

Ápolók önreflexív társadalmi presztízse

VINGENDER ISTVÁN

VINGENDER ISTVÁN: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék –
vingenderi@se-etk.hu

ABSZTRAKT Tanulmányunkban az ápolók társadalmi presztízisének, illetve saját presztízis-önképüknek összehasonlító vizsgálatára vállalkoztunk. Az elemzés célja az volt, hogy rávilágítsunk – az ápolók társadalmi presztízse milyen struktúrákat ölt, hogyan differenciálódik belsőleg, és ezzel választ kapjunk arra a kérdésre, hogy pusztán a bérek rendezése elegendő eszköz-e a foglalkozási csoport rekrutációjának és pályán tartásának megoldásához.

Az összehasonlítás eszköze a KSH mikrocenzenzuszvizsgálatának és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszékének „Ápolók komplex szocioökonómiai státusa” kutatás egyes eredményeinek összevetése volt.

Az eredmények azt mutatják, hogy a társadalom által megformált ápolóképek és az ápolók önképe – bár hasonló szerkezetű – mégis eltér egymástól. Az általános társadalmi presztízis differenciáltabb és pozitívabb, mint ahogy azt az ápolók vélelmezik. Önképük nagyon inkonzisztens, az egyes presztízismutatók a hierarchia két véglete között szóródnak. Ez összefüggésben van azzal, hogy elvárásaik, társadalmi presztízis-idolaik jelentősen különböznek a valós indikátoroktól. Az ápolók elvárt társadalmi presztízse és helyzete összefüggésbe hozható referenciacsoportjukkal, az orvosok megfelelő mutatóival.

Az ápolói társadalom presztízisének anomáliái sok tekintetben visszavezethetők a foglalkozás és a hivatásrend erősen idealisztikus genezisére és interpretációjára.

Kulcsszavak: társadalmi presztízis, rekrutáció, ápolói szakma, társadalmi státus, társadalmi háttér

The self-reflexive social prestige of nurses

ABSTRACT In our article we wanted to compare the nurses social prestige and their self-image about the prestige. The purpose of the analysis was to shed light on the structures that nurse social prestige takes, how it differentiates internally and to answer the question of whether wage and material settlements alone are sufficient tools to address the recruitment and retention of this occupational group.

The means of comparison was the the results of the micro-census examination of the Central Statistical Department and the results of the research on the „Complex socio-economic status of nurses” of the Department of Social Sciences of the Semmelweis University Faculty of Health Sciences.

The results show that the image of the nurses formed by society and the self-image of the nurses themselves, although similar in structure, are still different. General social prestige is more differentiated and positive than nurses presume. Their self-image is very inconsistent, with their individual prestige indicators scattered between the two extremes of the hierarchy. This is related to the fact that their expectations and social prestige period are significantly different from the real indicators. The expected social prestige and position of nurses can be related to their reference group, the appropriate indicators of physicians.

The anomalies of the nurses’ social prestige are traced back to the highly idealistic genesis and interpretation of their profession.

Key-words: social prestige, recruitment, profession of nurses, social status, social background



BEVEZETÉS

A magyar egészségügyi rendszer komplex krízishelyzetben van. Mindenekelőtt bizalmi válság sújtja, súlyos presztízsvesztéssel szembesül, másfelől, mindezek hátterében különböző mértékűnek és mélységűnek megítélt pénzügyi, morális, jogi, érték- és humánerőforrás-krízis szabdalja. Eme krízismetszetek közül jelentőségét és társadalmi nyilvánosságát tekintve kiemelkedik az emberi erőforrás-deficit. Hasonlóan egyes más nemzetgazdasági ágazatokhoz, a szakemberhiány a működőképesség határait feszegeti, a humánerőforrás-deficit közelmúltban tapasztalható volt tendenciájának folytatódása az „átesés” vízióját vetíti előre, azt az állapotot, amelyben a mennyiségi restrikciónak már nem csak teljesítménycsökkenést okoz, illetve prognosztizál, hanem a teljes egészségügyi rendszer összeomlásával fenyeget (Kincses 2019).

Az egészségügyben az emberierőforrás-krízis minden szakmai csoportot érint, de orvosi vélemények szerint is a legsúlyosabb a szakdolgozókat érintő helyzet. Az ápolók hiánya, a körülmények megnyilvánuló fluktuáció, a pályaelhagyás, az alacsony szintű belépési mobilitás, a korösszetétel változása, nemkülönben a krízishelyzet miatt is fellépő túlterheltség, kiégés, a második gazdaságban történő szerepvállalásuk, illetve az ápolói szakma átalakulása olyan sokdimenziós problémahalmazt tételnek, amely komolyan veszélyezteteti az egészségügyi rendszer működőképességét és a társadalom élet- és termelőképességének fejlődését, vagy akár csak fennmaradását.

Ebben a kontextusban releváns kérdés az ápolók rekrutációjának dilemmája. Honnan tud az egészségügyi rendszer, illetve az egész társadalom újabb, több ápolót rekrutálni, hogyan lehet vonzóbbá tenni a pályát, hogyan lehet az ápolók partícipációjának mennyiségi és minőségi indikátorait javítani? Egyáltalán mennyiségi vagy minőségi-hatékonysági kérdéssről van-e szó?

A kérdés nem egyszerűen humánerőforrás-gazdálkodási probléma. Már a kérdés megfogalmazásakor figyelembe kell venni mindazokat a történelmi előzményeket, társadalmi praktikákat, szakmai éthoszokat, amelyek az ápolói foglalkozás auráját képezték az eddigiek során is, és képezik napjainkban is. Az egészségügyi szakemberek körében tapasztalható hiány megoldásának kulcsát sokan és gyakran a bérek rendezésében látják. A társadalmi nyilvánosságban priméren megjelenő információ, hogy az egészségügyi szakdolgozók, köztük az ápolók nagyon alacsony jövedelemmel rendelkeznek, ami megmutatkozik relatív mutatókban (más társadalmi-foglalkozási rétegekkel összehasonlítva) és objektív formában (megélhetési viszonyok, aktualitásoktól független társadalmi igények és szükségletek) is.

ELŐZMÉNYEK, MEGKÖZELÍTÉSEK

Az ápolók szakmai szervezetei, informális közösségei csakúgy, mint a média és a társadalmi nyilvánosság egyéb fórumai is a humánerőforrás-probléma gyökerének, egyszersmind megoldása módjának a bérek emelését, az életszínvonal karbantartását vagy jobbítását látják és látatják. Már-már új paradigmává vált ezeken a fórumokon az „életpályamodell” kifejezés, ami az esetek többségében szintén kizárólag a jövedelmi viszonyok pozitív korrekcióját jelenti.

A kérdés az, hogy az ápolók kereseti viszonyainak jobbítása, az ápolói bérek kétségszűnően szükséges emelése meghozza-e azt a várt és kalkulált eredményt, hogy tudniillik kevesebben fogják elhagyni a magyar egészségügyi rendszert (a külföld, illetve más szakmák



irányába) és többen fognak jelentkezni ebbe a szakmába, megnő az ápolói foglalkozás presztízse és vonzereje (Takács – Siket 2011, OECD 2015). Az is kérdés továbbá, hogy az életpályamodell bevezetése nyomán megnő-e az ápolói munka hatékonysága, szervezethez, javul-e logisztikája, ami természetesen nem elsősorban az egyes munkavállalók teljesítményét, hanem az egészségügyi intézmények szervezeti kereteit érinti. Összességében a keresetemeléssel meg-hozza-e a kívánt és elvárt pozitív fordulatot az egészségügyi rendszer működési kvalitásaiban, a rendszernek az ápolói társadalom által reprezentált szegmensében?

