

PIKÓ BETTINA–PICZIL MÁRTA

## „És rajtunk ki segít...?”

Kvalitatív egészségszociológiai elemzés a nővéri hivatásról

Manapság, amikor a szociálpolitikai fórumokon az egészségügy válságáról és a válság kezelésére irányuló reformelképzelésekről hallunk, felvetődik a kérdés: vajon a problémák és a változások közepette hogy érzik magukat az egészségügyi dolgozók? A válasz nem egyszerű, hiszen e szféra a foglalkozási struktúra szempontjából igencsak differenciált. Az orvosok mellett a paramedikális személyzet is egyre inkább fókuszba kerül. Fokozott figyelmet érdemel a nővéri pálya, melynek krízisjelenségei – nővérhiány, fluktuáció – régóta megoldásra várnak. A nővérek olyan területek munkájában vesznek majd részt, ahol alkalmazásuk eddig még nem volt jellemző: ilyenek az iskolák, a népegészségügy vagy a közösségi ellátás.

### A nővéri hivatás múltja és jelene

A nővéri szakma lényegének megértéséhez abból kell kiindulnunk, hogy ún. paramedikális munkaköréről van szó, amely más hivatásokhoz hasonlóan – mint pl. a gyógytornászi, a védőnői vagy a szülésznői – a gyógyító munka köré szerveződött (Blane, 1991). A „paramedikális” elnevezés egyben azt is jelzi, hogy a gyógyítás középpontjában az orvosi hivatás áll, ami nemcsak a szakmai hierarchia csúcsát jelenti, hanem az ellenőrzés-irányítás tekintetében a dominanciát is (Freidson, 1970). E jelenség értelmezéséhez a történelmi gyökerekig kell leásni. A nővéri foglalkozás kialakulása a középkorig nyúlik vissza. Kezdetben a kórházakban – hűen a karitászméjéhez – szerzetesrendek végezték a betegek ápolását. Az ápolási munka egyben az egyén üdvözülési útját is jelentette. A fordulópontot a kórházak szekularizációja hozta meg. A betegek gondozása – hasonlóan az orvosláshoz – világi hivatássá vált, s ezzel háttérbe szorult a nővéri foglalkozás ún. karitatív modellje (Davies, 1980). Ugyanakkor a világi ápolók megbecsültsége rendkívül alacsony volt, míg a rendi ápolók

Köszönetnyilvánítás: A tanulmány a „Nővéri munka magatartástudományi vizsgálata...” c. OTKA F 025070 sz. kutatási projekt keretében készült. A támogatásért a szerzők ezúton is köszönetüket fejezik ki.

továbbra is magas presztízzsel felruházva végezték ápolási tevékenységüket.

Az igazi áttörést a nővéri hivatás terén Florence Nightingale tevékenysége jelentette. Ő a mai értelemben vett ápolónői foglalkozás megalapítójának tekinthető. Az ápolás a karitatív szemléletből életmóddá vált, s egyben elindult a paramedikális tevékenységgé alakulás is, hiszen Nightingale szerint a nővéreknek teljes életmódjukat a betegek gyógyulásának céljába kell állítaniuk, és ehhez az orvos utasításait pontosan végre kell hajtaniuk (Abel-Smith, 1964). Az orvos és a nővér tekintélyvel alapuló kapcsolatát leginkább a katonás rend és fegyelem állandó jelenléte jellemezte. Az ápolás professzionalizálódása is ekkor indult meg. Egyre fontosabbá vált a képzettség, Nightingale és követői nővérképzők alapításával intézményesítették a hivatást. A nővérképző intézmények, amelyek szintén katonai fegyelmet követeltek meg növendékeiktől, többnyire középosztálybeli lányokat vonzottak a pályára. Ez az ápolási modell gyorsan terjedt, nemcsak Anglia-szerte, hanem a többi fejlett ipari országban is. A nővéri hivatás alacsony presztízsét máig meghatározza, hogy míg az orvosi szerepkört tradicionálisan férfiak töltötték be, addig a nővéri szakma a szekularizáció után döntően női munkakörre vált (Mauksch, 1972). Az orvosi szakképzési rendszer máig megőrizte ezt a tradicionális presztízshierarchiát: elsősorban azoknak a területeknek magas a presztízsük, ahol a férfiak vannak számbeli fölényben, mint pl. a sebészet vagy a szülészet-nőgyógyászat, de példaként szolgálhat a tanári pálya elnöiesedése, és így foglalkozási presztízsének csökkenése is.

