

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Interdiszciplináris Kutatócsoport

Célja:

Célja az ápoló szakmával kapcsolatos tudományos kutatások

Tagjai:

Ujváriné Dr. Siket Adrienn főiskolai docens a kutatócsoport vezetője (Ápolástudományi Tanszék)

Dr. Sárváry Attila főiskolai tanár (Ápolástudományi Tanszék)

Dr. Takács Péter főiskolai docens (Egészségügyi Informatikai tanszék)

Dr. Betlehem József PTE ETK

Hajduné Demcsák Livia gyakorlati oktató (Ápolástudományi Tanszék)

Radó Sándorné gyakorlati oktató (Ápolástudományi Tanszék)

Dr. Zrínyi Miklós kórházi üzletágvezető, TEVA Magyarország Zrt.)

Dr. Becka Éva OALI

Csikós Péter igazgató Nyíregyházi Egészségügyi Alapellátási Igazgatóság

Kálmánné Simon Mária MESZK

Móricz Istvánné JAON

Jelenleg folyó vizsgálatok:

1. Pályaválasztás, ápolói tanulmányok, ápolói munka, pályaelhagyás, migrációs szándék vizsgálata
2. A közösségi ápoló tevékenysége, élet és munkakörülményei, kompetenciáinak vizsgálata az alapellátásban, egészségtanácsadás - Magyarországon és nemzetközi kitekintésben

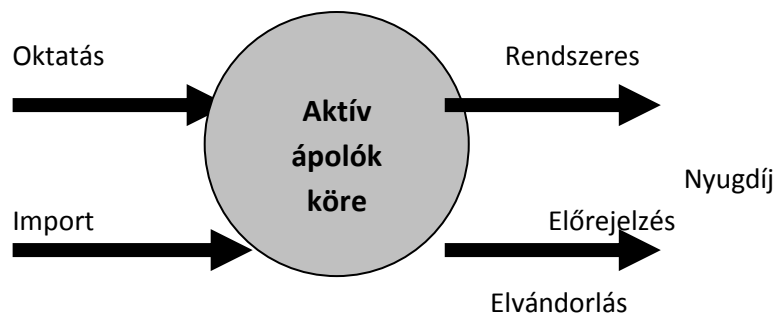
Eddigi eredmények:

Pályaválasztás, ápolói tanulmányok, ápolói munka, pályaelhagyás, migrációs szándék vizsgálata - főbb eredmények:

Pályaválasztás és elvándorlás: Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő-piacon

Az egészségügyi rendszer, a felsőoktatás, és maga a társadalomszerkezet folyamatos átalakulása egyre komolyabb feszültségeket hoz felszínre az ápolás jövőjével kapcsolatban. Noha az ápolás presztízse sosem volt a magyar társadalom megbecsültségi mutatóinak csúcán, egykoron elképzelhetetlen lett volna arról hallani, hogy az egészségügyi struktúraváltás ápolói áldozatokat követel majd. Miközben takarékosági szempontok miatt

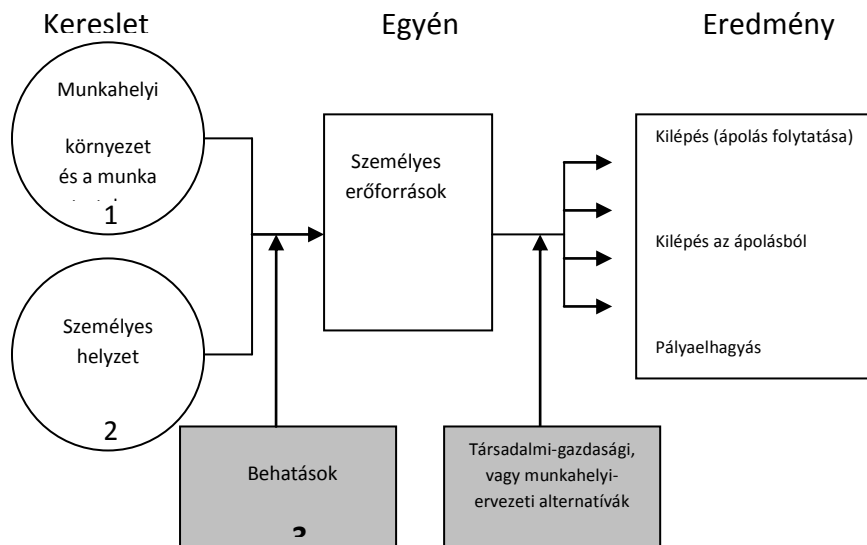
egyres területeken leépítésekkel reagálnak a munkaadók a rájuk eröltetett közgazdasági kényszerre, addig a másik oldalon fokozatosan hatalmasodik el a szakképzett és kompetens ápolók hiánya. Évek óta csökken az újonnan ápolást választó hallgatók létszáma, hogy a képzést elkezdők egyre szignifikánsabb része már nem fejezi be tanulmányait, hogy a belső migráció (más szakmába vagy a magyar munkaerőpiac más területén való elhelyezkedés) mellett a külföldre történő elvándorlás is kezdi felvetni a fejét az ápolók körében. Az egyik, talán legfőbb problémát az jelenti, hogy nincsenek megbízható adataink sem, amelyekre hivatkozni lehetne az elvándorlással kapcsolatban. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2004-ben közgyűlési határozattal erősítette meg a humánerőforrás kérdés, azon belül pedig a migráció kezelésének globális fontosságát (WHO, 2004). Az időzített bombához a töltetet ugyanis az Egyesült Államok szolgáltatja, ahol a következő 20 év során az aktívan dolgozó ápolók közel 50%-a vonul nyugdíjba, azaz 800 ezer ember válik ki az egészségügyből (Buerhaus, 2000). Pótlásuk csak ápoló importtal lehetséges, az amerikai képzési rendszer ilyen rövid idő alatt nem tud ennyi ápolót újratermelni. Az import egy része, a nyelvi készségek és a magasabb amerikai bérek miatt Angliából érkezik majd, ami azt is jelenti, hogy Angliának más európai országokból, így akár hazánkból kell majd munkaerőt elszívnia. A helyzet komolyságára tekintettel az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) nemzetközi konferenciát rendezett a globális elvándorlás témakörében, amely konkrét ajánlásokat fogadott el a tagországok részére (ICN, 2005). Az Európai Unió is elindított egy vizsgálatot NEXT néven (Ápolók Korai Pályaelhagyása), amely 10 európai országban, több mint 70 ezer résztvevő segítségével keresett választ arra, hogy milyen utánpótlása lesz az ápolói szakmának a következő évtizedekben (Next, 2005). Széles körben gyűjtött adatokra támaszkodva tett ajánlásokat az Unió Tanácsának 2005-ben az ápolókérdés európai szintű kezelésére. A NEXT- felmérés módszeres megközelítéssel vizsgálta azt a problémát, ami az ápolók munkaerő hiányát okozza, a lehető legrosszabb elképzeléstől megközelítve azt, a szakma idő előtti elhagyásától. A NEXT tanulmány elméleti modelljében „inputként” jelenik meg a képzésből érkezők, és a külföldről importált ápolók tömege (1. ábra).



1. ábra: A NEXT tanulmány elméleti modellje (NEXT, 2005)

Mindezek alkotják az aktívan szakmájukban dolgozó ápolókat, akikből nyugdíjazással és korai pályaelhagyással válnak ki a távozók. Szerencsés esetben az input oldalon jóval nagyobb a beáramlás, mint az output oldalon a távozó ápolók száma. Ez az absztrakt modell a 2. ábrában nyer konkrét értelmezést. Az ábra bal oldaláról indulva látjuk a munkahelyi környezet és a munka tartalmának (1), valamint a személyes helyzetnek (2) a szerepét. Ezeket különböző behatások érik (3). Ezek vagy fokozatosan adódnak össze az idők során, vagy hirtelen élményre alakulnak ki. Ezek a behatások alakítják a személyes erőforrásokat is (4), köztük szerepel az életkor és egészségi állapotunk is. Az előbbiekhöz adódnak hozzá társadalmi-gazdasági, vagy munkahelyi-szervezeti alternatívák (5), amelyek együttesen

határozzák meg, hogy szándékunkban áll-e maradni vagy menni, és végül maradunk a pályán, vagy elhagyjuk az ápolást (6).



2. ábra: A Next – felmérés módszertana (NEXT, 2005)

A NEXT-vizsgálat leírta és elemezte az európai ápolói személyzet munkahelyi körülményeit, megállapítja azokat az okokat, amelyek miatt az ápolók fontolgatják a szakma elhagyását. Megfogalmazta a szakma korai elhagyásának okait, beazonosította a korai elhagyás rizikócsoportjait, tanulmányozza a korai pályaelhagyás egyénre és az intézményre tett hatását.

2008-ban kiadásra került az Európai Bizottság Zöld Könyve is, (Green Paper on the European Workforce for Health - Zöld könyv az európai egészségügyi dolgozókról) amely kiemelt fontosságúvá teszi az európai egészségügyi munkaerő és az Európán belüli elvándorlás jövőjét (Európai Közösség Bizottsága, 2008). Ebben az Európa Tanács összefoglalta azokat az Európai Unió (EU) egészségügyi dolgozói előtt álló kihívásokat, amelyek az összes tagállamban közhözök. Ilyen kihívások a demográfiai kérdésköre (öregedő népesség és egészségügyi dolgozók), ami azt jelenti, hogy a rendszerbe nem lép be elegendő fiatal ahhoz, hogy helyettesítse a kilépőket, az egészségügyi dolgozók sokfélesége; az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára, az egészségügyi szakemberek EU-n belüli és EU-n kívülre irányuló vándorlása; az EU-n belüli egyenlőtlen mobilitás, különösen egyes egészségügyi szakembereknek a szegényebb tagállamokból a gazdagabbakba történő mozgása, valamint a harmadik országokból történő egészségügyi agyelszívás. Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság (EGSZB) 2009-ben megfogalmazta véleményét, a Zöld Könyvről. Kiemelte a színvonalas szakemberképzés, továbbképzés jelentőségét. Hangsúlyozta a szociális partnerek és a társadalmi párbeszéd szerepét az egészségügyi dolgozók munka és bér feltételeinek kialakításában, valamint a szociális szakmák szerepét, a betegellátásban, gondozásban és így az egészségügyben is. Javasolta a statisztikai adatok gyűjtését az egészségügyi szakmákról, a határon átnyúló migrációról. (EGSZB, 2009). Az Európa Tanács szabad mobilitásra és az oktatási eredmények kölcsönös elismerésére vonatkozó Irányelvei (1612/68/EGK) lehetővé teszik az ápolók számára, hogy könnyen mozogjanak Európán belül, és bármely általuk választott országban vállaljanak munkát. Ezek az elvek fontos eszközei az ápolók mobilitásának Európában, mivel az ápolók átlag életkorában bekövetkező drámai változások a legtöbb európai országban megkövetelik a ápolói munkaerő tömeges pótlását az elkövetkező évtizedben (O'Brien, 2007) (Humphries és munkatársai, 2008). Ez a több ápoló iránti megnövekedett igény Európában, akkor következik be, amikor az USA szintén teljes erővel toboroz további 800.000 ápolót külföldről, hogy

betöltsék az üres ápolói állásokat (De Raeve, 2008). Megadva az ápolói képzés kapacitását Nyugat-Európában, figyelembe véve a pótlás sebességét, a megoldás egy részének arra kell támaszkodnia, hogy a kontinens keleti részéről csalogassanak el ápolókat, több csatornát nyissanak a migráció számára a Közösségen kívül. Magyarország, amely 2004 óta része az Európai Közösségnek, nem mentes az ápoló-válságtól. 2010. április 30-án a magyarországi működési nyilvántartásban szereplő személyek száma: 137.359 fő, ezen belül az egészségügyi szakdolgozók száma 86.160 fő (EEKH, 2010). A KSH szerint Magyarországon 2008-ban az egészségügyi szakdolgozók állásainak száma és létszáma: 90.020 fő (KSH, 2008). 2008-ig a betöltött teljes munkaidős és időszakos állások száma 3.716 a diplomás ápolók esetében. (1993 és 2008. között 6.727 oklevél került kiadásra. Ez a csökkenő tendencia az ápolói szakma népszerűségének hanyatlásával magyarázható, kevesebb középiskolát végzett diák választotta az ápolói hivatást az elmúlt időszakban. (Balogh, 2009). A létszámcsökkenés egy másik forrása a lemorzsolódás; a hallgatók idő előtt elhagyják a képzőintézményeket és nem szándékoznak ápolói diplomát szerezni. Az ápolói képzésből történő lemorzsolódás kevésbé meglepő, amikor nem ez a hallgató elsődleges választása, vagy amikor a hallgató elvárásai nem egyeznek meg a valós karrier lehetőségekkel. Külön kérdéskör a diploma megszerzése utáni lemorzsolódás kérdésköre is. 2008-ban sor került az I. Egészségügyi Emberi Erőforrás Fórum megszervezésére, melynek középpontjában az EEE helyzetének áttekintése és a szakember képzés kérdései álltak (Girasek, Eke, Szócska, 2007). Itt elhangzott az a tény, hogy 3.500 - 4000 fős létszámhiány van ma Magyarországon a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) harminckilenc súlyponti kórház, és a kiemelt körében készült vizsgálata alapján (MESZK, 2008). Kivetítve ezt a teljes intézményi körre, hat-nyolcezerre becsülhető a hiányzó dolgozók száma az ápolási területről. (Balogh, 2009). Egyre kevesebb fiatal választja az ápolói hivatást. Az pálya nem vonzó, nem kínál megfelelő egzisztenciát az egyének számára. A munkaerőpiac fő utánpótlása a nappali tagozaton végzett munkavállalókból meríthető. Csak ez a létszám vehető figyelembe, hiszen ők jelentenek mennyiségi változást, mert a levelezősök már dolgoznak az ellátórendszerben. A helyzetet rontja az is, hogy a nappali képzésben végzettek közül kevesen helyezkednek el az egészségügyben. Az EEKH adatai szerint 2008- hoz képest 2009-ben már háromszoros nagyságrendű ápoló jelentkezett a hivatalnál hogy külföldön dolgozhasson (2008 -153 db, 2009 – 419 db). Az ápoló hallgatók és a dolgozó ápolók pályaválasztására, pályaelhagyására, létszámcsökkenésére és elvándorlásra irányuló növekvő nemzetközi figyelem és az ápolók szándékát vizsgáló magyar kutatások száma meglehetősen kevés (Frits, 2003); (Kovácsné és munkatársai, 2004); (Zrínyi, 2004); (Szkrajcsics, 2005); (Vízvári, 2005); (Zrínyi és munkatársai, 2007). A megválaszolható kérdések között – a Zöld Könyvhöz hasonlóan - Magyarországon is az első helyen áll: az egészségügyi munkahelyek csekély vonzereje a fiatalok számára (pályaválasztás, hallgatói létszám csökkenés, lemorzsolódás problémái) a képzés oldaláról, a stresszel teli, túlterhelt, rossz munkakörnyezet és a megbecsülés hiánya (pályaelhagyási szándék) az ápolói szakma felől. A fokozódó létszámhiány (az utánpótlás hiányának kérdése) az egészségügyi ellátórendszer oldaláról, a demográfiai problémák kérdésköre (öregedő népesség, öregedő egészségügyi dolgozók), az egészségügyi szakemberek migrációja és a mobilitás (az agyelszívás problémája) pedig a társadalom oldaláról. Ezt képezi le a már említett Next-vizsgálat modellje is, ha megvizsgáljuk a belépők, az ápoló hallgatók pályaválasztását és lemorzsolódását, az aktív dolgozók helyzetét és pályaelhagyási szándékát, illetve a kilépők külföldi munkavállalási terveit. Ezek azok a főbb megválaszolható kérdések és problémák, amelyek a következő fejezetekben ismertetésre kerülnek részletesen is. A problémák közös okainak ismerete segíthet megoldani az ápolás humánerőforrás gondjait, és megtalálni a megoldási lehetőségeket.

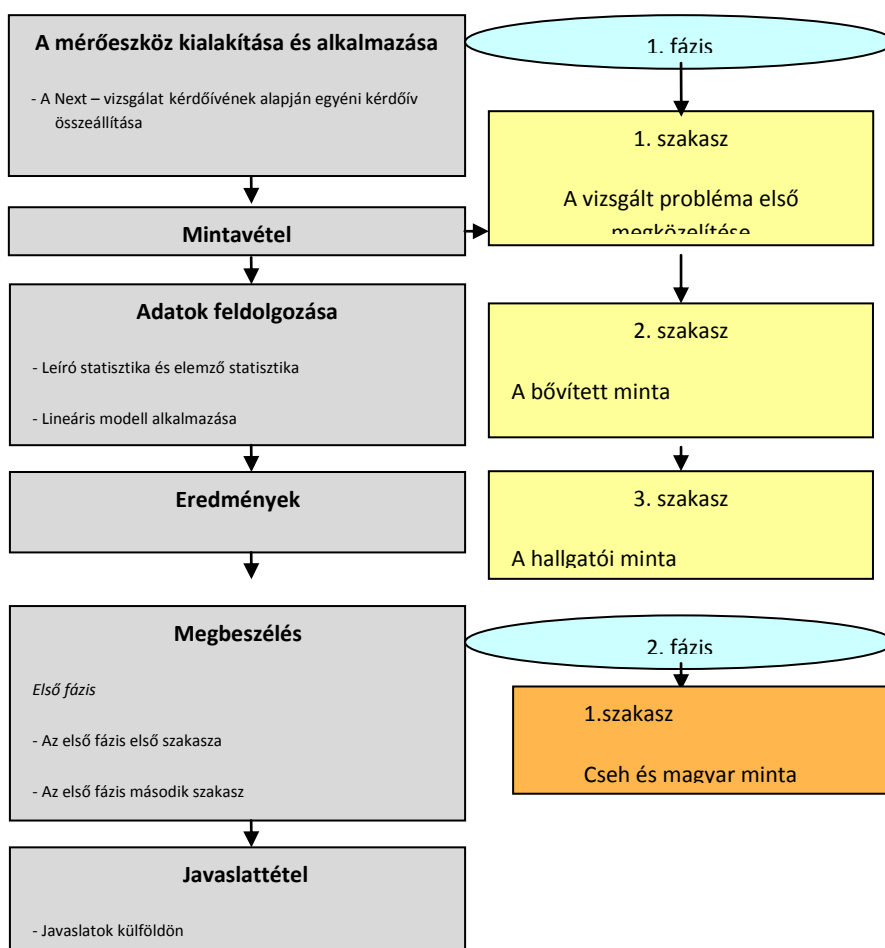
Célkitűzések

Magyarországon kevésbé kutatott terület az ápolók pályaelhagyási és elvándorlási szándékával, annak mértékével kapcsolatos kérdéskör, a probléma fontosságával ellentétben nem kap kellő figyelmet. Ez igen lényeges kérdés, akkor, ha az egészségügyi kormányzat meg akarja érteni, milyen lépéseket kell tennie a jobb ápoló ellátottság, megtartás és személyzeti szervezés (motiváció és munkakörülmények) ügyében a munkaerők egyensúlyba hozásáért és stabilizálásáért. Ahhoz, hogy a migráció jelenségének nagyságára keressünk választ leíró, összehasonlító, összefüggés-feltáró, keresztmetszeti vizsgálatot terveztünk ápoló hallgatók és gyakorlatban dolgozó ápolók körében. 1. Vizsgálatunk legfontosabb célkitűzése, hogy megismerjük az ápolók pályaelhagyási szándékát. Arra a kérdésre is szerettünk volna választ kapni, hogy a migráció iránti igény mennyire látens jelenség, milyen mértékben fordul elő a jelenlegi ápolószemélyzet körében, mind Magyarországon, mint Csehországban. 2. Célunk megismerni a válaszadó ápolók és ápolóhallgatók szociodemográfiai hátterét, az oktatással kapcsolatos véleményét. 3. További céljaink közt szerepel az is, hogy a szakirodalom alapján feltárjuk az ápoló hallgatók pályaválasztásának okait és ezek kapcsolatát a pályaelhagyással, a hallgatók körében tapasztaltakat összehasonlítsuk a szakirodalom idekapcsolódó kutatásaival a magyar és a cseh ápolók körében egyaránt. 4. A kiindulási pontként alkalmazott és az előzőekben ismertetett NEXT vizsgálat is hasonló célkitűzéseket fogalmazott meg, ezért annak modelljét alkalmazva célszerűnek tartottuk megvizsgálni az ápolás „input” oldalát, azaz a képzés felől érkezők készítését arra, hogy az ápolásban helyezkedjenek el a végzést követően, illetve megvizsgálni az „output” oldalt is, azaz a gyakorlatban tevékenykedők hajlamát arra, hogy idő előtt megváljanak az ápolástól. 5. Nem utolsó sorban pedig, célunk volt az is, hogy felhívjuk az egészségpolitikáért felelősök figyelmét az ápolói létszámhiányra és ennek okaira és megoldási lehetőségeire egyaránt.