A társadalmi átalakulások rendszerint úgy mennek végbe, hogy a lehetőségeket és a különböző szociális impulzusokat ki- és felhasználva a társadalom tagjai megváltoztatják elfoglalt pozícióikat (státusukat), ezt a mozgást (mobilitást) a pozitív megerősítések nyomán egyre többen viszik véghez, és akkor, amikor elég sokan (kritikus tömeg) válnak érintetté a változásokban, megváltozik az egész társadalom struktúrája. Az átalakult társadalomban a státusváltás szervesül, és onnan az új társadalmi pozíció lesz természetes az érintettek és az egész társadalom számára, a régi pedig elvénytelenedik. Persze ez a folyamat rendkívül hosszú és messzemenően nem lineáris, de végső soron egzakt és eredményes (Tóth – Szelenyi 2018). Szociológiai és szociálpszichológiai szempontból a legfontosabb kísérőjelensége az ilyen társadalmi átalakulásnak a státusfrusztráció, amely a korábbi társadalmi pozíció kulturális szocializációs termékeinek és az új elvárásoknak és normáknak a konfliktusát öleli át. Természetesen más „mellékhatásai” is vannak/lehetnek a folyamatnak, az akkulturációs nehézségektől a társadalmi integráció különböző maladaptív formáiig, de elérhet bizonyos társadalompatológiai helyzetekbe, deviáns magatartási mintázatokba is.

Néha a társadalmi átalakulások más módon mennek végbe: nem az egyének csoportos vagy tömeges mozgása generálja őket, hanem fordított impulzusok alakítják ki, az állam, a hatalom, a centrum hoz döntéseket a változásokat illetően, és az egyének követik a döntéseket megtestesítő normákat. Ebben az esetben beszélünk szervesetlen fejlődésről, ami szintén lehet hatékony, de az előbbinél jellemzően súlyosabb társadalompatológiát idéz elő (Sorokin 1959).

Akkor, amikor ápoló szakmáról, ápoló foglalkozást betöltő személyekről beszélünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a foglalkozás inherens attribútumait. Ezek a teljesség igénye nélkül – a szakmai éthosz historikus és prehistorikus előzményei, a szakemberek rekrutációjának tradíciói és társadalmi rendje, a képzés és változásának szociokulturális sajátosságai, a származási adottságok, a szakmai és szociális kontextus, az alapvető értékek, amelyek a hivatás megválasztásakor, a foglalkozás beteljesítésekor, a pályaszocializáció során vezérlik az érintettek cselekvéseit és gondolkodását, a szakmai tartalom és számtalan más tényező. Ugyancsak releváns faktorok a kontextus tényezői, köztük elsősorban a foglalkozás társadalmi és a szakmai beágyazottsága, a foglalkozási éthosz, a társadalmi presztízis, az egészségügyi ellátórendszer szervezeti, technikai és kulturális állapota.

Mindezen attribútumok esszenciális reprezentációját képezi az adott foglalkozás társadalmi presztízse. A presztízis olyan összetett jelenség, amely rendkívül sok forrásból táplálkozik, sokféle interpretációja létezik, és sok mindent meghatároz egy adott foglalkozás társadalmi helyzetével kapcsolatban az azt betöltők társadalmi státusát illetően (Tardos 2015). A presztízis egy szintetikus indikátora a társadalmi helyzetnek. Nem csak azért, mert komplex formában ötvözi a társadalmi státus különböző jegyeit, hanem azért is, mert a társadalmi presztízis egyben meg is határozza, generálja ezeket a jegyeket (Léderer 1977). Természetesen a foglalko-



zási presztízs rendkívül összetett jelenség, ráadásul társadalmi megítélésről lévén szó, nem is feltétlenül tudatosan megkonstruált, racionálisan felépített kollektív tudat-elem. Mégis, a nemzetközi kutatások gyakorlata azt mutatja, hogy várható egyfajta társadalmak és történelmi korok közötti standardizáltság a társadalmi presztízs konstrukciójában (Hodge – Treiman – Rossi 1977). Ezért megengedhetjük, hogy a foglalkozási presztízst a társadalmi státus reprezentációjának, illetve komplex, integrált indikátorának tekintsük.

A foglalkozási presztízs fogalma és jelenségének szellemi aurája nem érthető meg a társadalmi struktúra, az abban elfoglalt objektív társadalmi státushoz fűződő kapcsolata nélkül. Ha a társadalmi státus a társadalmi hierarchiában elfoglalt gazdasági helyzet, akkor a presztízscsoport (rend) az azonos közösségi választásokat reprezentáló, azonos értékrendeket preferáló, hasonló életstílust folytató, azonos szimbolikus fogyasztást tanúsító, hasonló gondolkodásmódot tükröző, tehát összességében hasonló kultúrát képviselő emberek csoportja (Léderer 1977).

Ugyanakkor a társadalmi presztízs rendkívül erős függvénye nem csak az említett kultúra-jegyeknek, hanem annak is, hogy a társadalom mit tekint értéknek, milyen faktorokon keresztül ítél meg egy-egy foglalkozást. Ezért – bár érdekes összevetéseket generál – mégsem tekinthető minden szempontból korrekt eljárásnak egyes foglalkozások presztízisének összehasonlítása különböző korokban, vagy különböző társadalmakban. A presztízsmegítelés változása tudniillik nem csak az adott foglalkozás változása miatt következhet be, hanem azért is, mert változik a társadalom értékpreferenciája. Igaz, ettől független kérdés, hogy a presztízs mindig szimbolikus hatalommal ruhazza fel hordozóját (Goldthorpe – Hope 1977).

A társadalmi presztízs összetettségének megfelelően a kutatásokban klasszikusan annak négy paraméterét szokták vizsgálni: az adott foglalkozással megszerzhető jövedelem nagyságát, a foglalkozás betöltéséhez szükséges tudás mennyiségét, a foglalkozás betöltője rendelkezésére álló hatalom nagyságát, illetve a foglalkozás társadalmi hasznosságának mértékét. A legutóbbi mikrocensus vizsgálatban ezt a négy paramétert kiegészítették egy ötödikkel, nevezetesen a foglalkozás népszerűségének mértékével (KSH 2018). Ez az öt attribútum határozza meg egy foglalkozás társadalmi presztízst, közvetve betöltőinek társadalmi státusát. Nem nehéz belátni, hogy az öt tényező differenciált erősséggel szabályozza minden egyes foglalkozás megítélését, ráadásul kölcsönös összefüggésben állnak egymással, az egyik faktor képes befolyásolni a másik faktor szerepét, így különböző konstellációk strukturálják a presztízs összetett jelenségét. Hasonlóan Bourdieu tőkeelméletéhez, amely szerint a különböző tőketípusok összvolumene határozza meg a társadalmi osztályhoz tartozást, a tőkefajták belső arányai viszont csak az osztályon belüli rétegeket jelölik ki (Bourdieu 1978).

Az ápolók presztízse régóta akut témája a társadalmi helyzetükről folyó diskurzusnak. Napjainkban nem csupán morális, vagy axiológiai természetű ez a téma, hanem az ápolói társadalom megmaradásának és újratermelődésének releváns kérdése. A társadalmi presztízs változása, és annak belső átalakulása – megítélésünk szerint – hosszú távon meghatározza a szakma és talán az egész egészségügyi ellátórendszer sorsát, rajta keresztül pedig az egész társadalom egészség- és életkilátásait. A 2016. évi mikrocensus alapján a kórházi ápoló (ami az ápoló foglalkozási csoportnak csak egy, de biztosan legnépesebb és legismertebb rétege) a 173 vizsgált foglalkozás általános presztízsrangsorában a 82. legmagasabb presztízzsel rendelkezik (KSH 2018). A 15 fokú presztízsskálán 7,93-as átlagot kapott. Tehát a társadalom egyértelműen a középosztályhoz sorolja az ápolókat. Ha megvizsgáljuk, hogy milyen miliőben helyezke-



dik el ez a foglalkozási csoport, akkor azt látjuk, hogy rendkívül heterogén a foglalkozási környezet, a művészvilágtól (írók, költők, festőművészek, grafikus, filmkritikusok) a profi bokszolón, az autószerelón át a könyvelőig és órásmesterig terjed az a társadalmi spektrum, amelybe az ápolók közvetlenül beágyazódnak. Mivel ezek a foglalkozások, illetve betöltőik nyilvánvalóan más-más kondíciókkal kerülnek hasonlóan megítélt általános szocioökonómiai helyzetbe, megállapíthatjuk, hogy a státusinkonzisztencia (Kolosi 1987) a mai társadalom szerkezetében is egy rendkívül markáns tagoló tényező.