A századfordulón az orvoslás egyre inkább természettudományos alapokra helyeződött, s ezzel együtt átalakult a kórház intézménye is. Megnövekedtek a nővéri munkával kapcsolatos igények: egyre fontosabbá vált, hogy a nővérek megfelelő iskolázottsággal rendelkezzenek. A nővéri foglalkozásnak fokozatosan képzett hivatássá kellett válnia. Ezt a hivatásbeli modellt főként Amerikában tartották szem előtt, elsősorban itt jelentkezett a megnövekedett ismeretanyag, s a tudományos alapokra szervezett oktatás következtében a nővéri munka differenciálódása. Itt terjedt el legegyszerűbben a főiskolai képzés, amely az ápolást mint önálló tudományterületet is elismerte, saját szakfolyóiratokkal, konferenciákkal, továbbképzésekkel. Mindezek eredményeképpen valamelyest a nővéri hivatás presztízse is megnőtt, amiben az is szerepet játszott, hogy megindult a szakma erőteljes specializálódása (Barribal, 1996). Ez a tény azonban újabb problémát vetett fel: a hagyományos nővéri tevékenységek megbecsültsége a specifikusabb szakmai képzettséget igénylő szakterületekhez képest ma még inkább lecsökkent.

### A nővéri hivatás fejlődésének hazai sajátosságai

A nővéri pálya mellett létrejöttek olyan szakmák – pl. az asszisztensi és az orvosírnoki –, amelyek betöltéséhez már követelménnyé vált az érettségi.

A 20. század első évtizedeiben hazánkban kevés eredménnyel jártak a képzés megoldására irányuló törekvések. A nővérképzés szervezetlen volt, nem épült egységes tananyagra. Emellett az intézményes széttagoltság is súlyosbította a helyzetet. Az egyes intézményekben különböző iskolázottsági szinthez kötötték a felvételt, s ez a tény alapvetően meghatározta a nővérek társadalmi rekrutációs hátterét, az eltérő képzettségi szint pedig befolyásolta az elhelyezkedés lehetőségeit (Molnár, 1989).

A felszabadulás után az ország és az egészségügy újjáépítésében nagy szükség volt a nővérek munkájára. Ebben az időszakban a kórházakban megindult az ágyszám és a munkaerőkapacitás mennyiségi növekedése. A nővérek számának emelkedése mellett

a nővéri szakma heterogenizálódása is elkezdődött. Az ötvenes években végbemenő gazdasági-társadalmi átalakulások egyre általánosabbá tették a nők munkavállalását. A munkaerőpiacra belépő nők számára vonzónak tűnt a nővéri pálya, elsősorban városi munkáscsaládok lányai választották ezt a hivatást, de a falusi parasztcsaládok gyermekei is úgy vélték, ha erre a pályára lépnek, az a társadalmi mobilitás fontos csatornája lehet számukra (Tahin és mtsai, 1979).

A hatvanas-hetvenes években az egészségügyi ellátórendszer fejlődése még inkább felgyorsult, így nőtt a szükséglet a paramedikális személyzet iránt. A nővéri pálya mellett létrejöttek olyan szakmák – pl. az asszisztensi és az orvosírnoki –, amelyek betöltéséhez már követelménnyé vált az érettségi. Ezek a pályák magasabb presztízst biztosítottak, így a nővérek számára társadalmi rétegződésbeli továbblépést jelentettek, a hagyományos nővéri hivatás megbecsültsége ezzel szemben hanyatlott. A kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a szakképzettség és az iskolai végzettség eltérései a nővérek belső társadalmi rétegződését is kifejezik (Jeges és mtsai, 1982). Az „elit csapatot” a hetvenes években az intenzíves és aneszteziológus nővérek jelentették. Ennek oka, hogy ebben az időszakban a kórházi betegellátási technológiában végbement változások a nővéri munkára is erőteljesen hatottak. Módosult a rekrutációs bázis is: elsősorban mezőgazdasági fizikai dolgozók, illetve azok a városi munkáscsaládból származó fiatal lányok választották ezt a szakmát, akik gyengébb tanulmányi eredményeik miatt csak így tudtak továbbtanulni. A további fejlődés, specializálódás igénye azonban hazánkat sem kerülhette el, az igény mind jobban megmutatkozik az ápolási szakma megújulására, átszervezésére (Nánási és Kiss, 1995).