Vizsgálati anyag és módszer

Kutatásaink során fogalmi és méréses megközelítést alkalmaztunk, hasonlóan az európai NEXT-vizsgálathoz (NEXT, 2005). A NEXT-tanulmány összetett mérések kombinációit alkalmazta (pl. kiégés, elkötelezettség, megterhelés-elismerés egyensúly, pályaelhagyási szándék, munkaelégedettség, munkakedv, fizikai terhelés, szociális munkakörnyezet, munkaképességi mutató és munkahely-otthon kölcsönhatás) (1. és 2. ábra), aminek változatlan alkalmazására nem volt lehetőségünk. Technikai, anyagi és időbeli korlátok okán úgy határoztunk, hogy kidolgozunk egy saját felmérési rendszert a NEXT fő irányelveire alapozva. Kutatásunk során kezdetektől fogva törekedtünk a reprezentativitás elérésére, de a hivatalos források elemzése során arra jutottunk, hogy a többféle nyilvántartás (Tanulmányi Osztályok, Működési Nyilvántartás) néhol egymásnak ellentmondó adatokat tartalmaznak. Hasonló a helyzet a nemek aránya és az életkor esetében is. A kérdőív kidolgozása során felkértünk hat neves ápolástudományi szakembert az általunk kidolgozott kérdőív értékelésére. A felkérés célja kérdőívünk és az eredeti NEXT-felmérés összehasonlítása. A szakértőknek minden újonnan kidolgozott eszközt és minden NEXT eszközt elküldtünk összehasonlításra. A folyamat során először 74 %-os egyezéssel kaptuk vissza javításra a kérdéseket. A javítások által végül 88 %-ra emelkedett a szakértők által elfogadott szint. A megbízhatóság tesztelésére a Cronbach alfa koefficienszt használtuk, ami 0,78 volt a tanulók körében és 0,86 volt az aktív ápolók körében. Méréseink alapján tehát eredményeinket a fenti modell bemeneti elemébe be lehet illeszteni, és vizsgálható az egyes tényezők hatása a pályaelhagyásra vagy pályán maradásra. A kérdőív véglegesítése próbafelmérést (15 fő) követően történt. A kérdőív végső formája 37 zárt kérdést tartalmaz. A válaszadók száma az ápoló hallgató és dolgozó ápolói -specifikus kérdések miatt helyenként teljesen eltér egymástól. A kérdéscsoportok sorrendjének meghatározásánál gondot fordítottunk arra, hogy, minimálisra csökkentsük a válaszmegtagadás és visszautasítás arányát. A beválasztás véletlenül történt, a kizárás 75% alatti kitöltöttség esetén került

meghatározásra. Az elégedettségi és valószínűségi válaszokat 5 pontos Likert-skálán értékeltük. A pályaelhagyásra és elvándorlása vonatkozó válaszok kiértékeléséhez szintén 5 pontos Likert-skálát alkalmaztuk. Az elmúlt 6 hónap egészségi állapotára vonatkozó válaszokat egy 10 pontos skálán mértük (1= nagyon rossz, 10=nagyon jó). Az általunk elvégzett felmérés keresztmetszeti jellegű volt, adatgyűjtésünket nem követte további felmérés, ellentétben a NEXT-tel. A hallgatók mintába kerülése véletlen, önkéntes és névtelen volt, nem munkaidőben történt. A kérdőívvel kapcsolatosan előzetesen tájékoztatást kaptak a kitöltők arról is, hogy visszaléphetnek a kérdőív kitöltése során és arról is hogy az eredményeket később megismerhetik. A kérdőíveket anonim módon kezeltük. Az eredmények publikálásakor szigorúan ügyeltünk a megkérdezettek személyiségi jogaira, a Magyar Ápolási Egyesület Etikai Kódexét vettük alapul. Az egyes személyekről, gyűjtött adatok gyűjtésénél és közzétételénél vigyáztunk arra, hogy a megkérdezettek személyiségi jogait ne sértsük meg. Nem tettünk fel olyan kérdéseket, amelyek magánéleti területűek, bizalmasságra, valóságosságra és igazságosságra törekedtünk. A kutatás során a kutatás egyes lépéseinek összefoglaló bemutatását a 3. ábra tartalmazza. Az ábra egyes pontjainak részletes kifejtése az alábbi alfejezetekben kerül kifejtésre. A kialakított kérdőívet két kutatási fázisban, az első fázisban három-, a másodikban egy szakaszban alkalmaztuk. Az első fázis első szakaszában először három helyszínen (Debrecen, Nyíregyháza, Pécs), 2006-ban alkalmaztuk a kérdőívet. A mintanagyság ebben a szakaszban 522 fő volt (Zrínyi és munkatársai, 2007).



3. ábra: A kutatási folyamat vázlata

Az eredmények értékelése során világossá vált, hogy a hallgatókra vonatkozó regressziós modellek csak a vonatkozó mintanagyság bővítésével alakíthatók ki. Ezt sikerült

elérnünk a második szakaszban, egy nagyobb, nyíregyházi ápolókat és ápolóhallgatókat tartalmazó minta bevonásával. Ebben a szakaszban elért mintanagyság 822 főre növekedett. A magyarországi működési nyilvántartásban szereplő 86.160 fős egészségügyi szakdolgozó számát vettük az ápolói alapsokaságnak. Mintánkban (828 fős minta esetében) 441 ápoló került be, ami 0.51 százalékos arányt jelent (Ujváriné és munkatársai, 2010). A harmadik szakaszban az ápolóképzés viszonyait elemeztük. Az első két szakasz eredményei közül szűrtük ki a hallgatói mintát, valamint a korábbi felmérések helyszínén újabb kérdőíveket töltöttünk ki. A mintanagyság ebben az esetben 381 fő volt (Ujváriné és munkatársai, 2010). A kutatás folytatásaként a második szakasz hallgatói anyagát hasonlítottuk össze egy cseh mintával. Célunk kutatási eredményeink kiterjesztése volt. Az összehasonlítás eredményeként kialakított modell fő eredménye a magyar viszonyok jövőbeni előrejelzésének lehetősége (Ujváriné és munkatársai, 2010).

Eredmények

Az első fázis első szakasza

Elsőként megtörtént az első fázis első szakasza adatainak (522 fő) elemzése. Független változó annak valószínűsége volt, hogy a következő egy évben ápolóként dolgozik tovább, a független változó, pedig az életkor, egészségi állapot, egészségügyben eltöltött idő, családi állapot, egészségügyi dolgozó a családban, tanulási szándék, idegen nyelv ismerete, illetve a munkahellyel-oktatással való elégedettség. Az esetszám a hallgatók esetében alacsony volt ahhoz, hogy körükben eredményes modellt lehessen készíteni. A dolgozó ápolók esetében a felhasznált változók csak szerény mértékben adtak magyarázatot arra, miért marad munkahelyen a következő ében is a megkérdezett. Negatív hatású volt a műszakbeosztás és idegen nyelv ismerete, az idősebb kor, műszakbeosztással való elégedettség, továbbfejlődési lehetőség marasztaló hatású. A párkapcsolat is maradásra készített. Az idegen nyelvet beszélő felsőfokú végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban választottak a külföldi munkavállalást, mint a nyelvtudással nem rendelkező felsőfokú végzettségűek.

Az első fázis második szakasza

Az első fázis második szakaszában 822 fő adatainak elemzésére került sor. A jelenleg is tanulmányokat folytató 383 fő 8,7 %-a főiskolainál alacsonyabb, 88,5 %-a főiskolai és 2,7 %-a egyetemi képzésben vett részt. Az oktatás minőségével az 5 fokozatú skálán adott átlag 2,76 pont jelzi, hogy azt jónak csak 29,3 találta és csak 6,1 % volt elégedett. Elégedetlen 12,5 % volt, megfelelőnek találta 40,39 %, 11,9 % pedig nem tudta eldönteni. Hasonló volt a gyakorlati idővel, a gyakorlatok szervezésével és színvonalával kapcsolatos vélemény is. Átlagos pontszám ez esetben is 2,76 volt. Az oktatók felkészültségével nagyobb arányú volt az elégedettség, átlagos pontérték 3,39. Az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével 65,7 % volt elégedetlen, mindössze 5,2 % találta jónak. A skála átlag értéke 1,58 volt. Tanulmányai megszakítására a többség nem gondolt, hasonlóan tanulmányaikat más területen a többség nem kívánja folytatni, de az ápoló- /főiskolai (egyetemi) képzést 28,1 % nagyon valószínűen, 17,55 biztosan választaná. Az ápoló képzésben való részvételt másoknak csak 17,2 nem ajánlaná, míg 14 % biztosan, 19,6% nagyon valószínűen, 35,9 % talán ajánlaná. Az ápolóképzés elhagyására az elmúlt hónapokban 55,2 %-ban nem történt buzdítás, ritkán 18,1 % ritkán tapasztalta, 16,9 % alkalmasszerűen, gyakran 7,9 %, állandóan 1,2 %. Tanulmányait a válaszadók 42,9 %-a biztosan befejezi, nagyon valószínűen 30,6 %, nem tudta eldönteni 10,7 %, talán befejezi 10,7 %, ebben egyáltalán nem biztos 5,9 %. Tanulmányok befejezése után ápolói pályán 7,8% biztosan nem, 10,1 % talán, nem tudta eldönteni 9,3 %, valószínűen 35 % és biztosan 37,2% marad. A dolgozó ápolók többsége a fizetéssel elégedetlen (skála érték 1,55), a kollegák magatartásával kb. fele-fele arányban

voltak elégedettek-elégedetlenek (skála érték 3,11), a munkakörülményekkel, felszereléssel stb. a többség nem volt elégedett (skála érték átlaga 2,17). A munkaidő rugalmasságával, a beosztással, a túlórák számával 40,7 % elégedetlen volt, 40,7 %-nak megfelelt de jónak csak 25,9 % találta. Skála átlagértéke 2,84. Ez az eredmény azt mutatja, hogy sok esetben az ápolók túlterheltek, kimerültnak érzik magukat. A fejlődési lehetőségekkel, továbbképzéssel, karrier előrelépéssel elégedetlen 25,9 %, elégedett 5,3 % volt. Skála átlagérték 2,4. Arra a kérdésre: Gondoltak-e arra az elmúlt 6 hónapban, hogy elhagyják az ápolói pályát és az egészségügyön belül más területen helyezkednek el, 4,1% egyáltalán nem gondolt, a többiek ritkán, alkalmasszerűen, gyakran vagy állandóan gondoltak. Skála érték átlaga 2,2. Arra, hogy az egészségügyön kívül más szakmában helyezkednek el, 52,2% egyáltalán nem gondolt, de ritkán és alkalmasszerűen 35,1 % , gyakran ill. állandóan 12,7 % gondolt. Skála átlagérték 1,92. A következő egy évben ápolóként kíván tovább dolgozni biztosan 43%, nagyon valószínűen 33,8%, nem tudja 7,7%, talán 9,8% és egyáltalán nem 5,5%. Skála átlagérték 3,99. Az ápolói pályát újra ugyanannyian választanak, mint ahányan nem, de kevesebben ajánlanák biztosan másoknak ezt a pályát, mint ahányan egyáltalán nem tennék ezt. A pálya elhagyására a többség esetében nem történt buzdítás. Az ápolók 77,5%-nak egyáltalán nem, a többieknek egy főtől hat főig terjedően volt nem magyar állampolgárságú munkatársa. Az ápolók és ápoló hallgatók külföldi munkavállalói szándékára vonatkozó kérdések közül elsőként az európai idegen nyelv ismeretére vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kiderült, hogy idegen nyelven egyáltalán nem beszél 63,3 %. Alapfokon beszél 30,9%, középfokon 5% és felsőfokon 0,8%. A külföldön történő munkavégzésre egyáltalán nem gondolt 54,%, ritkán 17,3%, alkalmasszerűen 12,4%, gyakran 12,9% és állandóan 3,1%. Összességében 28,4%-nak már vannak ezzel kapcsolatos gondolatai. Külföldi munkát közvetítő irodával már kapcsolatba lépett 13,3% és további 18,1% ezt tervezi. A külföldi munkavállalás motivációjának alapja a hely, de igen fontos indok a jobb munkakörülmény, a jobb fejlődési (karrier) lehetőség. A jelenlegi kátyúból való kiemelkedés lehetőségét a külföldi munkavégzésben látja a válaszadók 80%-a, ami jelzi, hogy a pozitív jövőképet a szakmán belül nem idehaza látják. A legtöbben legszívesebben Németország/Ausztria, majd ezt követően Nagy-Britannia területen kívánnának dolgozni. Lineáris regressziós modell keretén belül a nyelvtudás és a műszakszám negatívan, míg a munkaidő rugalmas kezelése, a kollegák segítsége, a továbbfejlesztési lehetőségek, az életkor kismértékben pozitívan befolyásolják a pályán maradási szándékot. Loglineáris elemzéssel kimutatásra került az, hogy alapfokú nyelvtudás esetén a válaszadók 66 százaléka dolgozna külföldön, míg ennek hiányában csak 35%. A diplomás képzésben részesültek 58%-a, az alapfokú képzésben részesültek 48%-a, a párkapcsolatban élők 39 %-a, míg az egyedül élők 61%-a dolgozna külföldön.

Az első fázis harmadik szakasza

Az első fázis harmadik szakaszában az első két szakasz eredményeit a hallgatókra szűkítettük, továbbá a korábbi felmérések helyszínén újabb kérdőíveket töltettünk ki. Cél az oktatással kapcsolatos viszonyok részletesebb vizsgálata volt. 381 kitöltött kérdőívet elemeztünk.

Második fázis

A második fázisban 128 cseh és 303 magyar ápoló adatait hasonlítottuk össze. A cseh mintában több volt a diplomás, míg a magyar mintában az OKJ ápoló. A csak tanulók a magyar, a munka mellett tanulók a cseh mintában voltak nagyobb arányban. A képzés szintje a cseh mintában jóval magasabb a főiskolai és egyetemi szinten, mint a magyarban. A nyelvtudás a cseh mintában minden fokozaton magasabb a magyarnál. A cseh mintában több az oktatással elégedett hallgató, mint a magyar mintában. A magyar hallgatók nagyobb

arányban fontolgatják, hogy tanulmányaikat nem fejezik be, mint cseh társaik. A cseh hallgatók körében nagyobb vonzerőt jelent az orvosi hivatás fele orientálódás, a pályaelhagyás szándéka a magyaroknál erősebb. A külföldi munkavállalás szándéka mindkét mintában azonos, de a döntés indoklása különbözik. A célunk a kutatási eredmények kiterjesztése volt. Az összehasonlítás eredményeként kialakított modell fő eredménye a magyar viszonyok jövőbeni előrejelzésének lehetősége. A pályaelhagyás és migráció igénye mintánkban eltérő módon, de egyértelműen jelen volt. Jellemző inkább a más egészségügyi területre illetve más szakmába való átlépés igénye volt. A képzésben lévő hallgatók esetében a biztos lemorzsolódást 10%-ra prognosztizáltuk. A külföldön történő munkavállalás mellett a nyelvtudás és a felsőfokú végzettség szólt. A pályán maradás legfőbb motiváló tényezői a rugalmas munkaidő és a továbbfejlődés, karrierlehetőségek voltak.

Következtetés

Első fázis első szakasz

A pályaelhagyás és migráció igénye mintánkban eltérő módon, de egyértelműen jelen volt. Jellemző inkább a más egészségügyi területre illetve más szakmába való átlépés igénye volt. A képzésben lévő hallgatók esetében a biztos lemorzsolódást 10%-ra prognosztizáltuk. A külföldön történő munkavállalás mellett a nyelvtudás és a felsőfokú végzettség szólt. A pályán maradás legfőbb motiváló tényezői a rugalmas munkaidő és a továbbfejlődés, karrierlehetőségek voltak. A jelen mintában igazolhatóan jelen voltak tehát a pályaelhagyás és a külföldi migráció iránti igények. Ahhoz, hogy a nagyobb mértékű pályaelhagyás valamint migráció elkerülhető legyen, a munkarend átszervezése és a karrier struktúra kialakítása fontosnak tűnik. Az első szakasz eredményei hasonlóak a második szakasz eredményeihez. A különbségek a később bevont mintarésszel egyértelműen magyarázhatók. Mindkét szakaszban hasonló megítélésű a migráció és a pályaelhagyás témaköre. A regressziós modellek szinte ugyanazokat a változókat vonják be az elemzésbe.

