting mechanism can be connected to the increasing level of the psychosomatic symptoms and harmful habits of nurses.

The optimistic tackling factor also does not mean constructive solution, though it entails a higher level of the self-evaluation of health.

On the basis of *the problem analyzer tackling strategy*, it is highly feasible that the nurses by analyzing the problems and searching for the ways of solution often suffer in insomnia, thus, their fatigue increases and for the sake of stress resolution they smoke a lot. Consequently, this method considered to be the most adaptive conflict resolution does not prove to be effective in our case.

Looking for support plays positive role in the psychosomatic health of nurses. However, it is also correlates with alcohol consumption.

Those in favor of *the withdrawing tackling method* often smoke, show higher stress level and the appearance of psychosomatic symptoms are also more frequent among them. Thus, this tackling strategy can also considered as a maladaptive conflict resolution strategy in this context.

Concerning *social support*, one can say that *the practical and communicative-emotional factor* plays a positive role in the life of nurses but mostly the latest provides psychosomatic health.

On the basis of our research one can also state that in case of psychic problems most often the respondents need help coming from informal relations and very few require the knowledge and experience of professional helpers.

5. In accordance with the *fifth aim*, it can be stated on the basis of the monitoring of the living conditions that in spite of the low salary rate the majority of the respondents have a reassuring flat condition. However, one cannot say that the equipment of the flats is adequate since in many cases the household appliances that can lessen the time spent with domestic work and the entertaining electronic devices are missing in the households.

After the psychically and mentally tedious work, spending free-time meaningfully would be important, however, the limited financial and timeframe do not allow of this. Holidays, relaxing and the activities being suitable for refreshment but money dependent recreational activities such as the cinema and theatre visit are neglected programs. At this point, we also have to mention the constraint of working overtime: many of them are obliged to work overtime for the sake of the safety of living and to earn surplus money which also significantly lessens the amount of free-time. Working overtime occasionally took place within the health care sector but there are cases when the nurses have to hold on in another field to assure the stability of their rate of living. The outcomes connected to the analyzed aims transgress national boundaries; the surveys having done in Subotica, Serbia affirm the assumption which tells that observations related to health care and their nursing staff are more general and representative not only of the Hungarian situations.

On the basis of the knowledge of the above mentioned facts it is apparent that the solutions of these complex problems connected to the nurse profession and its practice is a compelling task. It would be an essential issue to *change the frameworks of working activity and the working conditions*. It should be noted among the aims to be accomplished in the near future that the number of patients related to the work of one nurse has to be in analogy with the European norms and the modernization of the technical equipments of nurses has to happen in a parallel way with the modernization of the diagnostics items. Professional decisions within the sector have to be made in a more rational and established way. Regularizing salaries, however, would be the most

sorely needed necessity, in a way that the salaries should provide decent living for the nurses.

It is worth taking into consideration the protection of the psychic health of the workers. The worn-out reiterated prevention and treatment of prevention rarely materializes in practice. Concerning the issue of prevention it would be equally important to take steps both on the personal and organizational levels. On the personal level, it should be achieved that all individuals would feel responsibility towards his/her own health. As for the organizational level, the lessening of the labor force deficiency, the reorganization of work, the improvement of the working conditions, sharing of responsibility, setting of realistic aims, mutual support and strengthening of the supportive systems should be indispensable requisites. The accurate determination of aims and tasks at the workplace would also serve the mental hygiene. Nevertheless, the fixation of competencies and the periodic rotation of the labor force would also be helpful in order to prevent fatigue and apathy. The prospective nurses have to be prepared for the recognition of burnout symptom and it would be reasonable to organize self-recognition trainings.

Besides the protection of the psychic health among medical workers, the safekeeping of the somatic health is also indispensable. Thus, the role of dispositions focusing on these principles is revalued. Nurses in adequate psychic and somatic health state can work more effectively on the fields of health protection, training and development. At the same time, nurses can gain in prestige with this kind of work. Moreover, it would be significantly purposeful to involve nurses in health prevention, as well. However, in the everyday life the pursuit of health training and development also rarely materializes.

Securing professional advance, the opportunities of training, outlining the carrier chances and the strengthening of worker autonomy would also provide better psychic state of the medical workers. The professional and carrier development has to happen in tune with the health care system.

Besides suggesting solutions for the existing problems, *the way of the future must be outlined* since the prestige of the nurse profession can be improved with the help of a clearly defined action program, thus, the profession can be made attractive. A strategy for national medical attendance improvement based on a social and professional consensus would be an essential need which gives high priority to the collective treatment and improvement of the education, labor force management, medical attendance leading and nurse practice and also to the obvious determination of the place and role of medical attendance.

Finally, special emphasis has to be given to make the values, place, roles, and the properly so called indispensability of profession clear to the social and political decision-makers. However, for reaching this aim, it is a prerequisite that the nurse profession also has to have a distinct and clearly shaped vision for the future which can serve as a great help for the development of an authentic identity.