## Humán segítség, stresszterhelés, kiégés

A segítő foglalkozásúak, így az egészségügyi dolgozók, szociális munkások, pedagógusok, pszichológusok, lelkeszek munkájának lényegi része a humán segítség (Temesváry és mtsai, 1996). Az emberekkel való foglalkozás, a beteg, kiszolgáltatott emberek segítése jelentős vonzerő a pályaválasztásban a karitatív attitűddel megáldott fiatalok számára (Muldoon és Kremer, 1995). Az emberek segítése sok pozitív érzés forrása, ugyanakkor meglehetősen nagy pszichikai megterhelést is jelent. A nők munkájának alapvető részét képezi a humán segítség, ily módon tevékenységük során gyakran találkoznak pszichikai megterhelést jelentő helyzetekkel.

A segítő foglalkozásúak stresszterhelésével kapcsolatban gyakran emlegetett jelenség az ún. kiégés szindróma, amely attól keletkezik, hogy a betegekkel, hajléktalanokkal, haldoklókkal, fogyatékosokkal, mentális betegekkel való foglalkozás során a szakemberek az őket érő pszichikai hatásokat nem a megfelelő módon dolgozzák fel, s ennek pszichikai anomáliák a következményei. A fogalom a hetvenes években Freudenberger (1974) írásai óta került be a nemzetközi szakirodalomba, a hazai köztudatban azonban csak több éves, évtizedes késéssel honosodott meg. Maga a szindróma a krónikus érzelmi megterhelések nyomán fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapotát takarja, melynek következménye az elszemélytelenedés, az inkompetencia érzése. Ez az általános negatív életérzés kihat a munkavégzésre és a társas kapcsolatokra is (Fekete, 1991). Freudenberger ezt a tünetegyüttest önsegítő közösségek tagjainál, krízisintervenciók központok és egészségügyi intézmények dolgozóinál figyelte meg, de később ugyanezt a tünetegyüttest észlelték más segítő foglalkozásúaknál is, pl. pedagógusoknál vagy lelkeszeknél.

Freudenberger után pár évvel Schmidbauer (1983) foglalkozott behatóan a jelenséggel, amit Helfer-szindrómának nevezett el. Ennek lényegét abban látta, hogy az emberi problémákkal való foglalkozás ára a segítő saját pszichikai egyensúlyának felbomlása. Minél inkább merev életformává, szükségletté alakul a másokon való segítség kihívása, a segítő számára annál nagyobb a veszélye annak, hogy saját lelki egyensúlyának karbantartását elhanyagolja.

Maslach (1982) kutatásai válaszvonalat jelentettek a kiégés vizsgálatában, mivel ahhoz a felismeréshez vezettek, hogy itt egy többdimenziós jelenségről van szó. A maslachi modell középpontjában a kiégés következő meghatározása áll: a tünetegyüttes egy krónikus érzelmi és interperszonális stresszfolyamatokra adott válaszreakció. Bár egyéni stresszérzékelésről van szó, az csak a munkahely szervezeti, a társas kapcsolatokat is magába foglaló kontextusában értelmezhető

A segítő foglalkozásúak stresszterhelésével kapcsolatban gyakran emlegetett jelenség az ún. kiégés szindróma.

(Maslach és Jackson, 1981). Az érzelmi kimerülés, az energiavesztés érzése mellett az új modell kiemelte az elszemélytelenedést, ami gyakran éppen a kimerültség következtében, énvédő funkcióként lép fel. Az elszemélytelenedés együtt jár a munkába vetett hit megrendülésével, súlyosabb esetekben pedig cinizmus és dehumanizálódás következik be. A személyes kompetencia érzésének csökkenése pedig a hatékonyság felfüggesztődésébe, sőt akár alacsony önértékelésbe és depresszióba torkollhat. Maslach és munkatársai (1996) a jelenség leírásán túl az okok feltárását is hangsúlyozták. Megállapították, hogy a kiegésző kialakulására egyrészt egyéni – személyiség-, képesség-, készségbeli –, másrészt munkaszervezeti tényezők hajlamosíthatnak, mint pl. a kiszolgáltatottság a döntéshozóknak, a kontroll és az autonómia alacsony szintje, valamint a társas kapcsolatokból eredő konfliktusok és a stresszel való megküzdés nem megfelelő stratégiáinak alkalmazása. Mindezek előrevetítették a megelőzés lehetséges módozatait is.