Első fázis második szakasz

Célunk az volt, hogy felmérjük az ápolók pályaelhagyási és/vagy külföldi munkavállalási szándékát, továbbá, hogy számszerűen megbecsüljük az ápoló hallgatók végzés utáni munkavállalási szándékát, és azt, hogy a gyakorlatban dolgozó ápolók milyen valószínűséggel fognak a következő évben is ápolóként dolgozni. Legelőször az ápolás „input” oldalát vizsgáltuk meg. Eredményeink szerint az ápoló hallgatók viszonylag kis száma tervezi, hogy abbahagyja az iskolát, és nem fejezi be a tanulmányait. Azok, akik már tettek befektetéseket diplomájuk megszerzése érdekében, félúton nem kockáztatják beruházásuk elvesztését. Hasonló reakciókat tapasztaltunk az ápolói tanulmányokról valamilyen más szakra való változtatás esetében is. Mindezen kérdések alapján megállapítottuk, hogy a hallgatók kb. 2/3-a érez motivációt tanulmányainak befejezésére és kitart az ápolói képzés mellett. Kevesebb, mint 1% azok aránya, akik szerint rosszul tették, amikor az ápolói képzés mellett döntöttek. Ez a kép megváltozott, amikor a végzésről kérdeztük a hallgatókat. A tanulmányok befejezését illetően bizonytalan vagy határozottan befejezni nem akaró hallgatók összesített aránya 16% körül volt. Ezt az arányt ebben a mintában lemorzsolódási aránynak neveztük. Ezt az adatot megzavarja az a tény, hogy mintánkban ugyanúgy szerepel nappali tagozatos ill. levelezős és emellett dolgozó hallgató is. Először úgy hittük, hogy a végezni nem akaró hallgatók aránya sokkal alacsonyabb lesz a nappali tagozatos hallgatók alcsoportjában. Ennek ellenére, amikor különválasztottuk a csoportokat, a helyzet nem változott. Első feltételezésünk arról szólt, hogy hányan fogják végképp abbahagyni a tanulmányaikat; elméletileg 384-ből 61 hallgatót tekintettünk kiesettnek. De nem szabad azt gondolnunk, hogy ez rögtön 61 ápoló hiányát fogja jelenteni a

jövőben. Mintánk néhány levelező tagozatos hallgatója munka mellett vagy sem, de megszerzi felsőfokú diplomáját. Ennek ellenére 78 olyan nappali tagozatos hallgatónk van, aki igazán elkötelezett az ápolás iránt, de valószínűleg nem fogja megszerezni a diplomáját. A 16%-os lemorzsolódási aránnyal számolva, legalább 12 ápoló hallgatóról mondhatjuk el, hogy tényleg abbahagyja tanulmányait. Ez sokkal kevesebb, mint a korábbi becslés. További 18% számolt be arról, hogy nem fog végzés után az ápoló szakmában elhelyezkedni. Ez a szám két lényeges dolgot összesít. Először: ez a 18% mutatja a kieső ápoló hallgatókat (akik soha nem fognak az egészségügyben dolgozni) és azokat a hallgatókat, akik legvalószínűbben fogják megváltoztatni ápoló szakmájukat, amint megszerezték felsőfokú diplomájukat. A feltételezés megerősítéséhez kiválasztottuk azokat a levelezős hallgatókat, akik teljesen biztosak abban, hogy végzés után nem fognak ápolóként dolgozni és megvizsgáltuk az „egészségügyön kívüli munkavállalás” témakörére adott válaszaikat. Nem meglepő módon, keresztmetszeti egyezést tapasztaltunk. Ezért 2. következtetésünk szerint néhány hallgató azért szerez egészségügyi diplomát, hogy a későbbiekben legyen kitörési pontja az ápoláson kívülre. Korábbi becslt lemorzsolódási arányunkat felülvizsgálva elmondható, hogy további 45 ápoló tűnik el az ápolás számára végzés után. Azon feltételezésünk, mely szerint, az ápolóhallgatók elégedettek az oktatás és a gyakorlat színvonalával a képzés során igazolódott. Az átlag: 2,76 (± 1.177) volt az oktatás esetén és 2,76 (± 1.169) a gyakorlat esetén, vagyis az oktatás és a gyakorlatok színvonala közepesnek mondható a válaszadók szerint. Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályával kapcsolatos elégedettségének alacsony volta is igazolódott. Az 1,58-as (± 0.916) átlagérték azt mutatja, hogy elégedetlenek az ápolói pálya várható anyagi és erkölcsi megbecsülésével a hallgatók. Következő feltételezésünk az volt, hogy az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályán maradási szándékát befolyásolja a fizetés, a munkakörülmények és a továbblépési lehetőségek köre. Ez is alátámasztást nyert. A hallgatók pályán maradási szándékának átlaga 3,95 (\pm) volt, vagyis, hogy ez azt mutatja, hogy a legtöbben azt tervezik, hogy befejezik tanulmányaikat. A következő egy évben való ápolóként való elhelyezkedés átlaga 3,84 (± 1.243) volt. Dolgozók esetében az ápolóként való tovább dolgozói szándék átlagosan 3,99-es (± 1.184) érték volt. Vagyis a két csoport között nincs számottevő különbség a jövőt illető elképzelésekben. A munkakörülményekkel való elégedettség a dolgozók esetében 2,17 (± 1.205) volt. A fejlődési lehetőségekkel átlagosan 2,4-es (± 1.203) értéknek megfelelően voltak elégedettek a dolgozók. A következő egy évben, a pályaelhagyás lehetséges indokaként a legfontosabb érvként a más munkahely választását az egészségügyön belül és a továbbtanulást jelölték meg a dolgozók. Azon hipotézisünk, hogy az ápolóhallgatók, és a gyakorlatban dolgozó ápolók pályaelhagyási szándékát befolyásolja az idegen nyelv ismerete szintén igazolást nyert. Lineáris regressziós modellünk eredményei szerint a pályán maradást az idegen nyelv ismerete negatív értelemben határozta meg, míg a munkaidő rugalmassága, a túlórák száma, a továbbképzési lehetőségek és az életkor kismértékben pozitív irányban befolyásolja a pályán maradást. Szintén igazolódott az is, hogy az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók körében a magasabb iskolai végzettség és a pályaelhagyás gyakorisága között összefüggés tapasztalható. A diplomás képzésben részesültek, 58 % dolgozna külföldön. Ha alapfokú képzésben részesültek, csupán 48 % dolgozna külföldön. Statisztikailag is alátámasztható mértékű igazolást nyert azon feltételezésünk mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók nyelvtudása és külföldi munkavállalása között összefüggés van. Ha legalább alapfokú nyelvtudással rendelkeznek, 66 százalékuk dolgozna külföldön és 34 %-uk nem. Viszont ha még alapfokú nyelvismerettel sem rendelkeznek, 35 %-uk dolgozna külföldön és 65%-uk nem. Az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó ápolók családi állapota és külföldi munkavállalása között is találtunk összefüggést. Ha a válaszadók párkapcsolatban élnek, 38 %-uk dolgozna külföldön. Viszont ha a válaszadók egyedül élnek, 62 %-uk dolgozna külföldön. A szakaszra vonatkozó utolsó hipotézisünkre, mely szerint az ápolóhallgatók és a gyakorlatban dolgozó

ápolók életkora és pályaelhagyási szándéka között összefüggés van erre nem találtunk bizonyosságot. Érdekes, hogy a második szakaszban a kérdések egy részénél a populáció két részre bomlott. Ezt a kutatási irányt nem vizsgáltuk részletesebben, de véleményünk szerint az ápolói szakma gyakorlását és munkában töltött időt paraméterként tekintve a munkahelyi kiégés is jelen van ezekben az eredményekben. Ez egy következő tervezett vizsgálatunk lesz a jövőben.

Az első fázis második szakasz eredményeinek összehasonlítása a Next-vizsgálat eredményeivel

Megvizsgáltuk az ápolók munkahely-változtatási szándékát, az egészségügyön belül maradva. Eredményeink szerint Magyarország helyzete nem különbözik a NEXT többi országától. Egyedül Németországban magasabb azoknak az ápolóknak az aránya, akik szeretnék állást változtatni, de az egészségügyön belül maradva. Érdekes, hogy mind Magyarországon, mind a 10 európai országban, ahol vizsgálták az ápolók egészségügyön belüli vándorlását, 18% körül volt ez az arány, nem tekintve az országot és a minta nagyságát. Következő feltételezésünk ezért az volt, hogy Európában az ápolók 18%-a hajlandó lenne az egészségügyön belüli állás-változtatásra. További vizsgálatok kellenének, hogy kimutassák, ez vajon kiégés, az érdeklődés hiánya vagy egyéb okok miatt van-e. Amikor a magyar eredményeket hasonlítottuk össze a NEXT átlageredményeivel, úgy találtuk, hogy Magyarország kicsivel jobb helyzetben van a pályaelhagyási szándékot tekintve. Belgiumot és Hollandiát kivéve, Magyarországon kevesebb azok aránya, akik el akarják hagyni az ápolást. Ez azt is megerősíti, hogy Magyarország nincs egyedi helyzetben az ápoló munkaerőt vizsgálva, és hogy az ápolóknak egész Európában ugyanazokkal a problémákkal kell szembesülniük. A magyar adatokkal kapcsolatban sajnálatos, hogy 650 válaszadó közül 100 kerülhet ki az ápoló szakmából saját elmondásuk szerint. A pályán kívülre irányuló elvándorlás is gyakori jelenség a mintánk esetében. Mintánk 16%-a nagyon gyakran gondol a külföldi munkavállalásra, ez az eredmény valahol félúton van a NEXT során mért szlovák (11%) és lengyel (21%) adatok között. Németország és Ausztria a legnépszerűbb cél-ország, valószínűleg a földrajzi közelség és a jelöltek nyelvtudása miatt. Az Egyesült Királyság már nem annyira népszerű, de ez a helyzet hamarosan változni fog. A magyar ápolók újabb generációjának kötelező angol középfokú nyelvvizsgát tenniük diplomájuk megszerzéséhez. Az 1993 óta érvényben lévő törvénykezés is közreműködik a magyar ápolók külföldi munkavállalásának elősegítésében. Sajnos nincs összevethető adatunk az 1993 előtti időszakról az ápolók külföldi munkavállalásával kapcsolatban. A NEXT felmérésben a kutatók egy meglehetősen gyakori jelenséget is vizsgáltak Szlovákiában és Lengyelországban az elvándorlást figyelembe véve. Az elvándorló szlovák és lengyel ápolók nagy része fiatal volt, kevés családi kötelékkel rendelkezett, kevésbé volt képzett, kevésbé volt elkötelezett a szakmájához és főként az intézményéhez és kevesebb munkahelyi elismeréssel rendelkezett. Felmérésünkben az is kiderült, hogy a külföldi munkavállalási szándék 50%-kal csökkent, ha az egyén stabil párkapcsolattal rendelkezett. Emellett ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk a képzés szintjét és a szakmai tapasztalatokat vizsgálva. A loglineáris elemzés kimutatta, hogy idegen nyelvet nem beszélő diplomás képzéssel rendelkezők 1.68-szor nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön, mint azok, akik alacsonyabb képzésben részesültek, de beszélnek valamilyen idegen nyelvet. Ez legalább 3 ok miatt ijesztő Magyarországra nézve: 1. a gazdasági veszteség sokkal nagyobb a felsőfokú diplomával rendelkezőket tekintve, részben mert a képzési/pénzügyi befektetés is nagyobb. 2. a gazdasági veszteség azért is nagyobb egy felsőfokú diplomás esetében, mert egy ilyen ápoló produktivitási szintje is magasabb, mint egy diplomát még nem szerzett ápolóé. 3. diplomával rendelkező ápolók oktatóként is funkcionálnak, így elvándorlásuk az egész magyar ápoló képzési rendszer jövőjét kockáztatja. A külföldi munkavállalás mellett szóló legmeghatározóbb tényező a

nyelvtudás. Azok, akik beszélnek legalább egy európai nyelvet, 2.9-szer nagyobb valószínűséggel dolgoznának külföldön azokhoz képest, akik csak magyarul beszélnek. Arra is megkértük válaszadóinkat, hogy sorolják fel az okokat, hogy miért is dolgoznának külföldön. Ez nem volt az eredeti elemzésünk része, de ide jól beilleszthető. A lista tetején a „magasabb fizetés, pénzügyi helyzet javítása” szerepelt, ezt követte a „munkafeltételek javítása”, és a „jobb karrierlehetőségek és önmegvalósítás”. A felsorolás megerősíti a NEXT vizsgálatokat, miszerint a kevésbé elismert ápolók (mind anyagi, mind karrier szempontból) sokkal szívesebben vonzódnak az olyan rendszerek felé, ahol ezek a feltételek megvalósíthatók. Végezetül megvizsgáltunk két regressziós modellt, ami az ápolók végzés utáni munkába állását (hallgatói modell) és a következő évben is ápolóként funkcionálást (gyakorlatban dolgozók modellje) elemezte. Mindkét modell fontos üzenetet közvetített. A hallgatókat vizsgálva a képzéssel való elégedettség és pozitív tanulási tapasztalatok nagyban befolyásolták a végzés utáni munkába állást. Azt is tapasztaltuk, hogy a felsőfokú képzésben részt vevő ápolók végzés után sokkal valószínűbben térnek vissza és folytatják ápolói munkájukat. Érdekes, hogy egészségügyben dolgozó házastárs vagy családtag negatívan befolyásolja a hallgatók szakmában való elhelyezkedési szándékát. Ennek az ellenkezőjére számítottunk. Csak találgatni tudtunk, hogy a több tapasztalattal rendelkező, elégedetlenebb és a kiégés magasabb szintjén álló családtag nem szeretné, hogy gyermeke vagy házastársa elkövesse ugyanazt a „hibát”. Ez a feltételezés több kutatást igényel, mert nem történt adatgyűjtés ebben a felmérésben igazolni ezt az állítást. A NEXT-felmérés során egészségügyi és személyes tényezők (kiégés, általános egészségi állapot), családi körülmények (munkahely – otthon konfliktus, anyagi helyzet, partnerrel töltött idő), szociális munka környezet (vezetőség milyensége, főnövével való kapcsolat, orvosokkal való kapcsolat), munkával való elégedettség (mennyiségi követelések, agresszív betegeknek való kitétel, betegségeknek, szenvedésnek, zajnak, éghajlatnak való kitétel) és munkaszervezés (fejlesztési lehetőségek, munkahelyi hatások, nem ápoláshoz tartozó feladatok ellátása, ellentmondó sorrend, hatások beosztás-szervezéskor, időkényszer) játszották a legfontosabb előrejelző tényezők szerepét a pályaelhagyási szándék vizsgálatakor. A mi gyakorlatban dolgozó csoportunkban sok szerepelt a fenti tényezők közül, mint a pályán maradás fontos előrejelző tényezői (csökkent a pályaelhagyási szándék). A munkahelyi feltételek és a munkaszervezés (rugalmas beosztások, műszakok száma és fejlődési lehetőségek) és a szociális munka környezet (vezetés és munkatársak felől érkező támogatás) mindkét felmérésben gyakori előrejelző tényezők voltak. Azonban a személyes egészségi állapot nem jelentkezett szignifikáns tényezőként a mi felmérésünkben. Ez talán köszönhető az egészségügyi állapotban mért különbségeknek vagy a ténynek, hogy a magyar társadalomban ez az alkalmazásnak nem meghatározó tényezője. Mindemellett a nyelvismeret felmérésünkben szignifikáns előrejelző tényező (az európai felmérés során a nyelvtudás nem szerepelt az elemzett területek között). A nyelvtudás csökkentette az ápolásban való dolgozás valószínűségét. Ez azt jelenti, hogy nemcsak a külső, de a belső munkaerő piac is éppúgy elismeri a jobb nyelvtudással rendelkező ápoló jelöltek. Egyre elterjedtebb az ápolók körében, hogy sokan keresnek és találnak az egészségügyön kívül munkát, pl. multinacionális cégeknél, kommunikációs képességeik miatt. Ugyancsak a nyelvi képességekkel összekapcsolva, ápolók gyakran bukkannak fel a kereskedelemben, marketing pozíciókban. A legnagyobb különbség a mi felmérésünk és a NEXT modell között a pályán maradást előrejelző ösztönzők szerepének meghatározásában volt. Az európai modell a megfelelő fizetést és a fejlődési lehetőségeket hangsúlyozta, melyeknek fontos szerepe van a pályán maradás eldöntésében. A magyar modell nem vizsgálta a fizetés szerepét a pályán maradás esetében. Ez ellentmondás a mi adatainkkal. Amikor a fizetést is bevettük a független változók közé a regressziós modellünkben, az eredmények nem tértek el jelentős mértékben. Azonban amikor arra kértük az alanyokat, hogy állítsák sorrendbe a külföldi munkavállalás

mellett szóló legfontosabb okokat, a lista tetején a jobb fizetés és az anyagi biztonság állt. Az európai és a magyar eredmények közötti különbség a felhasznált mutatókkal magyarázható. Mi nem igazán gyűjtöttünk információt arról, hogy az ápolók jelenleg hogyan vannak megfizetve. Ehelyett mi a „fizetéssel való elégedettség” kifejezést használtuk az anyagi elismerés mérésére. Ha tényszerű adatokat használtunk volna az ápolók jövedelmének vizsgálatára, a fizetésnek is más szerepet szánhattunk volna a pályán maradás előrejelzésében. Végezetül alaposan megvizsgáltuk az Aiken és munkatársai által tett feltételt a korbeli különbségekről a pályaelhagyási szándékot tekintve. Az Aiken csoport (2001) úgy találta, hogy a 30 év alatti ápolók nagyobb valószínűséggel hagynák el az ápolást, mint idősebb kollegáik. Bizonyos fokig mi is találtunk bizonyosságot erre a mi modellünkben: a kor meghatározó kapcsolatban áll az ápolás folytatásával. Azonban amikor szétválasztottuk a 30 év alatti ápolók eredményeit a többitől, nem találtunk bizonyosságot arra, hogy a 30 év alattiak pályaelhagyási szándéka különbözne az ápoló társadalom többi tagjához képest. Az egyik lehetséges ok, amiért a mi felmérésünk nem tudta megfelelően mérni ezt a tényezőt, az lehetett, hogy az Aiken csoport sokkal nagyobb mintával dolgozott (43.000).