Ezt tapasztaljuk akkor is, ha megvizsgáljuk az általános presztízs összetevőit az ápolók körében.

1. táblázat Az ápolók helyzete a presztízshierarchia különböző metszeteiben

A presztízs mutatói	Helyezés
Általános presztízs	84.
Kereset szerinti presztízs	148.
Hasznosság szerinti presztízs	11.
Hatalom szerinti presztízs	104.
Tudás szerinti presztízs	74.
Divatosság szerinti presztízs	141.

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal (2018): Mikrocenzus 2016. Saját szerkesztés 2020.

Miközben az elérhető kereset és a szakma divatossága alapján az ápolók a rangsor alsó ötödében helyezkednek el, munkájuk társadalmi hasznosságát illetően majdhogynem az elit tizedbe sorolódnak, tudásuk, és hatalmuk szerint pedig a középosztályhoz tartoznak. A társadalom megítélése szerint tehát az ápolók egy rendkívül alacsony keresetet biztosító és kevésbé népszerű, ámbar kiemelkedően hasznosnak, és átlagos tudást igénylőnek, illetve közel ugyanilyen hatalommal felruházottnak tartott foglalkozással rendelkeznek. Ha a szakma divatosságát úgy fogjuk fel, mint a rekrutációs képességét, akkor azt is megállapíthatjuk, hogy az eszmeitől a konkrét felé tartó dimenzióban haladva egyre csökken az ápoló szakma megbecsültsége, vagyis romlik a csoport tagjainak társadalmi helyzete. Az ápolók társadalmi pozícióit kezdettől fogva keresztezik markáns ideológiai tényezők és hatások, ezekről és mai „state of art”-jükről a későbbiekben szólunk.

A mikrocenzus vizsgálatban elvégzett korrelációs számítások azt mutatják, hogy általános tapasztalat, miszerint az egyes foglalkozások társadalmi hasznossága és az azokkal elérhető kereset között van a legnagyobb távolság. A társadalmi hasznosságra, illetve a keresetre adott presztízsvértékek különbsége alapján a társadalom megítélése szerint a második leginkább alulfizetett foglalkozás a kórházi ápolóké.

A vizsgálat eredményei szerint a presztízs egyes elemeinek általában differenciált hatása van az adott foglalkozás általános megítélésére: a legerősebb tényezők a tudás (0,95) és a hatalom (0,91), szintén erős faktorok a divatosság (0,81) és a kereset (0,77), míg a munka társadalmi hasznossága (0,61) bár szintén releváns tényező, de mégis a leggyengébb láncszem ezen foglalkozás megítélésekor. Pont az a tényező a legkevésbé releváns tehát, amelyben az ápolók



a legerősebbek. Ugyanakkor nem biztos, hogy az ápolók által tapasztalt és elvárt presztízs hasonló konstrukcióval rendelkezik, ezt a későbbiekben megvizsgáljuk.

Az ápolók társadalmi presztízsének komplex megítéléséhez tartozik utóbbinak időben történő változástrend-elemzése. 1988-ban az utolsó, 156 foglalkozás körében végzett presztízsvizsgálatban az ápolói foglalkozás társadalmi hasznosság szempontjából a 11., elérhető kereset szerint a 100., tudás alapján a 38. helyet foglalta el (Kulcsár 1990: 656). A fő tendenciák nem változtak, az sem, hogy a munka hasznossága és jövedelmezősége között akkor is az ápolóknál volt tapasztalható a legnagyobb különbség. Az azonban szembetűnő, hogy a társadalmi értékítéletek lényegében változatlan hasznosság-érték mellett a kereseti adottságokat leértékelték: 1988-ban a teljes rangsor 64%-ára tette az ápolókat, míg 2016-ban csak 85%-ra, tehát lejjebb. Hasonló helyzetet tapasztalunk a tudás megítélésében:

1988-ban az elfoglalt pozíció a hierarchia 24%-ra árazta be az ápolókat, míg 2016-ban 42%-ra. Tehát a megítélések hasonló konstrukciója mellett az egyes dimenziókban történt presztízs-értékítéletek romlottak.

Az ápolói rekrutáció lényeges eleme az elérhető (achieved) státus, amelynek fontos konsztitatív és reprezentatív faktora a társadalmi presztízs. Nem csak a társadalom értékítélete, amelyet az említett presztízsvizsgálatokból ismerhetünk, hanem az ápolói szakmára készülők önképe is releváns módon befolyásolja a pályorientáció, hivatásválasztás, a foglalkozási szocializáció folyamatait. Mi az alább ismertetett kutatásban elsősorban erre voltunk kíváncsiak, vagyis azokra a vonzástényezőkre, amelyek az elérhető társadalmi pozíció szempontjából kívánatosá, vállalhatóvá teszik ezt a szakmát. Mindennek keretében az is releváns kérdés, hogy a társadalomban meglévő értékítéleteket, véleményeket, attitűdöket az ápolók hogyan élik meg, ezek milyen szubjektív relatív deprivációt generálnak életvilágukban, vagyis az, hogy gondolkodásuk és tapasztalatviláguk milyen élményekből építkeznek, milyen reflexióik vannak a társadalom róluk szóló meglátásairól. Ez a kérdés azért merül fel aktuálisként, mert az egészségügyi rendszer intézményi világának sok szempontú zártsága, a foglalkozási szerepek még mindig jellemző sajátlagossága, az általuk képviselt tudás erős privilegizáltsága, az egészségügyi szervezeti kultúra és a szervezeti társadalom viszonylag erős szegregáltsága, nem különben a szakmai szocializáció és a professzionalizáció specifikus menete olyan szűrőt képeznek, amelyek óhatatlanul modifikálják a társadalomban egyébként meglévő presztízsképeket. Végző soron tehát tanulmányunkban az ápolói szakma társadalmi presztízsének reflexióját vizsgáljuk, azokat a szinergiákat, diszkrepanciákat, amelyek a társadalmi presztízs és az önkép, a tézis és az antitézis között jelennek.

MÓDSZEREK

2016-ban a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának Társadalomtudományi Tanszéke szociológusok, történészek, közgazdászok, jogászok, antropológusok részvételével átfogó empirikus kutatást végzett az ápolók komplex szocioökonómiai státusáról. A kutatás felölelte az ápolói társadalom számos strukturális és funkcionális jellemzőjét, így az ápolók társadalmi integráltságát, strukturális pozícióját, kirekesztettségük dimenzióit és komponenseit, jövőképüket, az ápolói társadalom rétegződését, munkahelyi és karrier attribútumait, származásukat és befektetői hajlandóságukat, életvilágukat – a megélt mindennapi valóságukat,



a szegénység-indikátoraikat (objektív szegénység), illetve a szubjektív relatív depriváció viszonyait, szociális networkjüket, szegénység-kultúrájukat és annak magatartási mintázatait, szegénység-narratíváikat, kompetencia-kontextusukat, státus-frusztrációjukat és hivatásrendi kollektív tudatukat, szabadidejük vs. munkahelyi elfoglaltságuk dimenzióit, fogyasztási szokásaikat, szociális beágyazottságukat, mobilitási és migrációs szokásaikat szervezeti beágyazottságuk „félértelmiségi létük” attribútumait.