### Munkahelyi stressz a nővéri hivatásban

Ha a nővéri hivatást, a nővérek munkakörülményeit és a szakma szervezeti jellemzőit tekintjük, megállapíthatjuk, hogy ebben igen sok a lehetőség a stresszhelyzetek kialakulására. Ezek egy része a munka jellegéből fakad, mint pl. a több műszak szükségessége, az ügyeleti rendszer, a nagyfokú felelősség és adaptációs készség, a fizikai és pszichikai szempontból megerőltető munka. Más részük viszont a formális és informális személyközi kapcsolatokból, azaz a pszichoszociális munkakörnyezetből ered (Wheeler és Riding, 1994). Ez utóbbi jelentőségét kutatások sora igazolta, amelyek eredményeként kimutatták, hogy a fokozott fizikai és pszichikai veszélyekre számítanak az itt dolgozók, de a nem megfelelő társas interakciók gyakrabban érik őket felkészületlenül. Emiatt a társas támogatás elégtelensége az egyik legfőbb stresszforrás (Stewart és Arklie, 1994). Bebizonyosodott: az intenzív ápolási egységekben vagy műtétes osztályokon dolgozók munkatechnológiai stresszterheltsége nem fokozott, éppen ellenkezőleg: az ilyen beosztású nővérek stresszterheltsége alacsonyabb, és munkájukkal is elégedettebbek, mint a nem intenzív ápolási igényű munkahelyeken. Magyarozatként a világos feladatmeghatározást, a nagyfokú autonómiát és kontrollt, a pontos szerepkijelölést említették, és azt, hogy úgy érzik, az ő hozzájárulásuk a betegek állapotának javulásához igen jelentős és látványos (Boumans és Landeweerd, 1994).

A több műszak az ápolás szükséges követelménye, hiszen olyan szakterületről van szó, ahol a napi 24 órás igénybevétel, az állandó készenlét nélkülözhetetlen a gyógyulás érdekében. Az ügyeleti rendszer azonban különböző fizikai és pszichikai megterheléseket okozhat, hiszen a természetes biológiai ritmus felborítását vonja maga után, ezért a nővérek és más egészségügyben dolgozók stresszterheltségének vizsgálatában kiemelt helyen szerepel. Az egészségügyi kö-

vetkezmények mellett a szociális hatásokról is szólnunk kell, hiszen a társas kapcsolatokat és a családi élet szervezését is megnehezíti a többműszakos munkakör ellátása. Mindezek fokozottan sújtják a nőket, hiszen ők nemcsak a családi élet összetartó erejét képviselik, hanem élettanilag is kevésbé tolerálják a biológiai ritmus ártrendeződését (Escriba-Agüir és mtsai, 1993).

A stressz és a következményes kiégés sajátosan nyilvánul meg a nővéri hivatásban. Olyan munkakörrel van szó, amelyben a stressz hatása a munkateljesítmény romlásában nem megengedett, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció, a pályaelhagyások jelzik a problémát (Leppanen és Olkinoura, 1987). A stresszreakció rövid távú figyelmeztető jelei, így a szorongás, a koncentrációcsökkenés, az elkeseredettség, a harag már utalhatnak a kezdődő burnout tünetegyüttes veszélyére (Margolis, 1974). A stressz idejében megkezdett kezelésével a burnout kialakulása megelőzhető.

A több műszak az ápolás szükséges követelménye, hiszen olyan szakterületről van szó, ahol a napi 24 órás igénybevétel, az állandó készenlét nélkülözhetetlen a gyógyulás érdekében.