Első fázis harmadik szakasz

A harmadik szakasz elsődleges célja az ápoló hallgatók lemorzsolódás arányának meghatározása volt egy magyar mintában. A vizsgált mintára lemorzsolódás volt jellemző, bár ennek szintje a kérdőív értékelése szerint változott. A hallgatóknak durván 7-8%-a jelezte azt a szándékát, hogy tanulmányait nem fejezi be illetve más irányban tanul tovább (orvosi és nem egészségügyi szakon). Nemzetközi adatokkal összehasonlítva ez az arány összhangban van pl. az Egyesült Államok altató-nővérek lemorzsolódási arányával, de jóval kisebb, mint az egyéb forrásból származó adatok. Ez a különbség valószínűleg a hallgatói összehasonlításnak köszönhető, mert ebben a tanulmányban végzős diákok voltak a minták, míg más tanulmányok első éves hallgatókkal végzett eredményekről számolnak be. Azt feltételezzük, hogy a lemorzsolódási arány az utolsó évben sokkal alacsonyabb, figyelembe véve a hallgatók tanulmányaikba fektetett energiáját, mint az első éves hallgatók esetén, akiknek kevesebb a veszténivalójuk amennyiben úgy döntenek, tanulmányaik kezdetén felhagynak azzal. Amikor kombinált lemorzsolódási mutatókat alkalmaztunk az arány jelentősen növekedett. Az így kapott 20 - 25%-os lemorzsolódás nagyobb összhangban van a korábbi tanulmányokban szereplő 19 - 27%-os lemorzsolódási aránnyal. A mi és más tanulmányok kutatási eredményei között fennálló különbségek a lemorzsolódási arány tekintetében rámutatnak a lemorzsolódás egységes mérésének és meghatározásának hiányára. Szigorúan véve csak az egyértelműen negatív válaszokat lehetne elfogadni a lemorzsolódás bizonyítékeként, amikor a hallgatókat az ápolói diploma megszerzésének szándékáról kérdezzük (Mennyire biztos, hogy Ön végez? = „Nagyon bizonytalan”). Amikor bevesszük azoknak a hallgatóknak a válaszát, akik "talán" vagy „nem tudom eldönteni" választ adtak, akkor megnyitjuk a teret, hogy olyan jövőbeli viselkedést jósoljunk meg, amit nem tudunk ellenőrizni. Ahhoz, hogy valós számokat lehessen összehasonlítani a kutatóknak meg kell egyezniük, hogy melyik válaszokat kell számításba venniük a „lemorzsolódás" elemzéséhez, és melyek azok, amiket ki kell hagyni a további elemzésből. Itt az ideje tehát egy egységes, nemzetközi kutatási célokra használható mérési eszköz kidolgozásának, amivel mérni lehet az ápolói lemorzsolódást az oktatásban. Megfigyeltük továbbá, hogy kisebb azoknak a hallgatóknak az aránya (7.2%), akik jelezték, hogy diploma után nem szándékoznak a pályán elhelyezkedni. Ez a szám nagyon elmarad a Lai és társai által közölt adatoktól (2006), miszerint azonos szándék a tajvani minta 65%-ára volt jellemző. Saját mintánk még akkor is messze e mögött marad, amikor további válasz kategóriákat vontunk be, megnövelve a munkával kapcsolatos lemorzsolódás arányát 25%-ra. Ez a hatalmas különbség lehet a tajvani mintára jellemző, de az is lehet, hogy a két kutatócsoport által alkalmazott mérési eszközök

különbségből adódott. Sikerült megerősíteni Palese és munkatársai (2009) állítását, miszerint a kórházi előjárók és főnövérek vezetői képessége nem elsődleges szempont, amikor a friss diplomások az ápolói hivatást választják. A modellbe mi is beépítettünk egy elégedettségi tényezőt, ami a leendő vezetők vezetői képességeivel való elvárásokra vonatkozott. Ez nem mutatkozott szignifikáns előrejelzőnek a diploma megszerzése utáni pályán maradási szándék tekintetében. Pryjmachuk és munkatársai (2009) valamint Stott (2007) nemekre vonatkozó következtetéseit azonban nem tudtuk megerősíteni. Ezek a szerzők azt állították, hogy az elszigeteltség és a társadalmi kirekesztés jobban befolyásolja a férfi ápoló hallgatók lemorzsolódását, mint női társaikét. Beépítettünk egy demográfiai tételt a felmérésbe a válaszadók nemének azonosítására, mindazonáltal a nemek alapján végzett analízis nem mutatott szignifikáns különbséget a két nem között a diploma megszerzési szándék illetve az ezt követő elhelyezkedési szándék tekintetében. A nemek közötti különbségeket valószínűleg az aktuális minta nemek közötti egyenlőtlensége miatt nem tudtuk kiszűrni (6% férfi, 94% nővel szemben). Végezetül, vizsgálatunk további bizonyítékkal szolgált arra nézve, hogy az oktatási intézmény támogatásának kritikus szerepe van a leendő diplomások pályán tartása szempontjából. Sajnos, megfigyelhető volt a család és a kortárs csoportok növekvő befolyása, ami a végzős diákokat el akarja terelni az ápolói pályától. Főleg azok a családtagot jelentettek egyértelműen lehúzó erőt a diákok számára, akik az egészségügyben dolgoztak, ellentétben azokkal, akiknek nem volt ilyen közeli hozzátartozója. Minél nagyobb nyomást gyakorolt a család és a kortárs csoport a hallgatókra, hogy hagyjon fel ápolói tanulmányaival a tanulmányt megelőző 6 hónapban, annál kisebb az esély, hogy ez a diák befejezze tanulmányait. Jó hír azonban, hogy regressziós modellünkben a kar támogatása ellensúlyozza a család és a kortárs csoportok negatív hatását. A diákok nagyobb valószínűséggel fejezik be tanulmányaikat és helyezkednek el, mint ápoló, ha azt tapasztalják, hogy az oktatási intézmény és a klinikai személyzet figyelembe veszi egyéni igényeiket. Az üzenet tehát egyértelmű. Mint azt korábban a kutatók már jelentették: miközben a hallgatók különböző impulzusok hatására újraértékelik ápolói karrierjüket, semmi sincs olyan nagy hatással rájuk, mint az oktatási intézmény jó példája, támogatása, irányítása, átadott érték- és erkölcsrendszere, ami egy ápolót igazán jó ápolóvá tesz. Másrészt nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a riasztó ténytet, hogy a hallgatók előzetes ápolói tapasztalatai azonban erős visszahúzó erőnek bizonyult a tanulmányok befejezése és a további pályán maradás szempontjából. A kutatásnak nem volt alkalma felderíteni, hogy ennek oka vajon az, hogy ápolói szocializációjukból és a munkahelyi képzési programból hiányoztak az ápoló képzés megfelelő szakmai elemei, vagy, mert gyakran túl korán megerősített munkakörülményeknek voltak kitéve. Eredményeink csupán kiemelik annak fontosságát, hogy érdemes azokat a tényezőket újragondolni, melyek úgy tűnik, meghatározóan befolyásolják a tanulók megtartását, és ezeket az iskola befolyásán túl érdemes kibővíteni. Gyakran magától értendően tűnik, hogy az előzetes ápolói tapasztalatok a hallgatókat a szakma felé húzzák. Vizsgálatunk szerint ezek a tapasztalatok az utolsó pillanatig ugyanúgy visszahúzó erőt is jelenthetnek. Úgy véljük, hogy részletesen kutatást érdemes szánni annak felderítésére, hogyan az ápolással kapcsolatos korábbi beidegződések milyen módon akadályozzák a későbbi diplomaszerezést és az ápolói munkát. Ami pedig a regressziós modell prediktív megbízhatóságát illeti, a szerzők elismerik, hogy ezek a független változók csak részben magyarázzák a függő változó varianciáját (23% és 34%). Ez azt is jelenti, hogy a diákok diplomaszerezési szándékuk jelenlegi független változói mellett a variancia 77%-a maradt tisztázatlan, illetve az 66%-os variancia is megmagyarázatlan, hogy miért döntenek a pályán maradás mellett a hallgatók a diploma megszerzése után. Lehet, hogy számos további változó választ tudna adni a diákok döntéseire, amit eszközünkben nem mértünk. Ez nem jelenti azt, hogy a kutatásban használt eszköz nem volt érvényes, inkább felhívás az eszköz finomítására, hogy a jövőbeni kutatásoknál jobban alkalmazhatóvá váljon. Végül, de nem utolsósorban, a

mintában jól látható a nemzetközi migráció húzóereje. A diákok nagyobb valószínűséggel maradnak a pályán a diploma megszerzése után, amennyiben külföldi munkalehetőséget is szóba jön. Idéztük Lai és munkatársait (2008), miszerint a tajvani diák minta 19%-ának nem az ápolói szakma volt az elsődleges választása. Más szemszögből nézve azok, akik "sokszor" vagy "mindig" mérlegelték a külföldi munkavállalást a mi mintánkban 19,4%-ot jelentettek. Lai és munkatársai tanulmányában lehet, hogy ez a 19% képviseli a hallgatóknak azt a csoportját, akik még a diploma megszerzése előtt elhagyják tanulmányaikat, más szóval, a lemorzsolódás aránya kezdettől fogva legalább 19%. A mi lemorzsolódási arányunk ugyancsak 19% ha a kivándoroló friss diplomásokat a szakma és általában a társadalom veszteségének tekintjük, de legalább is egy Magyarországról való lemorzsolódásnak. A rejtett lemorzsolódás is jellemző volt a megkérdezett hallgatókra, ami tanulmányaik befejezése után nyilvánult meg. Ezzel elismerjük, hogy az első és utolsó éves hallgatókra irányuló mintavételi stratégia olyan mértékben elfogult lehet, hogy a korai illetve látens motivációkat nem veszi figyelembe. A hallgatói lemorzsolódáshoz vezető viselkedési formák teljes körű felderítéséhez azonban több diák csoportot is be kell vonni a jövőbeni kutatások során. Az elemzés megállapította, hogy a vizsgált mintára jellemző volt a lemorzsolódás. Megerősítettük, hogy az oktatási intézmény szerepe és támogatása befolyásolja leginkább a hallgatók döntését, amikor az ápolói szakma mellett kötelezik el magukat. Megfigyeltük továbbá a család és a kortárs csoportok jelentős negatív hatását a hallgatók diplomaszerezési és pályán maradási szándékát tekintve. Előző tanulmányok erről nem beszélnek, tehát a téma tüzetes vizsgálatot érdemel jövőben kutatások során. Módszertani szempontból egyetértünk Gaynor és munkatársai (2006) felvetésével, aki egységesebb módszereket szorgalmaz az ápolási programok nemzetközi lemorzsolódási arányának számszerűsítésére. Tisztában vagyunk azzal, hogy az általunk a lemorzsolódási változók mérésére kifejlesztett eszköz hiányos és kísérleti jellegű. Mindazonáltal reméljük, hogy más kutatók pontosítják megközelítésünket és további értékelési szempontokkal egészítik ki az általunk használt mutatókat, melynek segítségével hatékonyabban előre lehet jelezni, hogy a hallgatók miért döntenek a szakmában maradás illetve annak elhagyása mellett. Arra a következtetésre jutottunk, hogy a lemorzsolódás komoly problémát jelent az ápolói oktatás számára, és ezt több oldalról is meg kell oldani. Az oktatási intézmény odafigyelése és folyamatos támogatása tűnik a legjobb, de nem egyetlen eszköznek a hallgatói lemorzsolódás megelőzésére. A dolgozat korlátai közé tartozik a saját fejlesztésű eszköz, melynek csak a tartalmi érvényessége volt megállapítható. Nem-rétegzett és a földrajzilag kevésbé átfogó mintavétel további korlátozást jelentett, amely lehet, hogy a magyar ápoló hallgatóknak nem egy reprezentatív mintáját eredményezte. Végül, pedig elismerjük, hogy a diploma megszerzésére és azután a szakmában való elhelyezkedésre irányuló szándék csupán a tényleges viselkedés legközelebbi megközelítése. Azoknak az ápolóknak a tényleges arányát, akik a diploma megszerzése előtt abbahagyták tanulmányaikat vagy a diplomájuk megszerzése után nem ápolóként helyezkedtek el, csupán egy megfelelő nyomon követést is magába foglaló hosszanti kutatási módszerrel lehetne megbecsülni.

Második fázis

A magyar és a cseh minta összevetéséből egyrészt a hasonlóságok megléte bizonyítja a hasonló ápolói magatartást a két ország ápolói körében. Az eltérések között figyelemre méltó a képzettség szintje, amelyben a csehországi főiskolai (és az egyetemi) szint erős jelenléte tükröződik. Az életkort, és a kapcsolódó változókat (gyermekszám, stb.) is figyelembe véve olyan modell alakítható ki, amely szerint a csehországi hallgatók vagy ápolói tapasztalattal léptek az oktatásba, vagy a főiskolai szint befejezése után léptek még magasabb oktatási szintre. A külföldi kollégákkal is egyeztetve az eredményeket, az a kép bontakozott ki előttünk, hogy a cseh hallgatókban egy erős pozitív beállítottság figyelhető meg az orvosi

hivatás iránt. Ennek elérésében közbülső állomásnak tekintik sok esetben az ápolói képzést és szakmai tapasztalatot. Mindezek alapján számíthatunk arra, hogy az idegen nyelv ismeretének változása Magyarországon hatással lesz az ápolóképzésre, a külföldi munkavállalásra. A középiskolások körében, a felsőfokú képzésre jelentkezők arányában már napjainkban is megmutatkoznak ezek a tendenciák. 3 év különbséggel a cseh eredmények lesznek itthon is tendenciózusak.

Javaslatok

Célszerű lenne az ápolói pályát választó hallgatók és az ápolóképzésben végzett hallgatók számának emelése. Az oktatási rendszer átalakítása, illetve a középfokú képzésben képzés vonzóvá tétele a képzési idő csökkentésével és az elsajátítandó tananyagtartalom későbbi BSc képzésbe történő részleges beszámításával. Szükséges lenne elérni a diplomás ápoló/ápoló (BSc) oklevéllel, az egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc) oklevéllel, valamint a BSc/MSc ápolói végzettségre épülő felsőfokú szakirányú továbbképzésekben (sürgősségi és triage szakápoló, intenzív szakápoló, műtő szakápoló, dializáló szakápoló, akut betegellátó) szerzett végzettséggel rendelkező ápolók kompetenciakörének rendeleti szintű meghatározását. A kapacitás ismeretében történjen a létszám tervezése, az ápolói minimum meghatározása. A megbecsültség növelése, a bér rendezése, életpálya modell kidolgozása és alkalmazása, az ápolói foglalkozás presztízsének növelése. Szükséges lenne a munkafeltételek javítására, Humán Erőforrás Stratégia kidolgozása – a demográfiai kihívásoknak való megfelelés. A pályaválasztási kedv növelésének, illetve a pályaelhagyás csökkenésének elérése. A külföldi munkavállalási kedv csökkenésének elérése a – fentiek szerinti - hazai feltételrendszer javításával.

Publikációk:

Pályaválasztás, ápolói tanulmányok, ápolói munka, pályaelhagyás, migrációs szándék vizsgálata témában készült publikációk:

1. Siket Adrienn, Szombati Zsolt: **Diplomázás után...**, NŐVÉR 1997; 10 (6): 39.
2. Siket Adrienn: **Az oktatás és képzés kutatása**, NŐVÉR 2000; 13. (4): 15 -23.
3. Siket Adrienn, Dr. Csontos András: **A Diplomás ápolóképzés hatékonyságának, illetve a végzett ápolók elégedettségének és kompetenciájának vizsgálata**, NŐVÉR PRAXIS 2002; 5 (5): 12-16.
4. Dr. Zrínyi Miklós, Dr.Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga, Siket Adrienn: **Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás**, EGÉSZSGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2007; 45. (1): 39-43.
5. Ujváriné Siket Adrienn: **A humán erőforrás helyzete összefüggése a pályaelhagyással az egészségügyben**: Nyíregyházi Főiskola, Szent Atanáz Katolikus Hittudományi Főiskola, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar: II. Doktorandusz Konferencia tanulmánykötete
6. Ujvarine AS, Betlehem J: **Hungarian nurse education.**, NURSE EDUCATION TODAY 28:(7) p. 880. (2008), IF: 0.702 WoS link / DOI: 10.1016/j.nedt.2008.05.003
7. Siket Ujvarine: **Ethics in Hungarian nursing education programs**, NURSING ETHICS 2008; 15 (5):696-697. , (2008. Impact factor: 0,962)
8. Ujváriné Siket A, Zrínyi M, Zékányné Rimár I, Tóth H, Betlehem J: **Pályaválasztás és elhagyás ápolók körében.**, Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa 2009. július 9-11. Veszprém, In: Betlehem et al: Absztraktgyűjtemény, Veszprém (2009) p. 98., ISBN: 978-963-06-7639-7

9. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Betlehem József, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga: **Ápoló hallgatók pályaválasztása, migrációs szándékai: A Nemzetközi III. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) konferencia kiadványa, 2009.** 164-173.
10. Ujváriné Siket, Adrienn, Dr. Zrínyi, Miklós, Dr. Betlehem József, Dr. Zékányné Rimár, Ilona, Tóth Helga, Takács Péter, Dr. Valéria Tothová: **Pályaválasztás, ápolói tanulmányok, ápolói munka, pályaelhagyás és migráció vizsgálata a magyarországi és csehországi hallgatók körében.** Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa 2010. április 29-30. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény, Szerk.: dr. Oláh A., Ujváriné Siket A., Dr. Betlehem J., 15.o., PTE ETK, ISBN 978-963-7178-61-0
11. Ujváriné Siket A., Dr. Zrínyi M, Dr. Betlehem J, Dr. Zékányné Rimár I, Tóth H, Dr. Kriszbacher I, Dr. Takács P.: **Az ápolóhallgatók támogatása és a pályaelhagyás összefüggései.**, In: Betlehem J, Oláh A. Fáy T.(szerk.), Absztraktgyűjtemény: Egészségügyi Szakdolgozók XLI Országos Kongresszusa. Kecskemét, Magyarország, 2010.06.24-2010.06.26., Kecskemét: p. 21.
12. Adrienn Siket Ujváriné, RN, MSN, Miklós, Zrínyi, RN, PhD, Helga, Tóth, RN, MSN, Ilona Rimár, Dr. Zékányné, RN, MSN, József, Betlehem, RN, PhD, Péter Takács, PhD, Valéria Tóthová, PhD : **Nurse students in the higher education and in the labour market. Comparative study among Hungarian and Czech nurse students,** Nursing 100 years after Florence Nightingale, 2010. sept. 9-10. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény 58.o., ISBN 978-963-473-413-0
13. Takács P., Ujváriné Siket A., Zrínyi M., Zékányné Rimár I., Tóth H., Betlehem J.(HU):**Further statistical analysis of a NEXT-based survey among nurses, Nurse students in the higher education and in the labour market. Comparative study among Hungarian and Czech nurse students,** Nursing 100 years after Florence Nightingale, 2010. sept. 9-10. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény 52.o., ISBN 978-963-473-413-0
14. Törő Viktória, Farkas Nóra, Papp Katalin, Ujváriné Siket Adrienn, Szelesné Árokszallási Andrea: **Career motivation of students applied for MSc nursing training,** University of Debrecen Health Faculty Nyíregyháza, Nursing 100 years after Florence Nightingale, 2010. sept. 9-10. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény 54.o., ISBN 978-963-473-413-0
15. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Betlehem József, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga, Dr. Takács Péter: **A hallgatói támogatás szerepe az ápolói pályán tartásban,** Sz.Sz.-B- Megyei Egészségügyi Szakdolgozók VI. Tudományos Napja, Nyíregyháza, 2010. november 26. , Absztraktgyűjtemény, ISBN:978-963-08-0466-0
16. Dr. Takács Péter, Ujváriné Dr. Siket Adrienn: **Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése,** A IV. Nyíregyházi Doktorandusz (PHD/DLA) Konferencia Kiadványa, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyházi Főiskola, Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola tanulmánykötete, Nyíregyháza, 2010. december 10. 265-275.o.
17. Ujvarine AS, Zrínyi M, Toth H, Zekanyne RI, Szogedi I, Betlehem J: **The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary.** NURSE EDUCATION TODAY 31:(1) 94-101. (2011), IF: 1.113* DOI: [10.1016/j.nedt.2010.04.003](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.04.003)
18. Ujvarine AS, Zrínyi M, Toth H, Zekanyne IR, Szogedi I, Betlehem J: **Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary.,** JOURNAL OF CLINICAL NURSING 20:(5-6) 882-891. (2011), IF: 1.228* [WoS link](#) / DOI: [10.1111/j.1365-](https://doi.org/10.1111/j.1365-)