A kutatást reprezentatív mintán terveztük elvégezni, de azt tapasztaltuk, hogy az ápolókról senki, semmilyen magyarországi intézmény nem rendelkezik korrekt, megbízható és rendezett nyilvántartással. Így – ezzel – már a kutatás megkezdése előtt nyertünk egy releváns szociológiai státus-indikátort az ápolók társadalmáról. Végül az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzés Központ Migrációs és Humán erőforrás Módszertani Főosztálya hathatós módszertani segítségével (köszönet illeti őket) az iskolai végzettségre és a lakóhelyre tekintve sikerült a mintát reprezentatívvá tennünk (n = 682 fő). A kutatás strukturált, 119 kérdést 1195 itemet tartalmazó kérdőívvel készült, melyet minden megyében fekvőbeteg-, járóbeteg-ellátó intézményben és házi orvosi rendelőben dolgozó ápolók töltöttek ki. A megkérdezett ápolók minden magyarországi megyéből rekrutálódtak, bár e tekintetben a minta nem tekinthető reprezentatívnak. Az adatrögzítést tanszéki adminisztrátorok és demonstrátorok végezték, a statisztikai adatok feldolgozás SPSS 24.0 programmal történt.

A kutatás megkezdése előtt – tekintettel arra, hogy korábban ilyen átfogó és reprezentatívra törekvő vizsgálat nem volt ebben a témában –, alapos, hosszú időszakot átívelő konceptualizálás és főleg operacionalizálás töltötte ki a kutatási előkészületeket. A kutatás tervezetét és kérdőívét a TUKEB 11425-2/2016/EKU számon engedélyezte.

A KUTATÁS KÉRDÉSE ÉS HIPOTÉZISE

Jelen tanulmányunkban az ápolók társadalmi presztízzsel kapcsolatos szubjektív meglátásait, illetve az ezekkel összefüggésbe hozható egyes objektív indikátorokat elemezzük. Eltérően az országos presztízsvizsgálatoktól, itt nem a társadalom foglalkozási csoportmegítéléséről lesz szó, hanem arról, hogy az ápolók maguk milyen társadalmi értékítéleteket tartanak jellemzőnek saját magukra vonatkozóan, illetve hogyan látják saját helyzetüket a foglalkozások hierarchiájában. Megpróbáljuk tehát az országos presztízsvizsgálat tükörképét felfesteni, amivel képet kaphatunk arról, hogy milyen diszkrepanciák húzódnak meg a társadalom megítélése és az ápolók önképe között. Egyben törekszünk választ adni arra a kérdésre, hogy a jövedelmi viszonyok alakulása, azok státusa elegendő, megfelelő eszközei-e annak a társadalompolitikai törekvésnek, hogy többen válasszák az ápolói pályát, illetve kevesebben hagyják azt ott. Jelen vizsgálati szegmensünk tehát közvetlen indikátora az ápolók lehetséges rekrutációjának. Gondolatmenetünk előzménye és példája Fónai Mihály kutatása volt, amely egy egyetemi hallgatói kontingens rekrutációjának vizsgálatában fontos komponensként kezelte az intézményi pozíció mikrotársadalmi megítélését, annak presztízset. Megállapításai azt mutatják, hogy többek között a presztízis-indikátorok jelentős hatással vannak a rekrutációs folyamatokra és azok eredményére (Fónai 2009).

Hipotézisünk szerint az ápolók társadalmi és önmegítélésének az adott foglalkozással megszerezhető jövedelmi státusa csupán az egyik és talán nem is a legfontosabb komponens-



se, a társadalmi presztízis más összetevői legalább annyira kongruens elemek a pályaválasztás bonyolult rendszerében. Sőt, nem csupán a presztízisindikátorok, hanem más szociológiai tényezők is aktív szerepet játszanak ebben a folyamatban, kiemelten a származás, a pályaszocializáció, a szociális miliő, a karrieresélyek, a társadalmi participáció lehetőségei, az életmód és az életvitel alapvető jellemzői. Jelen tanulmányunkban nem, de későbbi kutatási portfólióinkban szerepel egy eddig a hazai szakirodalomban még csak fel sem vetett kérdésnek az elemzése, ti. az ápolókkal kapcsolatos humán erőforrás-problémák kvalitatív vonásainak értékelése.

A korábbi és főleg a legutóbbi országos adatfelvételtől azt láttuk, hogy az ápolók a társadalom presztízshierarchiájában általában középosztályos helyzetet foglalnak el, ami egy átlagosnál gyengébb jövedelmi, kevésbé divatos és kisebb hatalmi potenciát biztosító, ugyanakkor a középszerűnél lényegesen erősebb hasznossági, valamint egy átlag körüli tudás-státusból fakad. A társadalmi presztízis efféle konstrukciója markánsan építkezik azokból a szociodemográfiai és szocioökonomiai tényezőkből (származás, iskolai végzettség, tanulmányi idő, házassági mobilitás, munkahelyi karriertényezők), amelyek ezt a társadalmi csoportot jellemzik (Vingender – Szalóczy – Pálvölgyi 2018).

EREDMÉNYEK

Az ápolók társadalmi presztízisének KSH által érzékelt és közzétett indikátorai az ápolók gondolkodásában bizonyos mértékben eltérnek. Az ápolók saját társadalmi megítélésüket másként látják, mint ahogy az a valóságban megformálódik.

2. táblázat Egy 100 fokozatú társadalmi presztízshierarchiában (amelyben az 1. helyen lévők a legmagasabb, a 100. helyen lévők a legalacsonyabb presztízsiűek) Ön szerint hol állnak a diplomás ápolók?¹

	Elemzszám	Átlag	Szórás
A gyógyító, betegellátó munkához szükséges) tudás mennyisége és minősége szerint	490	46,05	30,693
Az elért iskolai végzettség szerint	478	43,51	30,332
Gyógyító-betegellátó munkájuk hasznossága szerint	486	42,24	31,385
Az elérhető jövedelem szerint	489	60,54	32,954
A befutható karrier szerint	481	53,32	32,076
A megszerzett munkahelyi hatalom (befolyás, kimondott szavak súlya, utasítási jogkör stb.) szerint	472	50,81	32,072
Az érdekérvényesítés képessége szerint	471	55,32	33,788

Forrás: Saját szerkesztés 2020

¹ A saját kutatásunkban a diplomás ápolók helyzetét mértük, miközben ők az összes ápoló mindössze kb. 10-15%-át teszik ki, mert elemzéseinkben az orvostársadalommal történő összehasonlítás releváns szempont volt, márpedig minden (legtöbb) tekintetben ők állnak legközelebb hozzájuk.



A klasszikus és a mikrocenzusban használt presztízsimdikátorok mellett más mutatókat is alkalmaztunk, ezek további kutatási célokat szolgáltak. Alapvető módszertani különbség volt a két kutatás között, hogy a mikrocenzus nevesítette a besorolandó foglalkozásokat, a miénk csak egy elvi 100-as listát használt. Ugyanakkor meggyőződésünk, hogy a konkrét foglalkozási csoportok megnevezése nem módosítaná jelentősen az eredményeket

Összességében az látható, hogy az egészségügyi szakdolgozók saját presztízsiüket sokkal homogénebbnek minősítik, mint ahogy azt a társadalom látja: a legjobb és a legrosszabb presztízstényező között az ápolók alig 20 helynyi különbséget látnak, míg a valóságban – igaz, 100 szintes skála helyett 173 szinten mérve – 137 szintnyi különbség tapasztalható. Vagyis a teljes struktúrára vonatkoztatva a tényleges 79%-nyi távolság helyett csak 18%-os inkonzisztenciát vélelmeznek. Ez azt jelenti, hogy míg az ápolók egy belső ellentmondásokkal terhelt, de mégis viszonylag konzisztens foglalkozási csoport tükörképét látják magukon, a társadalmi gondolkodás sokkal mélyebb és nagyobb feszültségekkel terhelt szakmát vizionál az ápolók körében. (Igaz, hogy utóbbiban a diplomás ápolók mellett más ápoló foglalkozások is megjelennek, de bizonyosak vagyunk benne, hogy a laikus ápolókép nem túlságosan szofisztikált a végzettségi szint szerinti presztízsmutatók tekintetében. Már csak azért sem, mert a középfokú és a felsőfokú ápolók kompetenciakészlete szinte teljes mértékben megegyezik egymással.)