### A vizsgálat módszertana

Jelen tanulmányunk célja, hogy a Csongrád megyei nővérek körében végzett kérdőíves vizsgálatunk (Pikó és Piczil, 1998; Pikó, 1999; Pikó, megj. alatt) kiegészítéseként elkészített interjúk segítségével elemezzük az ápolónők munkával való elégedettségével, hivatásuk jellegével, munkahelyi körülményeikkel kapcsolatos problémákat. A vizsgálat során 51 félig strukturált interjú készítettünk Szeged klinikai és kórházi osztályain dolgozó nővérekkel. A megkérdezettek (2 férfi és 49 nő) átlagéletkora 30 év volt, akik 20 különböző kórházi osztályon, illetve az egészségügy más ápolási területein dolgoztak. A nővérek zömmel egészségügyi szakközépiskolai végzettségűek voltak, többen már szakápolói szakképesítéssel rendelkeztek, és volt főiskolai végzettségű is a mintában.

A módszer előnyeit abban láttuk, hogy az (önkitöltéses) kérdőívvel szemben kevésbé voltak behatároltak a válaszlehetőségek, így árnyaltabb és mélyrehatóbb képet kaptunk egy adott problémacsoporttal kapcsolatban. A kvantitatív vizsgálat által felszínre hozott problémák ugyanis további elemzést igényeltek, hiszen mélyebb összefüggések csak így váltak megismerhetővé, mint pl. annak feltárása, hogy a nővérek munkahelyi problémáik megoldására milyen stratégiákat mobilizálnak. A kvalitatív elemzés legfontosabb értéke, hogy az esetorientáltság segítségével feltárhattuk az egyéni látásmódokat, a munkahelyi problémák szituatív és társas kontextusait.



## Eredmények

Az interjú központi kérdése az volt, hogy melyek a leggyakoribb stresszforrások a megkérdezettek munkahelyén. Leggyakrabban a nővérek egymás közötti nézeteltérései, a viták vezetnek feszültséghez. Emellett fontos stresszforrás az orvos–nővér közötti kapcsolat is. A nővérek szerint gyakran állnak a háttérben kommunikációs zavarok, de a pontos információ hiánya is növelheti a feszültséget. Több nővér jelezte, hogy a vizitek légköre szorongásra ad okot, félnek az ilyenkor

Több nővér jelezte, hogy a vizitek légköre szorongásra ad okot, félnek az ilyenkor gyakran előforduló nyilvános megszégyenítéstől. Visszatérő probléma, hogy a gyógyító folyamatban az orvos nem tekinti partnernek a nővért.

gyakran előforduló nyilvános megszégyenítéstől. Visszatérő probléma, hogy a gyógyító folyamatban az orvos nem tekinti partnernek a nővért. Az állandó túlterheltség, a beosztásból adódó nehézségek, a nővérhiány fokozhatják a feszültséget. Említést kell tenni a főnök–beosztott viszony visszásságairól, ez esetünkben a főnővér–nővér relációban jelenik meg. A főnővér rossz kedve, esetleg durva hangneme megkeserítheti a munkanapot. A nővérek a stresszforrások felsorolásakor feltétlenül említésre méltónak tartották az anyagi, erkölcsi megbecsülés hiányát, a gyógyszer- és eszközhiányt, valamint a rossz szervezésből adódó konfliktushelyzeteket.

A következő szempont a feszültség oldásának módjaira koncentrált. Legtöbbször a kollégákkal beszélnek meg problémáikat, informális szinten (pl. műszak után az öltözőben vagy hazafelé sétálva). Az orvos–nővér közötti konfliktust sem mindig sikerül tisztázni, bár – mint azt már az előbbieken említettük – ez az egyik leggyakoribb stresszforrás:

*„Igyekszem tisztázni a problémát, ha nagyon fontos, megbeszélés alapján... Bár kevés az az orvos, akivel meg lehet beszélni a felmerülő gondokat. Ilyen esetekben nem tekintik a szakdolgozót partnernek, érvényesül az alárendelt szerep” (38 éves nővér).*

Sokan hazaviszik a problémát, otthon a „legtöbbször laikus” férj, vőlegény, gyerek, szülő, barát hallgatja meg a sérelmeket, és próbál tanácsot adni:

*„A férjem megért, de megoldást ritkán javasol” (31 éves nővér).*

*„Otthon segítséget nem kapok, mert aki nem dolgozik az egészségügyben, el sem tudja képzelni és hinni, hogy milyen állapotok vannak” (27 éves nővér).*