[2702.2010.03405.x,http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03405.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03405.x)

19. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Betlehem József: **Ápolói mobilitás kérdései**, ETIINO 2011. 8. (1) 20-21.
20. Dr. Takács Péter, Ujváriné Siket Adrienn: **Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése**, ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGIA 2011. (2) 33-46.
21. Adrienn Siket Ujváriné Dr., Nóra Farkas, Péter Takács Dr., Zrínyi Miklós Dr., István Kalapos Dr., Zsigmond Kósa Dr., Attila Sárvány Dr., József Betlehem Dr. : **Questions of the migration**, University of Rzeszow, Lengyelország, 2011 September 15-16, Absztraktgyűjtemény
22. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Zrínyi Miklós, Dr. Betlehem József, Dr. Zékányné Rimár Ilona, Tóth Helga, Dr. Takács Péter, Dr. Valeria Tothova: **Csehországi és magyarországi ápoló hallgatók véleményének összehasonlító vizsgálata a felsőoktatásról és a munkaerő – piaci lehetőségekről**, In: A IV. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/ DLA) Konferencia Kiadványa, Debreceni Egyetem Orvos –és Egészségtudományi Centrum Egészségügyi Kar, Nyíregyházi Főiskola, Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola, Nyíregyháza, 2010. december 10., 215-223. o., Szerk. Semsei Imre, Mikóné Márton Julianna, Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press Készült a Debreceni Egyetem sokszorosító üzemében, 2011-ben. ISBN 978-963-318-174-4
23. Ujváriné Dr. Siket Adrienn: **A humánerőforrás kérdései az ápolásban** Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók X. Országos Találkozója, Szeged 2012. 10. 06. , Absztraktgyűjtemény
24. Dr. Adrienn Siket, Ujváriné, Dr. Katalin Papp , Dr. Attila Sárvány, Viktória Törő, Radó Sándorné, Lívia Demcsák Hajduné : **TÁMOP-6.2.2/B/12/1 applications, training programs in the health sector to improve services – Faculty of Health the University of Debrecen.**, Nursing of the 21st Century in the Process of Changes , 12 – 13 September 2013 , Kraskova 1, Nitra, Absztraktgyűjtemény
25. Ujváriné Dr. Siket Adrienn, Dr. Takács Péter, Dr. Zrínyi Miklós, Hajduné Demcsák Lívia, Radó Sándorné, Móricz Istvánné, Dr. Sárvány Attila: **Az OKJ képzésben tanuló és OKJ képzettséggel rendelkező ápolók pályaeorientációja, jövőképe és életminősége** , Nők az egészségügy életében, egészség a nők életében, DEEK Nyíregyháza, 2013. október 25., Absztraktgyűjtemény
26. Ujváriné Dr. Siket Adrienn, Dr. Takács Péter, Dr. Zrínyi Miklós, Hajduné Demcsák Lívia, Radó Sándorné, Móricz Istvánné, Dr. Sárvány Attila: **Ápoló tanulók és dolgozók pályaképének összehasonlító vizsgálata** , MESZK Sz. Sz. –B. Megyei Konferenciája , DEEK Nyíregyháza, 2013. 12. 13., Absztraktgyűjtemény
27. S. Ujváriné, P. Takács, M. Zrínyi, K. Papp, L. D. Hajduné, S. Radó, V. Törő, A. Sárvány: **Examination of nursing professional development and career motivation image in Hungary**. In: Ivana Bóriková, Ivan Farský, Katarína Žiaková (szerk.), Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve: Zborník abstraktov. 2014. pp. 140-141. ISBN:978-80-89544-69-1.
28. Ujváriné Siket Adrienn, Takács Péter, Zrínyi Miklós, Hajduné Demcsák Lívia, Radó Sándorné, Móricz Istvánné, Sárvány Attila: **A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei ápolók szakmai továbbképzési motivációja és pályaképe**, In: ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGIA 2015. (6) 79-101.

A közösségi ápoló tevékenysége, élet és munkakörülményei, kompetenciáinak vizsgálata az alapellátásban, egészségtanácsadás - Magyarországon és nemzetközi kitekintésben – főbb eredmények:

Eddigi eredmények:

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota

Bevezetés

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa a világ ápolóinak nevében szólva kinyilvánította azt a szándékát, hogy nemzetközi és nemzeti szinten is együttműködik annak érdekében, hogy az egészségügyi alapellátás a gyakorlatban is megvalósuljon [1]. Ez a szándéknyilatkozat tükrözte azt a közismert ténytet, mely szerint a legtöbb egészségügyi ellátási rendszerben eddig is az ápolói személyzet adta, és fogja adni a jövőben is az egészségügyi ellátás nagyobbik részét, ezért a nemzeti egészségügyi erőfeszítések sikere nagymértékben attól függ, hogy milyen az ápolói szakma felkészültsége és elhivatottsága.

A körzeti ápolók igen fontos szerepet töltenek be az egészségügyi alapellátásban. Munkájuk, felelősségük nem csupán a háziorvos munkájának a segítése, hanem a lakosság jó egészségi állapotának megőrzése és helyreállítása is. Ezt a fontos feladatot jól képzett, munkájával és munkakörülményeivel elégedett, stabil munkakörű körzeti ápolók tudják megfelelő szinten ellátni. Vizsgálatunkban a körzeti ápolók egészségi állapotára, élet – és munkakörülményeire és egészségi állapotára voltunk kíváncsiak. Jelen dolgozatunk célja továbbá az alapellátásban dolgozó körzeti ápolók ápolási, prevenciós és egészségfejlesztési feladatainak megismerése is, hiszen a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében a célok elérése és a feladatok megvalósítása érdekében a körzeti ápolók is sokat tehetnek [2].

Módszer

A kutatás előzményeként megemlítendő, hogy az alapellátás, s ezen belül a körzeti ápolók helyzetéről a TÁRKI vezetésével felmérés készült az Európai Unió HU9302 számú Phare Egészségügyi reformprogramja keretében 1996-ban. E kutatáson belül Molnár D. László vizsgálta, egyebek mellett, a körzeti ápolók helyzetét, s kutatási eredményeit a „Nővérek, védőnők” c. tanulmányban foglalta össze [3].

A kutatás alapvető módszere mail survey és összehasonlító statisztikai elemzés. Célzott tanulmány készült, egy olyan kvalitatív vizsgálat, amely céljának és jellegének megfelelően tervezett populációs körben nyújt információkat, hasznosítva a másodlagos adatokat is.

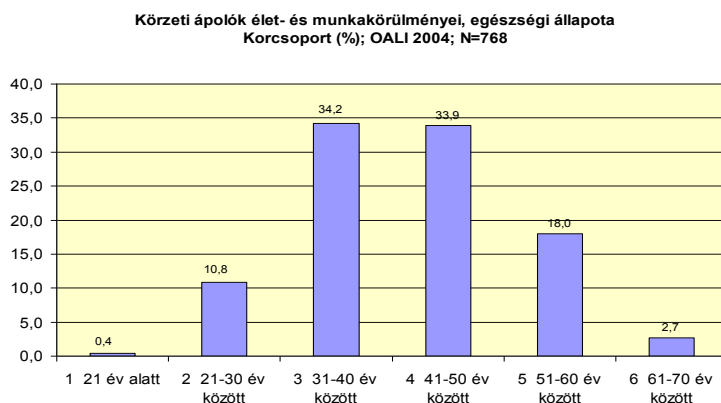
Kérdőívünk főbb kérdéskörei: életmód, munkavégzés, képzés, továbbképzés, praxis, életmód tanácsadás, munkahelyi elégedettség, jövedelem, pihenés, egészségi állapot, egészségi panaszok, orvoshoz fordulás, egészségmegőrzés megvalósításával kapcsolatos kérdések köre.

Az 5854 főt számláló körzeti ápoló alapsokaságból 2000 fős véletlen minta kiválasztása történt lista alapján, melyet az OALI végzett el. A mail survey keretén belül 2000 fő részére kiküldésre került a kérdőív [4], felkérő és eligazító levél kíséretében. Összesen 768 adatlap érkezett vissza, mely a tervezett minta 38 százaléka és az alapsokaság 13 százaléka. N=768.

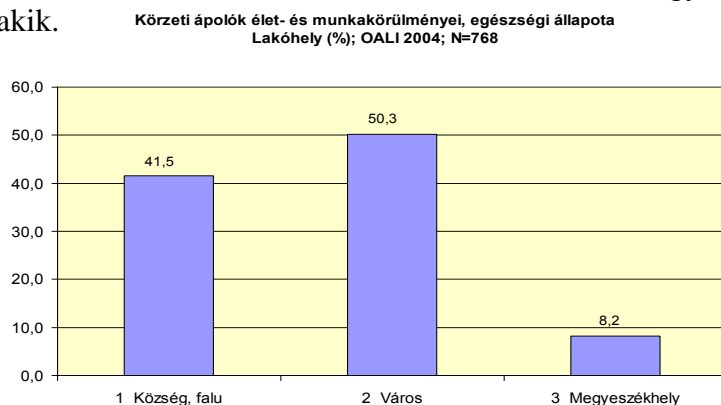
Eredmények

Az adatlapok visszaérkezési aránya megyék szerint: A válaszoló körzeti ápolók általában minden megyéből küldtek vissza adatlapot. A legtöbb adatlap Pest megyéből érkezett vissza (19 százalék), míg a legkevesebb Győr-Sopron-Moson megyéből.

Demográfiai jellemzők: A válaszoló körzeti ápolók korcsoport szerint leggyakrabban 30-50 év közöttiek.



Településtípus: A mail survey alapján visszaérkezett adatlapok szerint a körzeti ápolók 42 százaléka faluban, 50 százaléka városban, 8 százaléka megyeszékhelyen, beleértve Budapestet is, lakik.

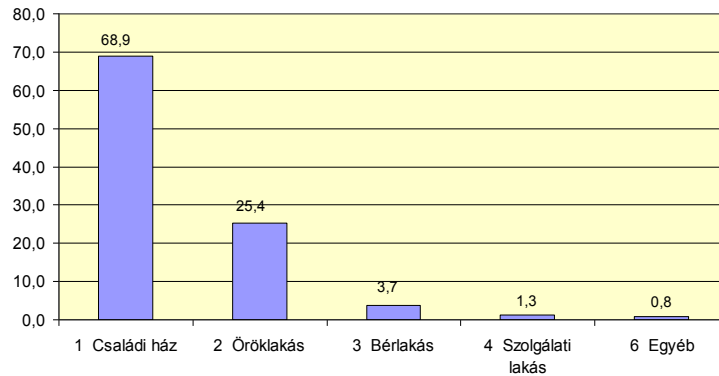


Iskolai végzettség: a válaszoló körzeti ápolók 0,3 százaléka 8 általános iskolát végzett, 17 százaléka 8 általános iskolát + egészségügyi szakiskolát, 29 százaléka egészségügyi szakközépiskolát, 52 százaléka egyéb középiskolát, illetve OKJ ápoló (technikum) iskolát, 0,1 százaléka egészségügyi főiskolát és 2,5 százaléka egyetemi okleveles ápoló.



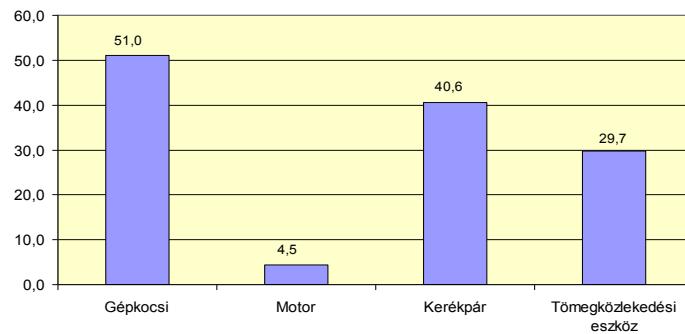
Lakás jellege: Tekintettel arra, hogy a körzeti ápolók, a visszaérkezett adatlapok tanúsága szerint az esetek 42 százalékában, faluban, 50 százalékban, városban, 8 százalékban megyeszékhelyen, beleértve Budapestet is, laknak, 69 százalékuk családi házban, 25 százalékuk öröklakásban lakik.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Lakás jellege, amelyben lakik (%); OALI 2004; N=768



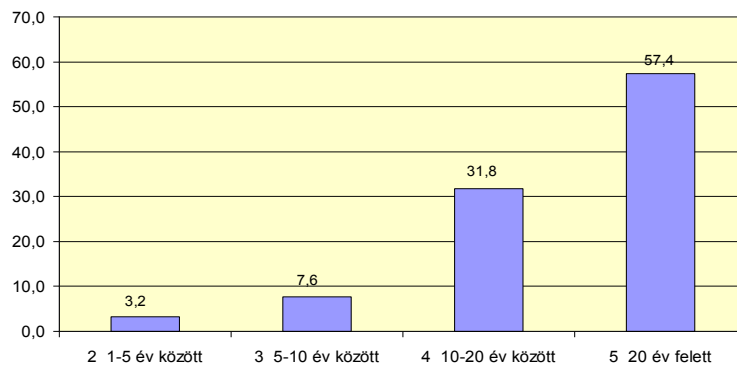
Munkához való közlekedés: A körzeti ápolók több mint fele, 51 százaléka gépkocsit használ a munkájához, 4,5 százaléka motort, 41 százaléka kerékpárt, 30 százaléka tömegközlekedési eszközt.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Közlekedés munkájához (%); OALI 2004; N=768



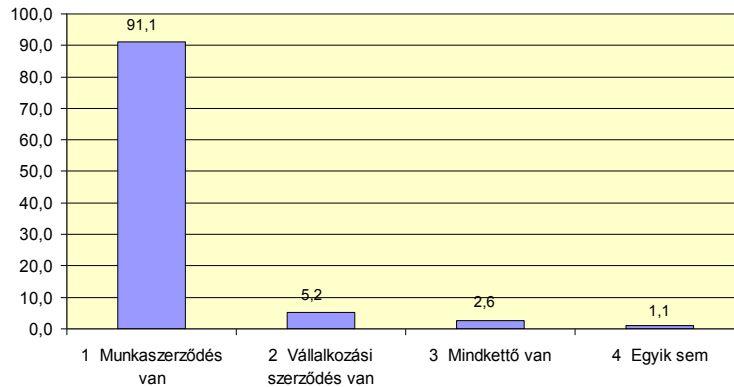
Mióta dolgozik egészségügyben: A körzeti ápolók túlnyomó többsége már legalább 10 éve dolgozik az egészségügyben. 3 százalék 1-5 éve dolgozik az egészségügyben, 8 százalék 5-10 éve, 32 százalék 10-20 éve, 57 százaléka több mint 20 éve.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Hány éve dolgozik az egészségügyben (%); OALI 2004; N=768



Írásos munkaszerződés: A körzeti ápolók túlnyomó többségének, 91 százalékának van írásos munkaszerződése, 5 százalékának vállalkozási szerződése van, 3 százalékának mindkettő és 1 százalékának egyik sem. Látható, hogy a körzeti ápolók túlnyomó többsége alkalmazotti jogviszonyban dolgozik, annak minden előnyével és hátrányával együtt.

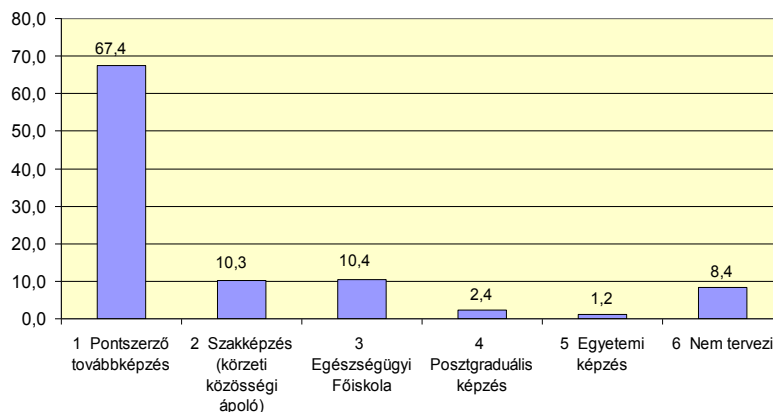
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Írásos munkaszerződése (%); OALI 2004; N=768



Részt venne-e szakmai képzésben: A körzeti ápolók mintegy 9 százaléka nem tervezi, hogy valamilyen szakmai képzésben részt vegyen, amely meglehetősen alacsony arány. Túlnyomó többségük, több mint 90 százalékuk tervezi, mégpedig 67 százalékuk pontszerző képzés formájában. Fennmaradó részük szakképzésben (körzeti közösségi ápolás; 10 százalék), egészségügyi főiskolai képzésben (10 százalék), posztgraduális képzésben (2 százalék), illetve egyetemi képzésben (1 százalék) venne részt. A szakmai képzésben, illetve továbbképzésben a részvételt a körzeti ápolók 61 százalékánál a munkáltató teljes egészében biztosítja, 35 százalékánál részben biztosítja, 5 százalékánál viszont nem biztosítja.

Ebben az évben szakmai továbbképzésen való részvétel: A körzeti ápolók 72 százaléka vett részt ebben az évben szakmai továbbképzésen, amely nem jelent ellentmondást a korábbiakkal, hiszen ezek a képzések nem feltétlenül szükségesek minden évben.