Más megközelítésben az ápolói munka társadalmi hasznossága a legjobb pozíciótól 6%-nyira van a társadalom megítélésében, az ápolók meglátása szerint viszont 42%-nyira. A kereset, ami a leggyengébb komponense a presztízshierarchiának, 85%-nyira, illetve 60%-ra van a rangsor elejétől. Ami azt tükrözi, hogy az ápolók munkájának erkölcsi-utilitarista megítélése sokkal jobb a társadalomban, mint ahogy azt az ápolók vélik, látják, másrészt azt, hogy a jövedelmi viszonyok megítélése lényegesen rosszabb, mint ahogy az ápolók gondolják. Mindezek ellenére, ami az ápolók presztízisének belső struktúráját illeti, teljes egyezést látunk az egyes presztízstényezők rangsorában.

3. táblázat A társadalom és az ápolók által vélelmezett foglalkozási presztízis komponenseinek struktúrája

Társadalmi megítélés ¹	Ápolók önmegítélése ²
1. hasznosság	1. hasznosság
2. tudás	2. tudás
3. hatalom	3. hatalom
4. kereset	4. kereset

Forrás:

¹ Központi Statisztikai Hivatal (2018): Mikrocenzus 2016

² Saját szerkesztés 2020

E tekintetben tehát az ápolók reálisan látják társadalmi presztízsiük szerkezetét, minden szempontból munkájuk társadalmi hasznossága a legerősebb tényező és keresetük a leggyengébb. (A foglalkozás divatosságát – mivel ezt saját kutatásunkban nem mértük – nem hasonlítottuk össze.)



Végső soron tehát alapvető szerkezetében az ápolók jól látják társadalmi megítélésüket, ugyanakkor a valóságban a társadalmi közösség sokkal jobban becsüli az ápolók által végzett munka hasznosságát és erősebben alulfizetettnek tartja munkájukat, mint ahogy azt a szakdolgozók gondolják. Ez felveti az önértékelés kérdését, vagyis azt, hogy az ápolók hogyan vélekednek az általuk vélt, tapasztalt társadalmi presztízsről, mennyire tartják azt méltányosnak, igazságosnak. Ezért megvizsgáltuk azt is, hogy az ápolók saját megítélése alapján milyen presztízzsel kellene rendelkezniük.

4. táblázat Egy 100 fokozatú társadalmi presztízshierarchiában (amelyben az 1. helyen lévő a legmagasabb, a 100. helyen lévő a legalacsonyabb presztízsrűk) Ön szerint az igazságosság szerint *hol kellene állniuk* a diplomás ápolóknak?

	Elemszám	Átlag	Szórás
A szakmai (gyógyító-betegellátó munkához szükséges) tudás mennyisége és minősége szerint	509	13,59	20,774
Az elért iskolai végzettség szerint	494	14,21	21,320
Gyógyító-betegellátó munkájuk hasznossága szerint	499	12,42	21,306
Az elérhető jövedelem szerint	499	15,60	23,318
A befutható karrier szerint	489	15,32	20,970
A megszerzett munkahelyi hatalom (befolyás, kimon-dott szavak súlya, utasítási jogkör stb.) szerint	489	15,83	21,315
Az érdekérvényesítés képessége szerint	487	14,91	20,613

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Az ápolók véleménye alapján minden presztízsmutatóban teljesen más helyzetet kellene elfoglalniuk, mint ahol valójában vannak. Ebben a kérdésben jelenik meg esszenciálisan a bevezetőben tárgyalt problematika, hogy ti. a társadalmi presztízsz mennyiben csupán egy társadalmi értékítélet és mennyiben maga a társadalmi pozíció. Nyilvánvalóan arról van itt szó, hogy az ápolók egy más társadalmi helyzetet kívánnak maguknak és nem csupán a meglévő státusz másfajta társadalmi megítélését.

A fentebb vázolt társadalmi presztízssztruktúrán nem kívánnak változtatni, lényegében ugyanabban a rangsorban tartják méltányosnak felépíteni társadalmi megbecsültségüket. (Csupán a kereset és a hatalom tényezői cseréltek helyet, de ez a változás is kis léptékben történt.)

Ugyanakkor az egyes presztízsmutatókban a jelenlegitől lényegesen eltérő pozíciót szeretnének kapni. Mindegyikről elmondható, hogy a 100 tagú skálán a legjobb 15-be kívánnak tartozni. Ez az önkép azt sugallja, hogy egyrészt szeretnék a valóságban meglévő státusz, illetve presztízsz-inkonzisztenciát felszámolni, másrészt a jelenleginél lényegesen nagyobb társadalmi megbecsülést és ennek adekvát társadalmi helyzetet tartanának méltányosnak. Ha megvizsgáljuk, hogy az ápolók által megcélzott társadalmi pozíciókban milyen foglalkozási csoportok vannak, akkor azt látjuk, hogy az állatorvosok, vegyészmérnökök, polgármesterek, közjegyzők, európai uniós parlamenti képviselők, államtitkárok, bőrgyógyászok, színházigazgatók és pszichológusok körében tartanak relevánsnak társadalmi helyzetüket és általános presztízszüket. Méltányosnak tekintett foglalkozási közösségképük, társadalmi integráltságuk tehát lényege-



sen homogénebb, mint ahogy a társadalom látja. Azzal, hogy kívánatos helyzetüket „feljebb tolták”, mint ahova a társadalom sorolja őket, egyben leválasztják magukat az alacsonyabban képzett, fizikai munkát végző csoportok köréről.

Az inkonzisztencia–konzisztencia dimenzióban történt változás felveti annak a kérdését, hogy milyen területen milyen fokú változást tartanak szükségesnek. (Ez a téma már közel vizs bennünket az eredeti kérdés megválaszolásához, ahhoz tudniillik, hogy vajon a jövedelmi vi szonyok alakítása elegendő vonzerőt jelent-e a humán erőforrás-krízis megállításához, vissza fordításához.

5. táblázat A presztízstényezőkben tapasztalható eltérés a valós és az óhajtott állapotok között

	Átlag (valós)	Átlag (elvárt)	Változás mértéke
A szakmai (gyógyító-betegellátó munkához szükséges) tudás mennyisége és minősége szerint	46,05	13,59	32,46
Az elért iskolai végzettség szerint	43,51	14,21	29,30
Gyógyító-betegellátó munkájuk hasznossága szerint	42,24	12,42	29,82
Az elérhető jövedelem szerint	60,54	15,60	44,94
A befutható karrier szerint	53,32	15,32	38,00
A megszerzett munkahelyi hatalom (befolyás, kimon dott szavak súlya, utasítási jogkör stb.) szerint	50,81	15,83	34,98
Az érdekérvényesítés képessége szerint	55,32	14,91	40,41

Forrás: Saját szerkesztés 2020

A változásigények több szegmensben leírhatók. Egyrészt igaz, hogy az ápolók a keresetek terén kívánják a legnagyobb mértékű változást. (Ez persze nem egyenértékű a legerősebben óhajtott változással.) A második helyen az érdekérvényesítési képesség növelése áll, ami egy részt nyilvánvalóan összefüggésben áll a kereseti igényekkel, ugyanakkor túl is mutat rajtuk. Olyan potenciált jelent, amely lényegesen mélyrehatóbb változásokat igényel, semmint amit adminisztratív beavatkozásokkal el lehet érni. Hasonlóképpen értékelhető a harmadik legje lentősebb változásigényként megfogalmazott karrierépítési lehetőségek dimenziója. Ezután következik a hatalmi és a tudáskondíciók terén várt javulás, legvégül (bár szintén jelentős mér tékben) a munka hasznossága és az iskolai végzettség terén vizionált pozícióváltás. Az elvárt változások mértéke azt mutatja, hogy a jövedelmek ugyan fontos tényezői a kívánatos társa dalmi pozícióknak (presztízsnak), de közel sem kizárólagosak, az ápolók minden presztízsz tényezőben jelentős előrelépést tartanának indokoltnak.