Többször próbálnak alkalmazkodni a helyzethez, bár az állandó adaptáció újabb stresszforrás lehet:

*„Próbálok mindenki személyiségéhez alkalmazkodni... Megtalálni a megfelelő hangnemet... Túl sokat nyelni, véleményt nem nyilvánítani, kicsit már gépiesen tenni a dolgomat” (31 éves nővér).*

Többször választják azt a megoldást, hogy nem vesznek tudomást a feszültségről. Ez az elfojtás azonban újabb feszültségek forrása lehet.

Sajnálatos módon szerepel a feszültségoldás módozatai között a dohányzás, a nyugtatók szedése, a sírás, kiabálás, agresszió is:

„Az otthoni problémákat beviszem a munkahelyemre, a munkahelyit pedig hazaviszem. Mindkét helyen találok egy balekot, akin kitölthetem a haragomat, ami abból áll, hogy elkezdek kiabálni, veszekedni. Nagyon jó megoldás lenne, ha valakivel ezt meg lehetne beszélni, de ilyen ember... szakember nincs se otthon, sem pedig a munkahelyemen” (23 éves nővér).

Végül vannak, akik szintén kerülő úton, de megnyugtatóbb módon szabadulnak meg a feszültségtől: tv-nézés, olvasás, házimunka és egyéb szabadidős tevékenységek segítségével. Ilyen előzmények után nem meglepő, hogy a megkérdezettek közül 42 fő szívesen fogadná az osztályon egy pszichológus jelenlétét, bár többen kételyeiknek adtak hangot:

„Szükségesnek tartanám, de gondolom, az egészségügyi dolgozók közül senki nem venné igénybe a széken miatt... egy orvos vagy nővér az nem beteg” (37 éves nővér).

„Az osztályon éppen nem is, de egy ún. intézeti pszichológust igenis szükségesnek tartanék. Félévente kötelezően meg kellene nála jelenni. Ő összegezné a hallottakat és bizonyos betegségekre gyanús munkatársat be tudna idézni magához, és a kellő kezelést fel tudná ajánlani. Egy fekvőbeteg-intézeti osztályon pedig szükség lenne osztályos pszichológusra, akinek a betegek el tudnák panaszolni a sérelmeiket, féltelmeiket” (28 éves nővér).

Sokak szerint az esettmegbeszélő csoport szervezése is megoldást jelenthetne:

„Igen, biztos hamarabb találnánk megoldást a problémákra. A feszültséget oldaná, talán kevesebben hagynák el a pályát” (31 éves nővér).

Van, aki nehézséget lát a megvalósításban:

„Talán jó volna, de sem ember, sem idő, sem energiánk nincs rá a jelenlegi helyzetben” (28 éves nővér).

Ezután megkértük a nővéreket, hogy egy olyan esetről tudósítsanak bennünket, amely a közelmúltban történt munkájuk kapcsán, és amely jelentős lelki feszültséggel, megterheléssel járt. Az esetleírások ismét beszámoltak az orvos-nővér, nővér-nővér konfliktusról, többen említették azonban azt is, hogy túlságosan bevonódnak a betegekkel kapcsolatos problémákba, mélyen megérinti őket a szenvedés látványa. A halál tényének elfogadása is nehéz, ezt az élményt szintén gyakran fojtják magukba a nővérek:

„A saját 14 éves fiammal azonos korú, hozzá még személyiségjegyeiben is hasonló fiú agydaganat-eltávolítás után nem sokkal a kezeim között halt meg... Megoldás? Egyelőre nincs. Majd az idő” (44 éves nővér).

„Egy beteg exitált, úgy éreztem, hogy régóta ismertem. Pedig nem... Úgy éreztem, mintha egy rokonom lett volna... Kedves volt és aranyos a néni, teljesen a szívembe zártam. Nehéz, mert több napig vele álmodtam, de talán elmúlik ez az érzés” (24 éves nővér).

A feszültség csökkentésének egyik lényeges módja a kollegiális szupportív rendszer. A legtöbben szívesen segítenének új munkatársuknak a beilleszkedésben: tudás átadásával, a munkarend, munkafolyamatok és helyi szokások bemutatásával, megismertetésével.