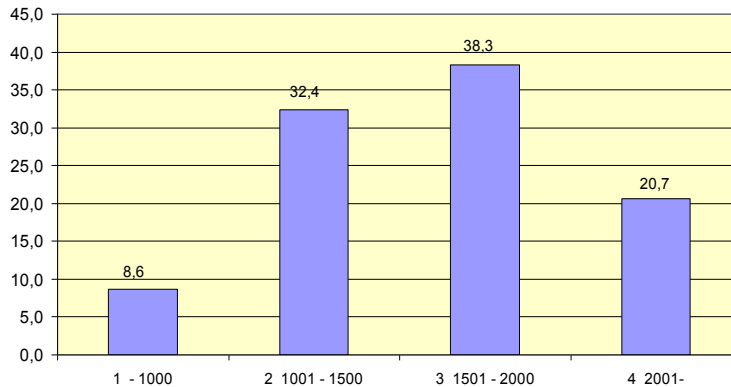
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Szakmai képzésben részt venne (%); OALI 2004; N=768



Hány településen van az ellátandó körzet: Többségük egyetlen települést lát el (79 százalék).

Praxisban a páciensek száma: A praxisban a páciensek száma követi az országos statisztikákat. Tíz százalékuk olyan praxisban dolgozik, ahol a praxisban a páciensek száma legfeljebb ezer fő, 32 százalékuk 1001-1500 fő ellátandó lakost, 38 százalékuk 1501-2000 fős, és 21 százalékuk több mint 2000 fős praxisban dolgozik.

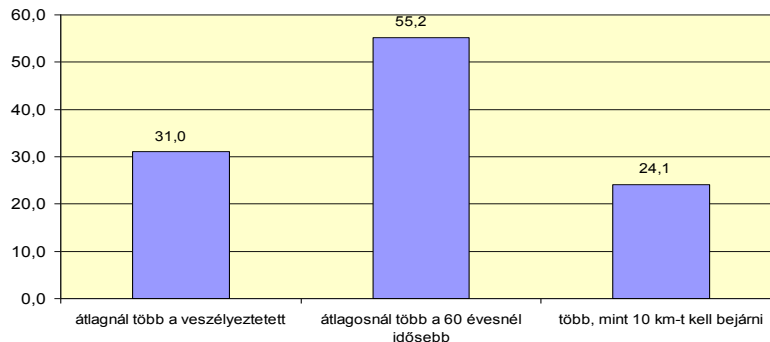
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Praxisban páciensek száma (%); OALI 2004; N=768



Ellátandó településrész jellege: A körzeti ápolók munkahelyén a körzetben a leggyakoribb a hagyományos városi jellegű rész (48 százalék), valamint városban még a lakótelep jellegű (25 százalék), faluhelyen pedig a zárt beépített falusi (44 százalék) és a tanyás rész (18 százalék).

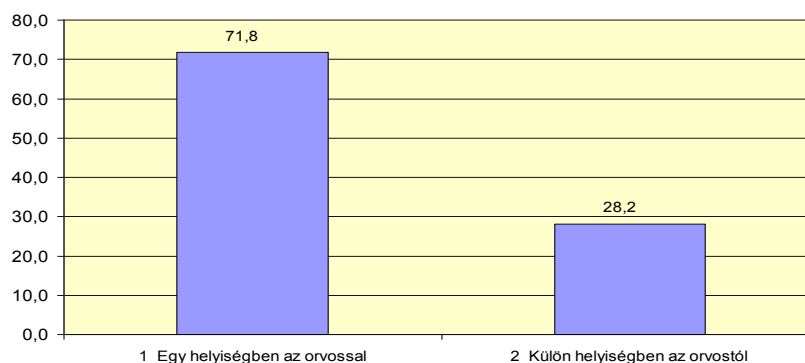
Körzet jellege: A megkérdezett és válaszoló körzeti ápolók csaknem egyharmada (31 százalék) vélte úgy, hogy a körzetében az átlagnál több a veszélyeztetett lakos, 55 százaléka szerint a körzetben az átlagnál több a 60 évesnél idősebb lakos, és 24 százaléka mondta, hogy több mint 10 kilométert kell bejárni a körzet ellátásához.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Körzet jellege (%); OALI 2004; N=768



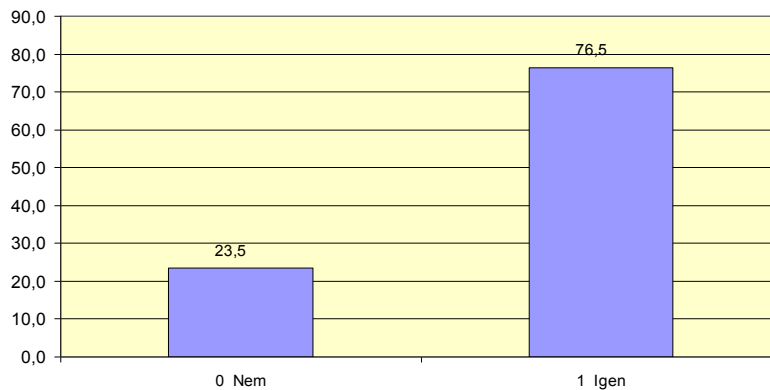
Munkahely kialakítása a körzetben: A körzeti ápolók 72 százaléka olyan munkahelyen dolgozik, ahol egy helyiségben dolgozik az orvossal, 28 százalékban pedig külön helyiségben dolgozik az orvostól.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Munkahely kialakítása a körzetben (%); OALI 2004; N=768



Kinek a feladata a helyettesítés biztosítása: A körzeti ápolók 87 százaléka véli úgy, hogy a helyettesítés biztosítása a munkáltató feladata, a fennmaradó 13 százaléka pedig, hogy a dolgozóé. E vélemény mögött minden bizonnyal az a tapasztalás húzódik meg, hogy a munkáltató biztosítja a helyettesítést. Sajnos az esetek 13 százalékában a munkáltató nem tudja vagy nem akarja megoldani a helyettesítést a szükséges esetekben, amely hátráltatja a dolgozó képzését, továbbképzését, akadályozza kikapcsolódási lehetőségét, továbbá esetenként gátolja fontos családi eseményeken való részvételét (lakóhelyétől távoli esküvő, temetés stb.), amely szintén fontos az emberek többsége számára. A körzeti ápolók 24 százalékának nem biztosított a helyettesítése a távollétükben, 76 százalékának igen.

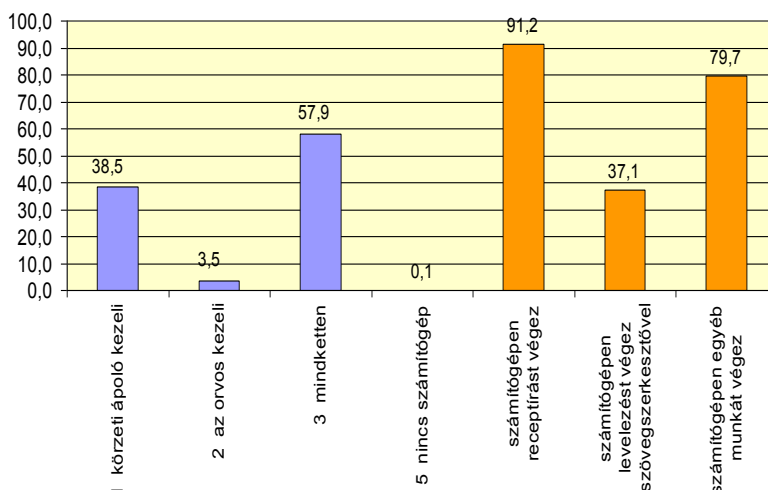
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Helyettesítése biztosított távollétében (%); OALI 2004; N=768



Munka jellemzői: A körzeti ápolók munkájának jellemző elemei a gyógyszerek szakszerű tárolása, kezelése, a megelőzés, szűrés és gondozás, nyilvántartás, az eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítése, az ápolási tevékenységek végzése, a mentőszolgálat útján beteg sürgős ellátásának megszervezése, a házi segítőszolgálattal, otthoni szakápolással, védőnői szolgálattal együttműködés, a veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén elsősegélynyújtás, az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítás, tanácsadás, a beteg testi higiéniájának biztosítása, megszervezése, és a praxis menedzsmentben való részvétel. E tevékenységek végzésében a körzeti ápolók 33-96 százaléka vesz részt. Látható, hogy a körzeti ápolók 29 százaléka nem vesz részt egészségnevelés, egészségügyi felvilágosítás, tanácsadás jellegű munkában, 34 százaléka a beteg testi higiéniájának biztosításában, megszervezésében, és 67 százaléka nem vesz részt a praxis menedzsmentben. Utóbbi arra utal, hogy a körzeti ápolók gyakorlatilag kiszolgáló személyzetként tevékenykednek, akiknek az esetek többségében nincs beleszólásuk a praxissal kapcsolatos érdemi stratégiai döntésekbe.

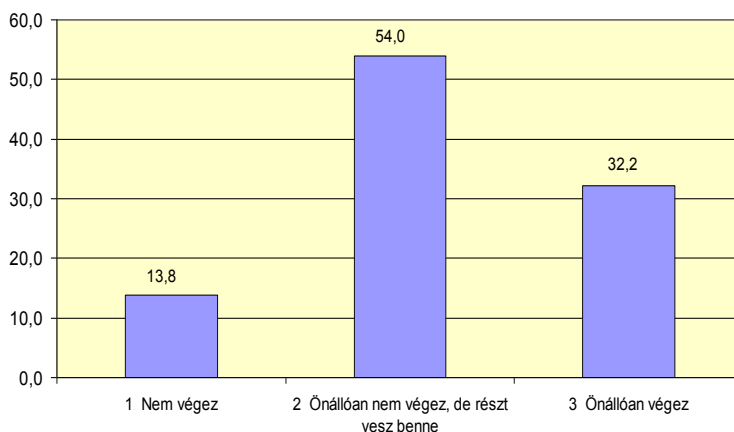
Számítógép kezelése: A körzeti ápolók munkájának fontos segítő eszköze a számítógép. Szerencsés, hogy az orvos nem sajátítja ki magának a számítógép kezelését, hiszen az esetek 39 százalékában a számítógépet a körzeti ápoló kezeli, 4 százalékban az orvos kezeli, 58 százalékban pedig mindketten kezelik. A körzeti ápolók 19 százaléka végez receptírást a számítógépen, 37 százaléka végez levelezést szövegszerkesztővel, 80 százaléka pedig egyéb munkát is elvégez a számítógépen.

Közzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Számítógép kezelése (%); OALI 2004; N=768



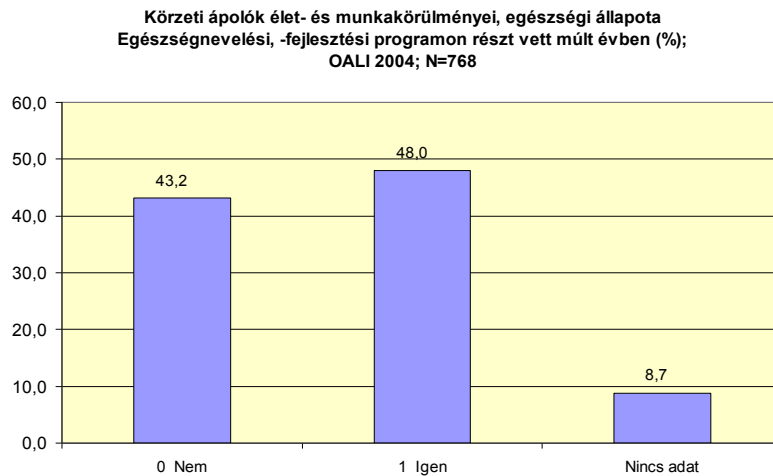
Egészségnevelés, egészségfejlesztés: A közzeti ápolók 14 százaléká nem végez semmilyen egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységet, 54 százaléká önállóan nem végez, de részt vesz benne, és 32 százaléká önállóan végez ilyen tevékenységet. Mindez arra utal, hogy a közzeti ápolók, bár végeznek egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységet, önállóságuk ebben a munkában általában korlátozott.

Közzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységet (%);
OALI 2004; N=768



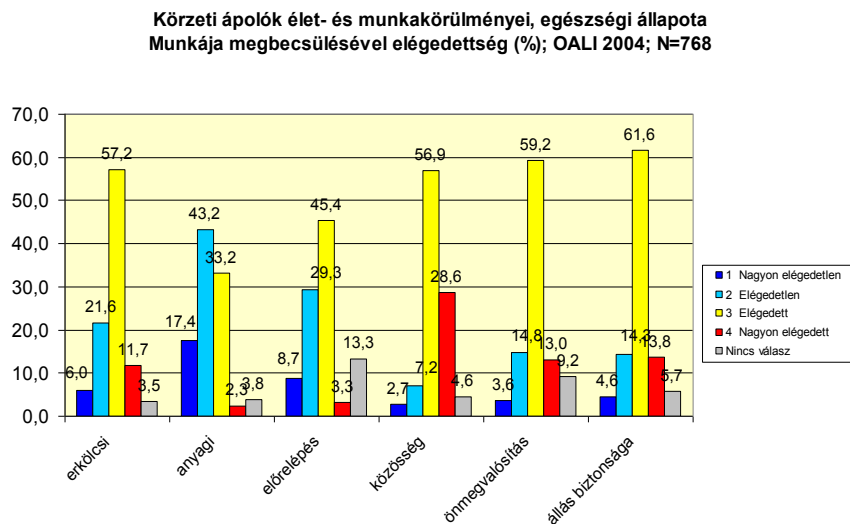
Tanácsok adása, felvilágosítás: A közzeti ápolók, korlátozott önállóságú egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységük ellenére számos esetben tanáccsal, felvilágosítással szolgálnak a betegek és hozzátartozóik, valamint a hozzájuk forduló lakosság számára. Étkezési tanácsokat adnak cukorbetegeknek, tanácsot, felvilágosítást a magas vérnyomás tüneteiről, a cukorbetegség figyelmeztető tüneteiről, étkezési tanácsokat az elhízott betegnél, tanácsokat a dohányzásról való leszokáshoz, étkezési tanácsokat a szív-érrendszeri betegeknek, felvilágosítást a szívinfarktus figyelmeztető tüneteiről, a daganatos betegségekről, a mozgásformákról és a gerincbetegségekről, tanácsokat a túlzott alkoholfogyasztásról leszokáshoz, felvilágosítást a dohányzás és terhesség összefüggéséről, a szív-érrendszeri betegségeknél ajánlott mozgásformákról, a szélütés figyelmeztető tüneteiről és kockázati tényezőiről, a dohányzás és szájhygiene összefüggéséről, a kábítószer használat tüneteiről annak felismeréséhez, és tanácsokat a kábítószerrel való leszokáshoz.

Egészségnevelési, egészségfejlesztési programon részvétel: A körzeti ápolóknak csupán a fele, 48 százaléka vett részt az elmúlt évben valamilyen egészségnevelési, egészségfejlesztési programban.



Munkája képzettségéhez viszonyítva: A körzeti ápolóknak 84 százaléka úgy véli, hogy a munkája a képzettségének megfelelő szakmai színvonalú, 11 százaléka szerint munkája alacsonyabb színvonalú a képzettségénél, 5 százaléka szerint pedig magasabb. Eszerint a körzeti ápolók véleménye saját képzettségükről és az általuk végzett munka színvonaláról alapján véve az esetek többségében megegyezik.

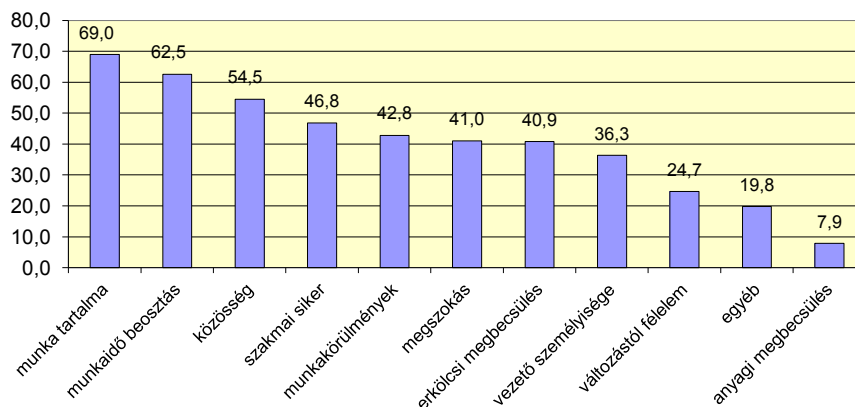
Elégedettség munkája megbecsülésével: A körzeti ápolók munkájuk megbecsülésével általában elégedettek. Leginkább a közösség megbecsülésével elégedettek nagymértékben és az anyagi megbecsüléssel elégedetlenek a leginkább. Meglehetősen elégedettek az állásuk biztonságával, az önmegvalósítási lehetőségekkel és munkájuk erkölcsi megbecsülésével is. Az anyagi megbecsülés után az előrelépési lehetőségekkel a legkevésbé elégedettek.



Pálya elhagyását tervezni: A körzeti ápolóknak csupán 14 százaléka tervezi, hogy 5 éven belül elhagyja a pályát, azonban ez sem kevés, hiszen képzésük költségei és szakmai tapasztalataik alapján az egészségügyi alapellátásban szükség volna rájuk.

Mi marasztalja az egészségügyben: A körzeti ápolókat elsősorban a munka tartalma (69 százalék), a munkaidő beosztás (63 százalék), a közösség (55 százalék), kisebb mértékben a szakmai sikerek (47 százalék) és a munkakörülmények (43 százalék) marasztalják az egészségügyben. A körzeti ápolókat az anyagi megbecsülés (8 százalék) és a változástól való félelem (25 százalék) marasztalja a legkevésbé az egészségügyben.