A legkisebb mértékű változásigénnyel rendelkező faktorban (iskolai végzettség) is a teljes skálán (társadalmi hierarchiában) történő közel egyharmadnyi előrelépést tartanak indokolt nak. Összességében az ápolók szubjektív relatív deprivációja sokdimenziós, összetett jelenség, és összefügg más társadalmi hierarchiatényezőkkel. Az ápolók meglehetősen konzisztensnek látják társadalmi pozíciójukat és a változásokat is hasonló konzisztenciával vizionálják. Ez pe dig arra utal, hogy csupán a jövedelmi státus megváltoztatásával csak státus-inkonzisztenciá jukat és az ezzel kapcsolatos státus-frusztrációjukat lehet erősíteni.



Az ápolók rendelkeznek egy markáns referenciacsoporttal, az orvosokéval. Az orvosok társadalmi fizikai, szakmai és szellemi értelemben is társadalmi miliójuk legfontosabb és legközvetlenebb szereplői. Az egészségügyi intézmények szervezetszociológiai értelemben vett zárt-sága, az orvos-egészségtudományi szakképzettség belterjessége, és a még mindig tapasztalható alacsony fokú nyilvánossága, a rekrutáció szociodemográfiai sajátosságai és számos más tényező eredményezi, hogy az ápolók számára az orvosok jelentik a „releváns másikat” (Berger – Luckmann 1988).

A társadalmi presztízshierarchiában e két foglalkozási csoport meglehetősen távol helyezkedik el egymástól. Ez megmutatkozik a közgondolkodás szintjén és az ápolók önértékelési mechanizmusaiban egyaránt. Ezért releváns kérdésként merül fel az, hogy az orvosokhoz képest hogyan látják helyzetüket és perspektíváikat az ápolók. Amíg tudniillik más foglalkozási csoportokhoz képest nem feltétlenül érzékelik a valós egyenlőtlenségeket, addig az orvosok társadalmi státusjegyei vélhetően megbízható viszonyítási pontok számukra. Másfelől az orvosok társadalmi helyzete olyan konstrukcióval rendelkezik, amelyik megfelelően komplex és sokdimenziós, és nem csak az egyik, vagy a másik indikátorban mutathat relevanciaértéket.

6. táblázat Ön szerint az emberek milyen okok miatt tartják az orvosokat magasabb presztízűnek, mint az ápolókat? (1 = egyáltalán nem játszik szerepet, 7 = nagyon erős szerepet játszik)

	Átlag
Származásuk (előkelőbb családból jönnek)	3,03
Magasabb iskolai végzettségük	6,17
Elit-tudatuk	5,25
Magasabb jövedelmük	5,42
Magasabb szaktudásuk	6,11
Magasabb kulturáltságuk	4,48
Műveltségük	4,64
Autonómbb munkájuk	4,65
Fonendoszkópjuk és más jelképeik	4,35
Több kompetenciájuk a gyógyító munkában	5,56
Vezető-irányító szerepük	5,67
Munkájuk magasabb fokú hasznossága	5,25
Erős érdekérvényesítő képességük	5,13
Az, hogy az egészségpolitikai vezetők is orvosok	4,54
Nagyobb fokú elkötelezettségük a gyógyítás iránt	3,82
Több felelősségük	4,94
Magasabb felelősségtudatuk miatt	4,16

Forrás: Saját szerkesztés 2020



Az orvosok presztízselőnyeit az ápolók elsősorban tudás-tőkájukra vezetik vissza. A magasabb iskolai végzettség és szaktudás kimagaslóan erős tényező akkor, amikor az orvosokkal szembeni depriváltságukat fogalmazzák meg. A tudás-dimenzióban vélt egyenlőtlenség márkáns empirikus alapokon nyugszik: a képzési idő hosszában, a képzéssel szerezhető doktori címben, a közismerten elmélyültebb tudásminőségben és nagyobb tudásmennyiségben objektíválódik az az egyenlőtlenség, amit maguk az ápolók is regisztrálnak.

Szintén erős egyenlőtlenség-konstituáló tényező gondolkodásukban az orvosok hivatásrendi éthosza (elit-tudat, kompetenciaérzés, vezető szerepkörük, munkájuk hasznossága, érdekérvényesítő képességük, felelősségük), illetve jövedelmük. Természetesen ezek az attribútumok is operacionalizálhatók, de a mindennapi életben nem így jelennek meg. Sokkal inkább ideologikus, szellemi auraként keretezik az orvosok image-ét. A munkával elérhető jövedelem viszont látszólag konkrét és egzakt indikátor képét festi. Ugyanakkor tudjuk, hogy a környezet számára ez sem egyértelmű empirikus adottság. Valószínűsíthetően még az ápolók is a hiedelmek és a vélekedések szintjén ismerik csupán az orvosi jövedelmeket. Így ez a presztízsmutató is kényelmesen elfér a többi hivatásrendi indikátor mellett.

A magasabb orvosi presztízis gyengébb magyarázatai közé tartozik kulturális tőkájuk szimbolikus reprezentációinak készlete (műveltség, autonómia, státusz-jelképek, felelősség-tudat, szakmapolitikai beágyazottságuk). A magasabb presztízisben legkevésbé releváns tényezőként pedig a származási kondíciókat tartják.

Tehát az ápolók a szakmai tudás – éthosz – szimbólumok erőterében tekintik az orvosokat magasabb presztízსűnek. Amennyiben a fentiek miatt a jövedelmi egyenlőtlenségek megítélését is betagozzuk az „éthosz” dimenzióba, kiderül, hogy a jövedelem nem a legjelentősebb tényező az ápolók deprivációs modelljében.

A különböző presztízsmutatókon túl a társadalmi megítélés (társadalmi pozíció) stratifikációs mérésében releváns kérdés lehet, hogy összességében milyen más foglalkozási csoportok miliójébe sorolják magukat, kikkel vállalnak sorsközösséget akkor, amikor társadalmi presztízсükéről van szó?

7. táblázat Ön szerint mely más foglalkozási csoport(ok) áll(nak) Magyarországon megbecsültség (jövedelem, presztízс, hatalom, társadalmi hasznosság) szempontjából összességében *nagyon közel az ápolókhoz?*

Foglalkozások	Említések gyakorisága
Bolti eladók	48,4
Nem ápoló egészségügyi szakdolgozók	44,5
Óvónók	29,2
Adminisztrátorok	27,2
Segéd- vagy betanított gyári munkások	24,8
Postások	21,0
Középsiskolai tanárok	19,7
Sofőrök	17,4



A 7. táblázat folytatása

Foglalkozások	Említések gyakorisága
Irodai dolgozók	16,4
Pincérek	16,0
Biztonsági őrök	14,5
Rendőrök	13,4
Könyvtáros	10,6
Víz-gáz szerelők	10,5
Autószerelők	8,2
Mezőgazdasági egyéni gazdálkodók (parasztgazdák)	6,9
Orvosok	3,8
Polgármesterek, önkormányzati képviselők	3,4
Számítástechnikusok, informatikusok	3,1
Ügyvédek	3,0
Főiskolai, egyetemi oktatók, kutatók	3,0
Vállalatvezetők, igazgatók	2,8
Mérnökök	2,2
Adószakértők, könyvelők	1,8
Közgazdászok	1,6
Színészek, zenészek, énekesek	0,9
Újságírók	0,5

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Az ápolók önbesorolása a foglalkozási hierarchiában rendkívül sajátlagos képet fest. Az, hogy más egészségügyi szakdolgozókkal azonosítják magukat, magától értetődő. De a legerősebb identitásérzést a bolti előadók irányában mutatják. Ez a két referenciacsoport kiemelkedő gyakoriságú, helyzetüket, társadalmi megbecsültségüket hozzájuk érzik legközelebbinek.