„Segíték a saját tudásomnak megfelelően az új kollégáknak, mivel nekem



*nagyon rossz volt a munkakezdés, és ezt nem akarom senkinek visszaadni. Sajnos, aki engem betanított, elfelejtette, hogy volt ő is kezdő, és ő sem tudott mindent a kezdet kezdetén. Én ezt próbálom elkerülni, és mindent elmondani, ami tőlem telik” (21 éves nővér).*

Azoknak az osztályoknak a sorában, ahol nem dolgoznának szívesen a nővérek, első helyen a belgyógyászat áll. Ezt követi a krónikus belosztály („elfekvő”).

Befejező kérdéseinkben arról érdeklődünk, hogy a megkérdezettek mely osztályokon dolgoznának a legszívesebben, illetve hol nem látnának el szívesen nővéri teendőket. A válaszadók leginkább az újszülött osztályokon dolgoznának, a babákkal való foglalkozás azért is kedves foglalatosság számukra, mert ezek a gyerekek még nem betegek. Második és harmadik helyen a sebészet és az intenzív terápiás osztály áll. Mindkét helyen érdekes és változatos a munka, és mivel ezeken az osztályokon magas szintűek a szakmai követelmények, korszerűek a felszerelések, ezért sokat lehet tanulni. Traumatológián is többen dolgoznának szívesen, elsősorban

azért, mert itt látványos a betegek gyógyulása, szemmel látható, hogy van értelme a munkának. Azoknak az osztályoknak a sorában, ahol nem dolgoznának szívesen a nővérek, első helyen a belgyógyászat áll. Ezt követi a krónikus belosztály („elfekvő”). Ezeken a helyeken hiányzik a sikerélmény, egyhangú, monoton a munka, a nővérek elfásulnak. A szenvedés látványa megviseli az itt dolgozókat, a halálélmény mindennapos, az elmúlás gondolatát pedig nem tudják feloldozni. Hasonló okok miatt hátrítják az onkológiai osztályokon való munkát is. A gyermekosztályokon a beteg gyerekek látványa teszi népszerűtlenné a munkát. A nővérek véleménye szerint a munkával kapcsolatos elégedettséget, illetve elégedetlenséget befolyásolja az osztály légköre, a műszakbeosztás, a fizetés mértéke, de azt is fontosnak tartják, hogy megfelelő legyen az ellátottság, elegendő gyógyszer és kötszer álljon rendelkezésre, és a végzett munka sikerélményt adjon.

A jelen helyzetről kapott kép teljességéhez befejezésként figyelemre méltónak találtuk az egyik válaszadó megjegyzését:

*„Azt hiszem, az egészségügyben már csak megszállott és mazochista emberek dolgoznak, akik kenyéren és vízen elvannak. Ki kell szolgálnunk az orvosokat, a betegeket, és mindenki mást, aki rangban felettünk áll. A mi lelkünkkel ki foglalkozik? Csak egymásra számíthatunk.”*

### A jövő?

A külföldi és hazai kutatási kísérletek és tapasztalatok azt mutatják, hogy jobb munkaszervezéssel, a stresszfeldolgozás hatékony módszereinek kidolgozásával és aktív gyakorlásával enyhíteni lehet a problémákon. Ami a magyarországi helyzetet illeti, az alap kutatások ered-

ményeire támaszkodva, a pszichoszociális munkakörnyezet és az egyes szakmák közötti kapcsolatok javításával jelentős változásokat lehetne elérni, hozzájárulva ezzel az egészségügy válságának enyhítéséhez. Míg azonban a profitorientált cégek világában a stresszmenedzsment a munkaszervezés fontos eleme, addig az egészségügyi intézmények világa erről nem akar tudomást venni. A magánvállalatok rájöttek, hogy a stresszfolyamatok kihatnak a munkateljesítményre, a munkaelégedettségre, a kreativitásra, az innovációra. Az állami vállalatoknál hiányzik az érdekeltség, emiatt a humán erőforrással való foglalkozás is csak a legszükségesebbre szorítkozik, és negligálja a pszichoszociális munkakörnyezet körülményeinek javítását. A külföldi tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a változások előbb-utóbb teret követelnek maguknak. Átalakulóban van az orvosi és a nővéri szakma, és átalakulóban van a betegszerep is. Ez a változás pedig meg fog jelenni az orvos-nővér, az orvos-beteg és a nővér-beteg kapcsolatban egyaránt. A szerepkapcsolatok terén Allen (1997) valóságos evolúcióról beszél, aki szerint a változás olyan gyökeres, hogy a nővéri hivatás sajátos autonómiájához vezet el. Ez azonban a fejlettebb, nyugati államok egészségügyi rendszereiben zajló folyamat, amitől a hazai egészségügy még igen messze áll. Tudatosan azonban meggyorsíthatjuk a kedvező jelenségek beépülését, aminek eléréseért a kórházmenedzsment sokat tehet. Hiszen az orvosi dominancia egyben a beosztottakért vállalt felelősséget is jelenti.