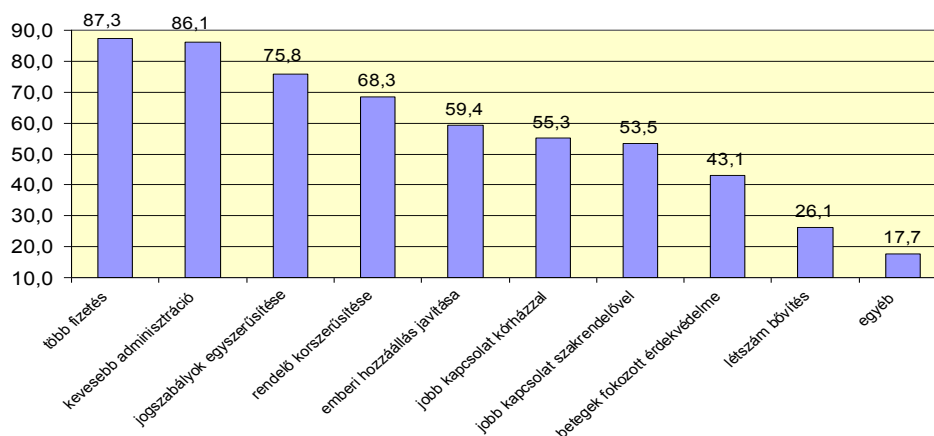
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Mi marasztalja az egészségügyben (%); OALI 2004; N=768



Alapellátás helyzetének alakulása: Az alapellátás helyzete az elmúlt két évben a körzeti ápolók 37 százaléka szerint nem változott, 11 százaléka szerint jobb, 1 százaléka szerint sokkal jobb lett, 38 százaléka szerint rosszabb, 13 százaléka szerint sokkal rosszabb lett. Összességében a körzeti ápolók 37 százaléka szerint az alapellátás helyezte nem változott, 12 százaléka szerint jobb lett, több mint fele, 51 százaléka szerint rosszabb lett.

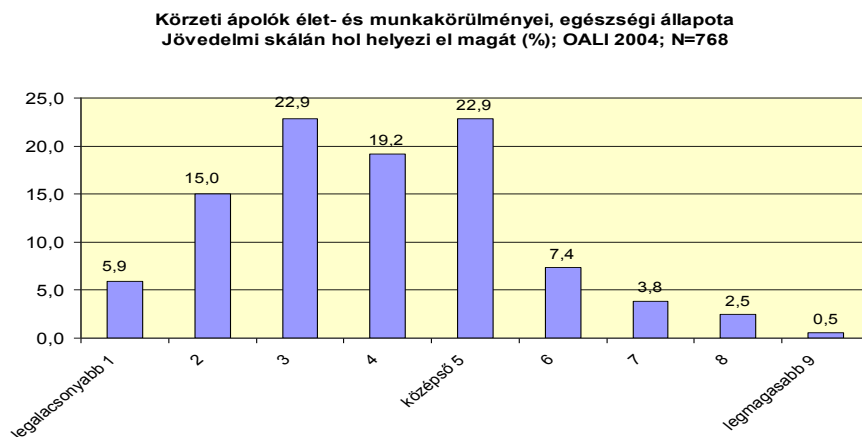
Alapellátás helyzetének javítása: Az alapellátás helyzetének a javításához a körzeti ápolók 87 százaléka szerint több fizetést kellene adni. 86 százaléuk kevesebb adminisztráció kellene, 76 százaléuk szerint a jogszabályok egyszerűsítése, 68 százaléuk szerint a rendelő korszerűsítése, 59 százaléuk szerint az emberi hozzáállás javítása, 55 százaléuk szerint jobb kapcsolat a kórházzal, 54 százaléuk szerint jobb kapcsolat a szakrendelővel, 43 százaléuk szerint a betegek fokozott érdekvédelme, 26 százaléuk szerint létszámbővítés, 18 százaléuk szerint egyéb intézkedések, tényezők.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Fontos alapellátás helyzetének javításához (%); OALI 2004; N=768

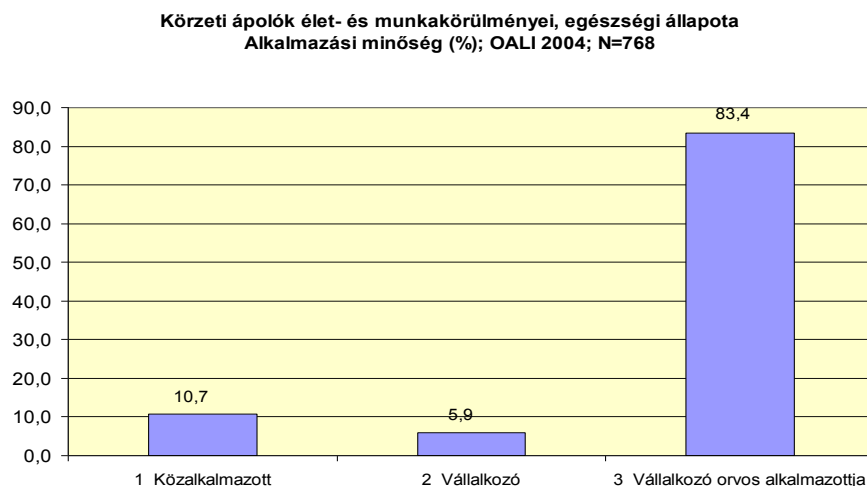


Jövedelem: A körzeti ápolók azon az 1 és 10 közötti skálán, ahol 1 a legalacsonyabb és 10 a legmagasabb szintet jelöli, a többség általában az alacsonyabb szinteken határozta meg a jövedelmét. A válaszolók 23 százaléka helyezte el magát a középső jövedelmi ponton, 13 százaléka ennél magasabban (egyetlen válaszoló helyezte el magát a legmagasabb 10-es jövedelmi ponton ezen a skálán), 64 százaléka pedig ennél alacsonyabban, ezen belül a 4-es jövedelmi ponton 19 százalékkal, a 3-as jövedelmi ponton 23 százalékkal, a 2-es jövedelmi ponton 15 százalékkal, és a legalacsonyabb 1-es jövedelmi ponton 6%.

Jövedelem forrása: A körzeti ápolók túlnyomó többségének, 91 százalékának van írásos munkaszerződése, 5 százalékának vállalkozási szerződése van, 3 százalékának mindkettő van, tehát a körzeti ápolók túlnyomó többsége alkalmazotti jogviszonyban dolgozik. Főállású jövedelmükön kívül az esetek 26 százalékában hálapénzből, 23 százalékában másodállásból, 16 százalékában egyéb forrásból, 12 százalékában alkalmi fizikai munkából, 6 százalékában vállalkozásból és 4 százalékában alkalmi szellemi munkából is van valamennyi jövedelme.



Alkalmazási minőség: A körzeti ápolók túlnyomó többsége, 83 százaléka vállalkozó orvos alkalmazottja, 11 százaléka közalkalmazott, 6 százaléka vállalkozó. Mindez alapján véve a körzeti ápolók háziórvosnak való kiszolgáltatottságára utal.



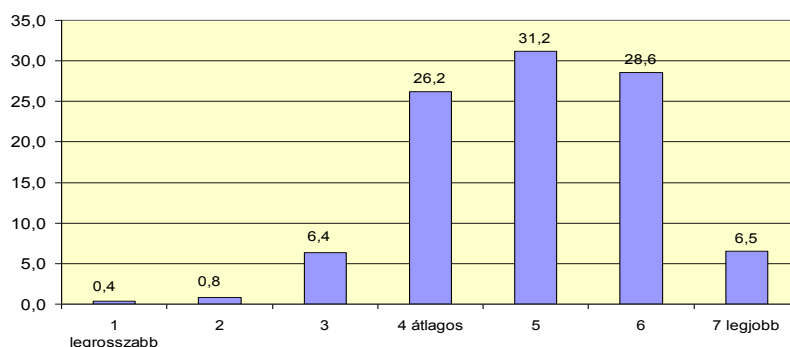
Új vállalkozás indításának terve: A körzeti ápolók 91 százaléka nem tervezi új vállalkozás kezdését, 4 százaléka a jelenlegi foglalkozásában tervezi, 6 százaléka a jelenlegitől eltérő foglalkozásban tervezi.

Évi rendes szabadságát kivétele: A körzeti ápolók 7 százaléka nem veszi ki évi rendes szabadságát, 40 százaléka részben, 52 százaléka teljes egészében kiveszi. Gyakorlatilag a körzeti ápolók fele nem vagy csak részben veszi ki rendes évi szabadságát.

Testmagasság, testsúly, body mass index (BMI): A körzeti ápolók a 31-60 éves korcsoporton belül is szignifikánsan ($p=0,001$) súlyosabbak a testmagasságukhoz képest, mint azonos korú és nemű társaik, a BMI index az előbbi csoportban átlagosan 25,2, míg az utóbbi csoportban 24,3 kg/m^2 .

Egészségi állapot: A körzeti ápolók azon a hétfokozatú skálán, amelyen 1 a legrosszabb és 7 a legjobb, 4 pedig az átlagos egészségi állapot pontszámot jelenti, az esetek többségében jónak minősítették saját egészségi állapotukat.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Egészségi állapot osztályzata (%); OALI 2004; N=768



Testi egészség: A körzeti ápolók azon a négyfokozatú skálán, amelyen 1 a legrosszabb és 4 a legjobb testi egészségi állapot pontszámot jelenti, az esetek többségében jónak minősítették saját testi egészségi állapotukat.

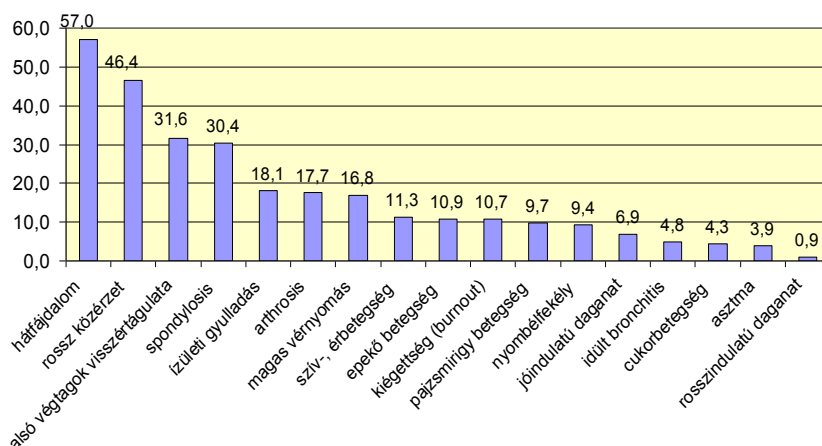
Lelki egészség: A körzeti ápolók azon a négyfokozatú skálán, amelyen 1 a legrosszabb és 4 a legjobb lelki egészségi állapot pontszámot jelenti, az esetek többségében a testi egészségi állapothoz hasonlóan jónak minősítették saját lelki egészségi állapotukat.

Emberi kapcsolatok: A körzeti ápolók azon a négyfokozatú skálán, amelyen 1 a legrosszabb és 4 a legjobb emberi kapcsolatok pontszámot jelenti, az esetek többségében jónak vagy kiválóan minősítették másokkal való emberi kapcsolataikat.

Sportolás rendszeressége: A körzeti ápolók viszonylag ritkán, de a lakossághoz viszonyítva még mindig gyakrabban sportolnak. A körzeti ápolók 26 százaléka soha vagy ritkábban, mint havonta sportol valamit, 31 százalékuk ennél gyakrabban, de ritkábban mint hetente sportol.

Betegségek, panaszok: A körzeti ápolóknak viszonylag sokféle betegsége, panasza van, amelyek között leggyakrabban az ülő életmóddal is összefüggő hátfájdalom (57 százalék), továbbá a rossz közérzet (46 százalék), az alsó végtagok visszértágulata (32 százalék) és a csigolyák megterhelésével és csörképződésével kapcsolatos fájdalmas spondylosis (30 százalék) szerepel.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Betegsége, panasza van (%); OALI 2004; N=768



Betegségek, kezelések: A körzeti ápolók 15 százaléka szed magas vérnyomás ellen gyógyszert és 1,3 százalékanak van munkáját korlátozó szívbetegsége.

További panaszok, betegségek: A budapesti azonos korú 31-60 éves nőekkel összehasonlítva a körzeti ápolók között gyakoribb a derékfájás ($p < 0,05$), míg a budapesti nők között gyakoribb a szív- érbetegség, köhögés, fulladás, légszomj, bokaduzzadás, idegesség és álmatlanság ($p < 0,05$). A körzeti ápolók 4-5 százaléka szenved cukorbetegségben, 12 százaléka enyhébb fokú szív- érbetegségben (1,3 százalékanak van munkáját korlátozó szívbetegsége), 21 százaléka rendszeresen köhög, 12 százalékat kínozza fulladás, légszomj, 41 százalékanak van állandó derékfájása, hátfájdalma, 20 százalékanak van gyakori gyomorégése, hányingere, 6 százalékanak van gyakran hasmenése és 1 százalékanak véres széklete, 12 százalékanak bokaduzzadása, lábszárfekély nem fordul elő. A körzeti ápolók 31 százaléka érez gyakori vagy állandó idegességet, 12 százaléka depressziót, 24 százalékat álmatlanság gyötri, 7 százalékanak rossz a hallása és 17 százalékanak rossz a látása.

Pszichiátria, fájdalomcsillapító, nyugtató, altató szedés: A körzeti ápolók 5 százalékat kezelték már pszichiátriai betegség miatt. Az elmúlt 14 napon belül 46 százalékuk bevett már fájdalomcsillapítót, 19 százalékuk nyugtatót, 5 százalékuk altatót.

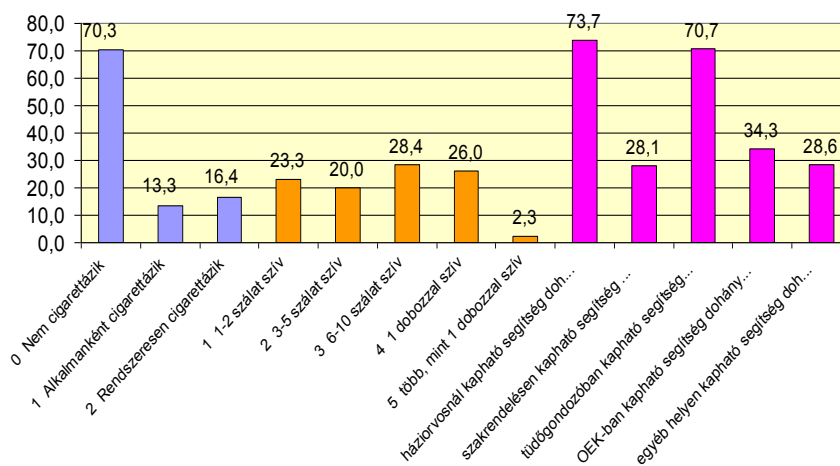
Választott házi orvos, orvoshoz fordulás: A körzeti ápolók 97 százalékanak van választott háziorsosa. A körzeti ápolók 3 százaléka 1 héten belül volt orvosnál, 7 százaléka régebben, de 1 hónapon belül, 8 százaléka régebben, de fél éven belül, 9 százaléka régebben, de egy éven belül, 6 százaléka régebben, de öt éven belül, 61 százaléka pedig soha nem volt orvosnál.

A körzeti ápolók 6 százaléka a múlt évben hatszor vagy többször volt orvosnál, 7 százaléka négyszer vagy ötször, 27 százaléka két-háromszor, 31 százaléka egyszer, 27 százaléka egyszer sem volt orvosnál a múlt évben.

Egészségügyi ellátás igénybevétele: A körzeti ápolók 28 százaléka volt járóbeteg-szakrendelésen az elmúlt három hónapon belül, 13 százaléka feküdt kórházban legalább egy napig, és 11 százaléka volt táppénzes állományban.

Dohányzás és segítség leszokáshoz: A körzeti ápolók 70 százaléka nem cigarettázik, további 13 százaléka pedig csak alkalmanként, 16 százaléka pedig rendszeresen cigarettázik. A dohányos körzeti ápolók 23 százaléka naponta 1-2 szálát szív el, 20 százaléka 3-5 szálát, 28 százaléka 6-10 szálát, 26 százaléka egy dobozzal, 2 százaléka pedig több mint 1 dobozzal szív el. Arra a kérdésre, hogy szerintük hol kapható segítség a dohányzásról való leszokáshoz a körzeti ápolók 74 százaléka úgy vélte, hogy a házi orvosnál, 28 százaléka szerint szakrendelésen, 17 százaléka szerint a tüdőgondozóban, 34 százaléka szerint az OEK-ban, 29 százaléka szerint pedig egyéb helyen kapható ehhez segítség.

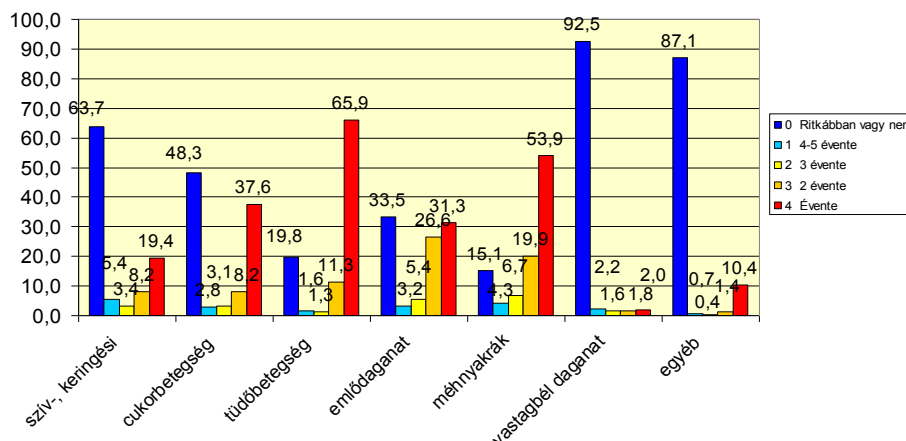
Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Dohányzás és segítség leszokáshoz (%); OALI 2004; N=768



Alkoholfogyasztás: A körzeti ápolók 56 százaléka nem fogyaszt alkoholt, további 13 százaléka alkalmanként, 0,3 százaléka pedig rendszeresen.

Szűrővizsgálatokon részvétel: A körzeti ápolók túlnyomó többsége általában nem vett részt vastagbél daganattal, és szív- keringési betegséggel kapcsolatos szűrővizsgálaton. Évente a legtöbbben tüdőszűrésen (66 százalék), méhnyakrák szűrésen (54 százalék), cukorbetegség szűrésen (38 százalék) és emlődaganat szűrésen (31 százalék) vettek részt.

Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota
Szűrővizsgálatokon részvétel (%); OALI 2004; N=768



Megbeszélés

Az 1996-ban elfogadott Ljubljana Karta [5] az egészségügyi ellátás átszervezéséről konkrétan megfogalmazta azokat az alapelveket, amelyeknek az egészségügyi rendszerre irányuló átszervezéseket vezérelniük kell. Ezek közé tartozik, hogy az egészségügyi rendszer reformjának irányelveit az emberi méltóság, méltányosság, szolidaritás és hivatás-etika szabja meg; világos célokat tűzzön ki az elérendő egészségnyereségre vonatkozóan; legyen emberközpontú; összpontosítson a minőségre; megfelelő pénzügyi alapokon nyugodjon; és hangsúlyosan forduljon az alapellátás felé. Az alapellátásban a reformoknak azt kell biztosítaniuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások minden szinten óvják és elősegítsék az egészséget, fejlesszék az életminőséget, előzzék meg és kezeljék a betegségeket, rehabilitálják a betegeket, és gondoskodjanak a halálos betegségekből szenvedőkről.