A második legerősebb referenciacsoportot az óvónők, adminisztrátorok, segéd-, és betanított munkások, valamint a postások alkotják. Minden ötödik ápoló véli úgy, hogy közel azonos státusban van a középiskolai tanárokkal, és minden huszadik, hogy az orvosokkal. Ezek a társadalmi távolságleptékek pontos kifejezői annak a társadalmi pozíciónak, ahova saját magukat sorolják.

Általában elmondható, hogy az egyes foglalkozási csoportok tudástökéje nem releváns szempontja az összehasonlításnak, hiszen a legerősebb és a leggyengébb referenciacsoportokban is találunk felsőfokú végzettségű szakembereket, igaz, fent kevesebbet, mint lent. Ezt azt mutatja, hogy a megszerzett iskolai végzettség, a foglalkozás betöltéséhez szükséges és alkalmazott tudás nem esszenciális kérdése az ápolók társadalmi önmeghatározásának. Ne feledjük, az ápolók 90%-a maga is középfokú végzettséggel rendelkezik. Bár erre utaló egyér-



telmű jelzések nincsenek, de valószínűsíthető, hogy az elvégzett munka társadalmi hasznosságának megítélése az, ami inkonzisztens teszi hierarchikus beágyazottságukat.

Feltételezzük, hogy az ápolók sem alkotnak homogén társadalmi csoportot. Ellenkezőleg, az ápolók rétegét is strukturálják mindazok a szocioökonómiai indikátorok, amelyek más társadalmi csoportokban is belső egyenlőtlenségeket okoznak. Ezért megvilágítjuk azt, hogy milyen belső tagoltságokat látnak foglalkozási csoportjukban maguk az ápolók, milyen tényezőket tartanak fontosnak a belső egyenlőtlenségek kialakulásában, egyben a saját karrieresélyeik kalkulálásában.

8. táblázat Mennyire ért egyet az alábbi megállapításokkal?

(1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyetértek)

Kijelentések	Átlag
Az ápolók iskolai végzettségének, szakmai tudásának szintje meghatározza életszínvonalukat, életviteli lehetőségeiket is.	3,52
Az ápolók beosztása jelentősen befolyásolja életszínvonalukat.	4,10
A jó megjelenésű ápolók könnyebben boldogulnak a szakmai kihívásokkal.	3,22
Az ápolók életkora erős hatással van életkörülményeikre.	3,86
Az ápolók neme döntően befolyásolja az elérhető életszínvonalukat.	2,78
Az ápolók munkahelye (Magyarországon) erősen meghatározza elérhető jövedelmüket.	5,20
Az ápolók szakterülete (milyen osztályon dolgoznak) erősen meghatározza jövedelmüket.	4,44
Az ápolók küllemén tükröződnek életük és sorsuk nehézségei.	4,84

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Az egyértelműen látszik a válaszok gyakorisági megoszlásából, hogy az ápolók sem tekintik saját foglalkozási csoportjukat homogénnek, de az is látható, hogy ezek a differenciáltságot magyarázó elemek sem túlságosan erősek: erősségük a hétfokozatú skála kétharmadánál-felénél helyezkedik el. A legerősebb tagoló tényezőnek a konkrét munkahelyet tekintik, vagyis azt az ellátó intézményt, amelyben dolgoznak. Ugyancsak fontos differenciáló tényező a szakterület (elsősorban a munkakörnyezetét alkotó osztály szakterületi jellege) és a beosztás. Az egyenlőtlenségek legfontosabb okát tehát szakmai-szervezeti keretek között tételezzük, a makrotársadalmi indikátoroknak kevesebb jelentőséget tulajdonítanak. Így a nemi hovatartozást, az iskolai végzettséget, az életkort nem látják releváns hatású tényezőnek. Mindez azt mutatja, hogy a karrierlehetőségeket is főként a szervezeti adottságoktól, a szervezeti struktúrában elfoglalt helyzettől, pozíciótól remélik, nem pedig külső társadalmi hatásoktól. Mindezek alapján az ápolók társadalmi helyzetük rossz minőségét elsősorban nem rendszerszintű problémának, hanem intézményi keretek között kezelhető és orvosolható anomáliának tekintik.



Fontos tényező, hogy a külső megjelenés szerepét ambivalens módon látják: azt nem gondolják, hogy annak meghatározó szerepe lenne a szakmai előmenetelben, ugyanakkor egyetértenek azzal, hogy a végzett munka és az általa determinált életkörülmények rányomják bélyegüket külső adottságiakra. Így tehát ezt a faktort nem oksági, hanem okozati tényezőként kezelik az ápolói életpálya determináltságában.

Végül a társadalmi presztízs ápolói kondícióinak vizsgálatában fontos kérdésnek tekintettük azt, hogy milyen perspektívákat látnak ezen a téren, hogy milyen dimenzióban vizionálnak fejlődési, előrelépési lehetőséget, illetve mely dimenziókban érzik úgy, hogy megrekedtek a társadalmi hierarchia jelenleg elfoglalt pozíciójában.

9. táblázat Az ápolói szakmán belül milyen lehetőségeket lát karrierre az alábbi területeken? (1 = nincs lehetőség, 7 = nagyon nyitottak a lehetőségek)

Szakmai terület	Átlagérték
Beosztásban	2,83
Szakmai presztízsbn	3,11
Feladatkörben	3,45
Jövedelemben	2,12
Befolyásban, tekintélyben	2,83
Szaktudásban	4,10
Hatalomban	2,24

Forrás: Saját szerkesztés 2020

A társadalmi presztízs egyes metszeteiben az ápolók csekély mértékű növekedést prognosztizálnak maguknak. Még a szakmai tudás terén is –, amely dimenzió a legperspektivikusabbnak tűnik számukra – legfeljebb közepes erősségű esélyeket látnak. Hasonlóan mérsékelt fejlődési lehetőségeket vélnék az általuk elvégezhető feladatkörben, itt valószínűsíthetően az ápolói kompetenciák kiterjesztéséről van szó, amely kérdéskör kezdetleges formában, de felmerült a kiterjesztett hatáskörű ápolók kompetencialistájának kapcsán. Feltételezhető, hogy a fentről elinduló ilyen értelmű és tartalmú változásoktól azt várják, hogy ezek az ápolói társadalmi lejtőn elérnek hozzájuk és az alacsonyabb végzettségű és alacsonyabb beosztású ápolók körében is hatással lesznek. Ezek a várakozások azért lehetnek egyelőre illuzórikusak, mert a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) kompetenciái sem rendezettek, számos szakmapolitikai és hivatalos bizonytalanság övezi őket. A rendeleti változások ezen a téren messze nem jelentik azt, hogy az orvosi és egészségügyi társadalom automatikusan legitimálja azokat, az ilyen jellegű innovációk rövidtávon beépülnek a rendszer archaikus szöveibe.