## Irodalom

- Abel-Smith, B. (1964): *The hospitals 1800–1948*. Heinemann, London.
- Allen, D. (1997): The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health and Illness* 19, 498–520.
- Barribal, K. L. (1996): Participation in continuing professional education in nursing: findings of an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 23, 999–1007.
- Blane, D. (1991): Health professions. In: Scambler, G. (ed.): *Sociology as applied to medicine*. Bailliére Tindall, London. pp. 221–235.
- Boumans, N. P. G., Landeweerd, J. A. (1994): Working in an intensive or non-intensive care unit: Does it make any difference? *Heart & Lung* 23, 71–79.
- Davies, C. (1980): *Rewriting nursing history*. Croom Helm, London.
- Escriba-Agüir, V., Perez-Hoyos, S., Bolumar, F. (1993): Effects of work organization on the mental health of nursing staff. *Journal of Nursing Management* 1, 3–8.
- Fekete S. (1991): Segítő foglalkozásúak kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 6, 17–29.
- Freidson, E. (1970): *Professional dominance*. Atherton, New York.
- Freudenberger, H. J. (1974): Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30, 159–165.
- Jeges S., Füzesi Zs., Tahin T. (1982): Az egészségügyi szakdolgozók szakmai és társadalmi differenciálódása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 20, 48–69.
- Leppanen, R. A., Olkinoura, M. D. (1987): Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 13, 1–8.
- Margolis, B. L., Kroes, W. H., Quinn, R. P. (1974): Job stress: An unlisted occupational hazard. *Journal of Occupational Medicine* 16, 659–661.

## SZOCIÁLIS MUNKA

- Maslach, C. (1982): Burnout: The cost of caring. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981): The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2, 99–113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996): Maslach Burnout Inventory manual (3<sup>rd</sup>. Edition). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Mauksch, H. (1972): Nursing: Churning for a change? In: Freeman, H. E.–Levine, S.–Reeder, L. G. (eds.): *Handbook of medical sociology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. pp. 206–230.
- Molnár L. (1989): Az egészségügyi szervezet szociológiája. Bevezetés. In: Molnár L. (szerk.): *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest. 137–139.
- Muldoon, O. T., Kremer J. M. (1995): Career aspirations, job satisfaction, and organizational commitment for nurses. *Journal of Psychology* 129, 643–649.
- Nánási J., Kiss F.-né. (1995): Kórházi és klinikai ápolási oktatóegységek szervezése. A gyulai modell. *Lege Artis Medicinae* 5, 234–240.
- Pikó B. (1999): Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 119, 156–162.
- Pikó B. (1999): Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízisének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37, 79–89.
- Pikó B., Piczil M. (1998): Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8, 728–734.
- Schmidbauer, W. (1983): *Helfer als Beruf*. Rohwolt, Hamburg.
- Stewart, M. J., Arklie, M. (1994): Work satisfaction, stressors and support experienced by community health nurses. *Canadian Journal of Public Health* 85, 180–184.
- Tahin T., Makó Cs., Jeges S. (1979): Az egészségügyi ellátás néhány szociológiai problémája. *Társadalomtudományi Közlemények* 9, 37–50.
- Temesváry B., Pataki O., Kalmárné Csőke M., Zimányi M. (1996): Segítőfoglalkozásúak továbbképzése. *Lege Artis Medicinae* 6, 752–759.
- Wheeler, H., Riding, R. (1994): Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing* 3, 527–534.