Ma Magyarországon az orvos-beteg találkozások átlagos időtartama azonban igen rövid (a járóbeteg-ellátásban 5,9 perc volt) [6], aminek következtében a jelenlegi feltételek mellett valószínűtlen, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok tevékenysége az egészségfejlesztés, vagy ezen belül az egészségnevelés irányába lényegesen bővüljön.

Az egészségügyi alapellátásnak az orvosokon kívül kulcsfontosságú szereplői az egészségügyi dolgozók legnagyobb csoportját képviselő ápolók is. Az Egészségügyi Világszervezet szerint az alapellátás az ápolási gyakorlat magától értetődő kibővítése [7]; az egészségügyi alapellátás alapvető tevékenységei közül igen sok az ápolás körébe is besorolható. Az ápolók kapcsolatot tartanak a betegekkel, illetve azok családjával (így tehát egészséges emberekkel), ezért az egészséggel kapcsolatos információk átadásában lényeges szerepet játszhatnak, különösen, ha képzésük során erre felkészítést kapnak.

Az ápolók az alapellátásban csak úgy láthatják el munkájukat teljes értékűen és hozzáértéssel, ha az ápolói alapképzést és a továbbképzést bővítik, és az ápolást meghatározó jogi szabályozást is ennek megfelelően módosítják [8]. Sok egészségi probléma forrása az egyéni és közösségi életmódban keresendő, így megoldásuk változtatást kíván a gondolkodásban, viselkedésben, az életvitelben. Ezeknek a problémáknak a hatékonyabb megoldása az ápolóktól kreativitást, képzelőerőt és innovatív megközelítést igényel.

Vizsgálatunk eredményei szerint a körzeti ápolók - főleg ha főiskolai oklevéllel is rendelkeznek - jelentős szerepet vállalhatnak a betegek, illetve a családtagok tanácsadásában. Ennek a legfőbb akadálya az, hogy a magyarországi hagyományok az egészségügyi alapellátásban csak az orvost ismerik el a betegekkel kapcsolatban álló, önálló rendelkezési joggal bíró szereplőként. Más országokban ugyanakkor az orvoson kívül más, megfelelően képzett szereplőknek is jelentős feladataik vannak a betegek képzésével, tanácsadásával kapcsolatban, sőt egyes vizsgálati (szűrő) módszerek alkalmazásában is.

Erre példa Finnország, ahol az Észak- Karélia Programban [9] a hipertóniás betegek szűrését hipertónia ambulanciák végezték, amelyeket ún. public health nurse vezetett. Ezek az orvosi rendelő mellett, azzal egy épületben működtek, és feladatuk volt az orvoshoz bármilyen okból vizsgálatra jelentkezők vérnyomás – szűrése, illetve a kezelt hipertóniások követése is. Célszerű lenne itthon is működtetni az orvosi rendelők mellett olyan, diplomás ápolók által vezetett rendeléseket, amelyek hipertónia és diabetes - szűrés, életmód vizsgálatot, életvezetési tanácsadást végezhetnének. Ehhez szükséges az is, hogy a jövő házi- orvosa prevenció – orientált eszmény legyen, aki irányítja a csapatot (a diplomás ápolókat, a védőnőket, a körzeti ápolókat, a házi betegápolókat, a szociális gondozókat, gyógytornászokat) és delegálja a feladatokat a diplomás ápolónak. Ezeknek a rendeléseknek szükséges illeszkedniük a teljes egészségügyi ellátás rendszerébe, megfelelően kialakított szervezeti és anyagi feltételekkel. Finnországban az egészségügyi alapellátás Egészségügyi Központokban történik [10]. Az egészségügyi központok eleinte a már meglévő intézményekből alakultak ki, helyi orvosi rendelők, helyi kórházak részlegeiből, melyeket célszerű módon kiegészítettek. Egy központ általában mintegy 10. 000 lakost lát el. A legtöbb egészségügyi központban 4-6 orvos dolgozik, minden orvosra 11 fő egyéb képesítésű egészségügyi munkatárs jut. Működtetnek kislaboratóriumot, röntgen-diagnosztikai laboratóriumot, fizioterápiát is. Fektetőrészlegük is van, itt történik a kórházakból hazabocsátott betegek rehabilitációja. Az Anya és Gyermektanácsadók a központok szervezetén belül helyezkednek el, szétszórtan a lakosság közelében, gyermekkorral elérhető távolságban. Az egészségügyi centrum szülész- és ápolói a tanácsadóval szoros funkcionális kapcsolatban dolgoznak. A tanácsadók népszerűségét a magas megjelenési arányszám és az eredmények igazolják. Az egészségügyi központok munkájában nagy jelentőséggel bír az egészségnevelés. Ezt nem általános formában, hanem speciális területekre szervezik és alkalmazzák. Ilyen például a szervezett családtervezési témájú tanácsadás, de ide sorolható a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegséget megelőzését célzó tanácsadás is. Az iskola-egészségügyi ellátás is a központok kötelessége. Szolgáltatásaik közé tartozik a mentálhigiénés és szociálpszichiátriai munka is. A központ szervezi a munkaegészségügyi és a betegellátási feladatokat is. A betegápolók gyakrabban keresik fel az ápolott betegeket, mint az orvosok. Az egészségügyi ellátás első vonalában arra törekcsenek, hogy a munka nagyobb hányadát ápolók, szülész- és pszichoterapeuták végezzék, akik az alapellátásban működő orvosok által vezetett csapatok személyzetéhez tartoznak. Így az ápolók olyan munkát is elvégeznek, amely Magyarországon orvosi feladat. A közegészségügyi – prevenció-ápolók (public health nurse) szervezik a szűréseket, adják a védőoltásokat, gondozásba veszik a hipertóniás betegeket, és gyógyászati segédeszközökkel látják el az arra rászorulókat. A szülész- és ápolók gondozzák a normál terhéseket.

A brit alapellátási rendszerben a szolgálatok a családorvosok köré tömörülnek [11]. Egy épületben 2-6 családorvos rendel. Ebben az épületben foglal helyet a fogadó és írnok személyzet, a praxis-nővér, a gyógyszerész, a praxis- menedzser, a szülész- és védőnő is. Kiemelendő, hogy a praxis –nővér külön rendel, más, az orvosától független helyiségben is, és kizárólag ápolási, felvilágosítási tevékenységet folytat. Az ő feladata a vérnyommérés, a vérvétel, a védőoltások adása, a szűrési és diagnosztikai vizsgálatok kivitelezése (EKG, oscillometria), néhány krónikus betegségre (asthma, diabetes) tartósan szedett gyógyszerek

receptjeinek, illetve ápolási eszközök, segédeszközök felírása, életmódbeli és ápolási tanácsadás [12]. A körzeti ápolónők szoros kapcsolatban állnak a rendelőkkel, bár tevékenységüket a betegek otthonaiban folytatják. Munkájukat egészségügyi szolgálatok által kidolgozott standardok alapján végzik. Tevékenységi körük és kompetenciájuk végzettségüktől, beosztásuktól és gyakorlatuktól függ. Az ő tevékenységüket egészítik ki a kötöző nővérek, akik hosszan tartó sebkezelésre szakosodtak, illetve a MacMillen nővérek, akik a daganatos betegek gondozásában vesznek részt. Ezen kívül jelen vannak az alapellátásban a közösségi pszichiátriai ápolók, akik a betegek otthoni gondozását végzik. Team tagok még a gyógyfoglalkoztató nővérek, akik mind a gyermek, mind a felnőtt lakosság rehabilitációjához járulnak hozzá. Az alapellátási szolgálatok működését nagyszámú önkéntes segíti szervezett formában. Az Egyesült Királyságban az alapellátás körébe tartozik a házi orvosi és otthonápolási szolgálatokon kívül az iskola-egészségügyi, fogászati, audiológiai, munka-rehabilitációs, ortopédiai, dietetikai, szociális, tanácsadói és gyógyszerügyi szolgálat is. Az ellátás során közösségorientált szemlélet valósul meg, amely a legmodernebb ellátási irányelv Európa alapellátási rendszerében.

Összefoglalás

A felmérés szerint a körzeti ápolók leginkább középiskolát, illetve OKJ ápoló (technikum) iskolát végzettséggel rendelkeznek, túlnyomó többsége már legalább 10 éve dolgozik az egészségügyben. Döntő többségük rendelkezik írásos munkaszerződéssel, főleg alkalmazotti jogviszonyban dolgozik. Ebben az évben szakmai továbbképzésen 72 százaléka vett részt. A körzeti ápolók nagy része olyan munkahelyen dolgozik, ahol egy helyiségben dolgozik az orvossal, mindösszesen csak 28 százaléka dolgozik külön helyiségben az orvostól. Sajnálatos hogy esetek 13 százalékában a munkáltató nem tudja vagy nem akarja megoldani a helyettesítést. A körzeti ápolók munkájának jellemző elemei a gyógyszerek szakszerű tárolása, kezelése, a megelőzés, szűrés és gondozás, nyilvántartások vezetése és az adminisztráció. Ha ez utóbbi feladatokra külön operátor lenne a praxisokban több ideje maradna az ápolóknak a betegre és a népegészségügyi programból adódó szakmai feladatok ellátására. A körzeti ápolók, bár végeznek egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységet, önállóságuk ebben a munkában általában korlátozott. A körzeti ápolóknak csupán a fele, 48 százaléka vett részt az elmúlt évben valamilyen egészségnevelési, egészségfejlesztési programban. Ebben további segítséget kell nyújtania az OALI-nak és a házi orvosnak is a jövőben. A körzeti ápolók munkájuk megbecsülésével általában elégedettek. Leginkább a közösség megbecsülésével elégedettek nagymértékben és az anyagi megbecsüléssel elégedetlenek a leginkább. A válaszadók csupán 14 százaléka tervezi, hogy 5 éven belül elhagyja a pályát. A körzeti ápolókat az anyagi megbecsülés és a változástól való félelem marasztalja a legkevésbé az egészségügyben. Fontos lenne ezért segíteni őket vállalkozás indításában, egyéb változások miatti bizonytalanságaik leküzdésében, amennyiben igény van rá. Az alapellátás helyzetének a javításához a körzeti ápolók véleményének többsége szerint több fizetést kellene adni, és kevesebb adminisztráció kellene.

A körzeti ápolók az esetek többségében jónak minősítették saját testi és lelki egészségi állapotukat emberi kapcsolataikat. A körzeti ápolóknak viszonylag sokféle betegsége, panasza van, amelyek között leggyakrabban az ülő életmóddal is összefüggő hátfájdalom, továbbá az alsó végtagok visszértágulata szerepel. A válaszadók 70 százaléka nem cigarettázik, továbbiak pedig csak alkalmanként, vagy rendszeresen cigarettáznak. A körzeti ápolók túlnyomó többsége általában nem vett részt vastagbél daganattal, és szív- keringési betegséggel kapcsolatos szűrővizsgálaton, amely elgondolkodtató az egészségtudatos magatartás közvetítése szempontjából. Évente a legtöbben tüdőszűrésen, méhnyakrák szűrésen, cukorbetegség szűrésen, és emlődaganat szűrésen vettek részt.

A felmérés tanúsága szerint a körzeti ápolók elfogadottsága, nyitottság a betegekkel való foglalkozásuk irányába mint az egészségügyi szakemberek, mind a betegek részéről megvan. Így alapvetően fontos lenne a humán erőforrás a jelenleginél jobb kihasználása, illetve képzettségi és létszámbeli növelése a Népegészségügyi Program hatékony és eredményes megvalósítása érdekében. A probléma részben a hagyományokban, részben a finanszírozási rendszerben gyökerezik, amely ellenérdekeltté teszi a háziorvost abban, hogy magasan képzett – és ezért drága – diplomás ápolót alkalmazzon.

A vizsgálat és az irodalomkutatás eredményei megjelennek a gyakorlati munka során. A vizsgálatot követően a megismert eredmények elősegíthetik az ápolási szakma jövőbeli irányvonalainak megtervezését.

Irodalom

1. International Council of Nurses & World Health Organization: Report of the workshop on the role of nursing in primary health care, Nairobi, Kenya, 1 October, 1979, Geneva
World Health Organization: Global strategy for health for all by the year 2000, Geneva, 1981. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
2. Nemzeti Népegészségügyi Program, 46/2003. (IV. 16.) OGY. Határozat
3. Európai Unió HU9302 számú Phare Egészségügyi reformprogramja, 1996. Molnár D. László „Nővérek, védőnők” c. tanulmány
4. Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota – kérdőív OALI Siket Adrienn
5. The Ljubljana Charter of reforming health care, <http://hjem.get2net.dk/DetAabneAkademi/ljubljana.htm>
6. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2001., Központi Statisztikai Hivatal, 2002. 44. o., 45. o., 48. o. 140. o. 406. o.
7. World Health Organization: Division of Health Manpower Development, Report of a meeting on „Nursing in support of the goal Health for All by the year 2000,” 16-20 November, 1981, Geneva, 1982. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
8. International Council of Nurses & World Health Organization: Report of the Workshop on the role of nursing in primary health care, Nairobi, Kenya, 1 October, 1979, Geneva. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
9. P. Puska., J. Toomilehto, A. Nissinen, E. Vartianen: The North Karélia project, 20 year results and experiences. Eija Kling Yliopistopaino, Helsinki 1995.
10. Dr. Szabadfalvi A. - Dr. Varga F. :Finnország egészségügye, A Magyar Kórházszövetség kiadványa 1991.
11. Balogh Z.,: A brit alapellátási rendszer ápolói nézőpontból. In.: Balogh Z., Dr. Dénes M. (szerk.) Alapellátás szöveggyűjtemény, Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 1998.
12. D. Watkins.: Primary Care and the Promotion of Health, University of Wales College of Medicine, Cardiff Wales UK, előadás, Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyháza, 2001. november 9.

Publikációk:

A közösségi ápoló tevékenysége, élet és munkakörülményei, kompetenciáinak vizsgálata az alapellátásban, egészség-tanácsadás - Magyarországon és nemzetközi kitekintésben-témában készült publikációk:

1. Siket Adrienn: **A diplomás ápolók helye, szerepe az egészségügyi ellátó rendszerben, az alapellátásban** MEDICUS UNIVERSALIS 2000; 33. (6): 395 – 401.
2. Siket Adrienn: **A diplomás ápoló szerepe a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában**, NŐVÉR 2004; 17. (1) 5-15.
3. Ujváriné Siket Adrienn, Dr.Becka Éva: **Közzeti ápolók élet és munkakörülményei, egészségi állapota**
4. MEDICUS UNIVERSALIS 2006; 39. (2): 55-64.
5. Dr. Becka Éva, Ujváriné Siket Adrienn (szerk.): **A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban** OALI könyvek. Tájékoztató füzet I. OALI Ápolói Kiadvány, Budapest
6. Ujváriné Siket Adrienn, Dr.Becka Éva: **Az ápolók jelenlegi feladatai és jövőbeni lehetőségei a kistérségi ellátásban**, MEDICUS UNIVERSALIS 2007; 40. (4): 143-147.
7. Adrienn U. Siket: **State of health and life of community nurses in Hungary**, KONTAKT 2 vol. IX. 2007. 240-247., ISSN: 12124117
8. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva: **A közösségi ápoló feladatai az alapellátásban és a kistérségi ellátásban**, OTTHONÁPOLÁS 2007. november-december III. (6) 7-10.
9. Ujváriné Siket Adrienn, Tamásné Máté Éva, Dr. Becka Éva: **Prevenációs ápolóképzés az alapellátásban, prevenációs munka a praxis háziiorvosi körzetben**, MEDICUS UNIVERSALIS XXXXI. Évf. 3. 2008; (6): 113-121.
10. Ujváriné Siket Adrienn, Dr.Balogh Sándor Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó, Dr. Zrínyi Miklós: **A gondozási szükségletet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata**: MEDICUS UNIVERSALIS 2009. XLII. (1) 13.-19.
11. Katalin Érsek, Adrienn Ujváriné Siket, Gabriella Csillik, József Betlehem PhD, László Gulácsi PhD Habil **EurHOMAP kutatás, országjelentés: Country Summary for Hungary**, CORVINUS EGYETEM, 2009.
12. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva, Dr. Zrínyi Miklós: **A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata**, MAGYAR GERONTOLÓGIA 2009. 1. (2) 59. Kongresszusi szám
13. Siket Ujvarine A, Papp R, Balogh S, Becka A, Betlehem J: **The role of primary health care teams in prevention of cardiovascular diseases.**, CEREBROVASCULAR DISEASES 27 (suppl 6) (2009) p. 235. (IF 2007:2,534), (2009)
14. Ujváriné Siket Adrienn, Papp Katalin Farkas Nóra, Törő Viktória : **Tevékenységi körök a betegellátásban**, IME Az egészségügyi vezetők lapja 2009. VIII. (9) 31-36.
15. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Balogh Sándor, Dr. Becka Éva, Tóth Ildikó: **Az alapellátási team tagjainak tevékenységi listája**, Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók IX. Országos Kongresszusa 2010. április 29-30. Nyíregyháza, Absztraktgyűjtemény, Szerk.: Dr. Oláh A., Ujváriné Siket A., Dr. Betlehem J., 28.o., PTE ETK, ISBN 978-963-7178-61-0

16. Dr. Becka Éva, Ujváriné Siket Adrienn, Bálint Erika: **A prevenció ápolói munka az alapellátásban**, MEDICUS UNIVERSALIS 2011. XLIV. 133-137.
17. Ujváriné Dr. Siket Adrienn: **Ápolói kompetencia, hogy is lesz ez?** KÓRHÁZ c. lap, 2013.11.28-30
18. Ujváriné Dr. Siket Adrienn, Dr. Becka Éva: **Az otthonápolás és az alapellátás kapcsolata**, XV. Otthoni szakápolási kongresszus, 2013. 03. 20-21. Miskolctapolca, Absztraktgyűjtemény
19. Ujváriné Dr. Siket Adrienn, Dr. Becka Éva: **A közösségi ápoló szerepe a betegoktatásban**, MESZK Sz. Sz. –B. Megye IV. Alapellátási Konferenciája , 2013. 10. 10. Nyíregyháza , Absztraktgyűjtemény
20. **Egészségtanácsadás gyakorlati útmutató**, Támop 625 projekt eredményterméke, 2015.
21. Ujváriné Dr. Siket Adrienn: **Az egészségtanácsadói munka bemutatása, a továbbképzés lehetőségei**, MESZK I2016.06.10. Budapesti Alapellátási Szakdolgozói Konferencia, -Budapest, Absztraktgyűjtemény