Minden más területen az ápolók közepesnél gyengébb perspektívákat látnak maguk előtt. Ezekről azt lehet megállapítani, hogy a korábban is tapasztalt, fentebb említett konzisztencia jellemző meglátásaikra: közel ugyanúgy zártnak látják társadalmi pozíciójukat minden kérdésben. Bár a jövedelmi prognózisok a legpesszimistábbak, összességben illeszkednek a hatalomban, a beosztásban, a befolyásban várt immobilitáshoz. Arra a kérdésre, hogy anyagilag meg-



éri-e egy ápolónak vezetővé válni, a hétfokozatú skálán 3,18-as átlaggal válaszoltak a megkérdezettek. Tehát nem nagyon. Ez is azt támasztja alá, hogy a beosztás, a befolyás tényezői sem mobilitási faktorok az ápolói életútban.

KÖVETKEZTETÉSEK

Legfontosabb konklúzióink, hogy a társadalom presztízsrangsorában az ápolók minden szempontból középosztályos pozíciót foglalnak el. Elsősorban a művészek és a szakmunkások alkotják azt a miliót, amelyben az ápolók elhelyezkednek. Az egyes presztízis-indikátorok differenciáltan alkotják meg ezt a pozíciót: a jövedelmi viszonyok és a szakma divatossága tekintetében rosszul állnak, a rendelkezésre álló tudás és hatalom dimenziójában középszerű helyzetben vannak, munkájuk hasznosságát viszont a társadalom kiemelkedően magasra értékeli. Az ápolók társadalmi rétegének általános presztízset legerősebben a tudás- és hatalmi kondíciók, legkevésbé pedig a hasznossági mutatók határozzák meg. Mindez egyértelműen magyarázza az ápolók társadalmi presztízisének bonyolult konstrukcióját. Az is megfigyelhető, hogy az eszméitől a konkrét felé haladva egyre gyengül helyzetük megítélése, tehát az ápolói foglalkozásnak a társadalom gondolkodásában erősen ideologikus, absztrakt, eszmei image- van, a konkrét mutatók szerepe lényegesen gyengébb.

Az ápolók saját társadalmi megítélésüket a fentihez hasonló struktúrában látják, de önképük erősebben homogén, a különböző presztízismutatókban kisebb diszcrepanciákat vélelmeznek, mint környezetük. Felfogásukban sokkal kompaktabb a társadalmi helyzetük, mint amilyenek a társadalom látja azt. Különösen munkájuk társadalmi hasznosságát látják rosszabbul megítéltnek, mint amit a társadalom egyébként kinyilvánít. Elvárásaikban szeretnének a társadalom legjobb 15 helyzetébe tartozó foglalkozási csoport lenni, illetve ezt tartják méltányos megbecsülésnek. A komplex státus-változási igényeik elsősorban a kereseti és az érdekérvényesítési dimenziókban kapnak megfogalmazást, ugyanakkor tudás-, hatalmi és hasznossági pozíciójavulást kevésbé igényelnek. Végző soron, annak ellenére, hogy társadalmi helyzetüket konzisztensnek tekintik – inkább, mint a társadalom –, elvárásaikban mégis inkonzisztens változásokat igényelnek, elsősorban a jövedelmi viszonyok és az érdekartikuláció terén. Ebben az értelemben egyébként várakozásaik harmonizálnak a társadalmi megítéléssel, amelyik éppen az elérhető jövedelem terén érzi depriváltnak az ápolók közösségét.

Az ápolók markáns referenciacsoportja az orvosoké. Közvetlen közelségük, munkájuk cél-tételező tartalma, sok tekintetben hasonló szimbólumrendszerűk és képzésük közös metszetei nem csak lehetővé teszik, de kifejezetten aspirálják az összehasonlítást az orvosok helyzetével. Társadalmi presztízisüket elsősorban tudásuk, szakmai éthoszuk és jövedelmük alapján tartják lényegesen magasabbnak. A vélelmezett társadalmi távolság valójában akkora, hogy megszünteti az orvosok referencijellegét. Ezt alátámasztja az a tény is, hogy az ápolók leginkább a bolti eladók társadalmi presztízisével azonosítják magukat. Perspektívaikat illetően nem látnak mobilitási lehetőséget helyzetük javítására, és ennek okát, magyarázatát dominánsan az intézményi működési feltételekben és adottságokban találják, semmint társadalmi tényezőkben.

Összességben az ápolók társadalmi presztízse egy sokdimenziósan feszített erőter: konfliktusok szabdalják a társadalmi és az ápolói presztízis-portfóliókat, az ápolók foglalkozási presz-



tízsmutatóinak rendszerét, a fennálló és az elvárt presztízshelyzetet, a preferált és a referencia-csoportnál elismert presztízsz-indikátorokat, az ápolók által tapasztalni vélt társadalmi presztízsz és önbesorolásuk diverzitását. Úgy tűnik, az ápolók foglalkozási és hivatásrendi étosza nélküli a rendszerszemléletű felépítettséget, a szakma fejlődését inkább ad hoc jellegű hatások és folyamatok, mint logikus és átgondolt eszmék irányították. Ennek az entrópiának számos oka és háttértényezője lehet, van. Ezek elemzése egy másik vizsgálat, tanulmány tárgya lehet, de az elsődlegesen kijelölhető metszete ezen kutatásoknak az ápolói szakma archaikus és művi, önfejlődési és felülről vezérelt, társadalmi folyamatok által determinált és pater-nalisztikusan irányított szakmafejlődési és ennek nyomán hivatásrendi sajátosságai lehetnek.

IRODALOM

- Berger, P. L. – Luckmann, T. (1998): A valóság társadalmi felépítése. Tudásszociológiai értekezés. Budapest: Jóság Kiadó.
- Bourdieu, P. (1978): A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Fónai M. (2009): A Debreceni Egyetem Tehetséggondozó Programjába került hallgatók rekrutációja és a szakok értékelése. In: Karlovitz J. (szerk.): Speciális kérdések és nézőpontok a felsőoktatásban. Budapest: Neveléstudományi Egyesület, 49–65.
- Goldthorpe, J. H. – Hope, K. (1977): A foglalkozások minősítése és a foglalkozáspresztízsz. In: Léderer Pál (szerk.): A foglalkozások presztízse. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Hodge, R. W. – Treiman, D. J. – Rossi, P. H. (1977): A foglalkozási presztízsz összehasonlító vizsgálata. In: Léderer P. (szerk.): A foglalkozások presztízse. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Kincses Gy: Már megint az alapellátás jövőjéről (Alapellátás 3.0) <http://www.asztalfiok.hu/2019/02/mar-megint-az-alapellatas-jovojerol.html> (Utolsó letöltés: 2019. 04. 08.)
- Kolosi T. (1987): A státuszinkonzisztencia mérése. Szociológiai Szemle, 1: 1–20.
- Központi Statisztikai Hivatal – https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc_014a.html (Utolsó letöltés: 2019. 04. 16.)
- Kulcsár R. (1990): Foglalkozások presztízse. Statisztikai Szemle 8–9: 656.
- Léderer P. (1977): A foglalkozások presztízse. Tanulmányok. Budapest: Gondolat.
- Központi Statisztikai Hivatal (2018): Mikrocenzus 2016. A foglalkozások presztízse. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_13.pdf (Utolsó letöltés: 2019. 04. 16.)
- OECD (2015): International Migration Outlook (2015), Paris: OECD Publishing.
- Sorokin, P. (1959): Social and Cultural Mobility. New York: The Free Press.
- Takács P. – Siket A. (2011): Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése. Acta MedSoc, 2: 33–46.
- Tardos R. (2015): Elismerés, presztízsz, kizárás, társadalmi tőke. Replika, 92–93(3–4): 59–76.



- Tóth I. Gy. – Szelényi I. (2018): Bezáródás és fluiditás a magyar társadalom szerkezetében. Adatolt esszé a felső középosztály bezáródásáról. In: Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.): Társadalmi Riport 2018. Budapest: TÁRKI Társadalomkutatási Intézet, 25–46.
- Vingender I. – Szalóczy N. – Pálvölgyi M. (2018): The structural components of the situation of nurses in Hungary. *Developments in Health Sciences*, 1(2): 49–55.