

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2010. október, 23. évfolyam 5. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban

Hirdi Henriett Éva, Julie M. C. Staun, Mészáros Judit dr. prof.

3

Betegmobilizáció és az ápolók gerincfájdalmának összefüggései

Szabó Péterné

12

Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére

**A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon,
ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészhez!**

Irinyi Tamás, Németh Anikó

23

KITEKINTÉS

Fogturizmus, az új hungaricum

Szűts László

32

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítótér, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

ORIGINAL CONTRIBUTION

The situation of occupational health nurses in the European Union
Henriett Éva Hirdi BSc, MSc, Julie M. C. Staun MSc, Judit Mészáros BA, Bc, MA, PhD 3

The correlations between patient mobilisation and nurses' back pain
Szabó Péterné 12

The impact of unfavourable external factors on the emotional wellbeing of paramedical professionals
 Practising nursing in Hungary today is a one-way ticket to mental and physical burnout!
Tamás Irinyi, Anikó Németh 23

OUTLOOK

Tourism of the tooth, the new „hungaricum”
László Szűts 32

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Dr. Oláh András
egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070. ISSN 0864-7003

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
 Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
 Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
 SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*
 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
 PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Körösi László, *főosztályvezető helyettes*
 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, *elnök*
 Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné
 Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Vízvári László *főigazgató*
 Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

	1084 Budapest, Auróra u. 11. Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744 E-mail: marketing@observer.hu http://observer.hu
»OBSERVER« BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.	

A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban

Hirdi Henriett Éva

*alelnök, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége, EU
 PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest*

Julie M. C. Staun

*elnök, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége, EU
 PhD-hallgató, University of Cumbria, Egyesült Királyság*

Mészáros Judit dr. prof.

*főiskolai tanár, intézetvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
 Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet*

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Az Európai Unióban foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szakápolók helyzetének (létszámának, képzettségének, feladatainak) megismerése, az adatok összehasonlítása a FOHNEU 2005. évi felmérésének eredményeivel.

Vizsgálati módszer és minta: A saját szerkesztésű, angol nyelvű kérdőív, 2008. év végén az Európai Unió 20 tagállamába és 2 nem EU tagországba került megküldésre. A mintában 11 tagállam választai jelennek meg (válaszadási arány: 50%). Az elemzés leíró statisztikai módszerrel, Excel program segítségével történt.

Eredmények: A felmérés eredményei alapján megállapítást nyert, hogy a foglalkozás-egészségügyi ápoló fő tevékenysége szinte egységesen az egészségnevelés, egészségfejlesztés és a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata. Az egyes tagállamokban a foglalkozás-egészségügyi szakápolók létszámában, képzési rendszerében továbbra is jelentős eltérés található. A 2005. évi felmérés eredményeihez képest jelentős változás kizárólag az Egyesült Királyságban következett be a létszám tekintetében.

Következtetések: A növekvő munkavállalói migrációval, a demográfiai változásokkal kapcsolatban megjelenő új feladatokra fel kell készíteni a foglalkozás-egészségügyi szakápolókat. A felkészüléshez egységes képzési rendszer, azonos feladatok és követelmények szükségesek, melyek megvalósításához a nemzetközi kooperáció nélkülözhetetlen.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügyi szakápoló, képzés, létszám, Európai Unió

Bevezetés

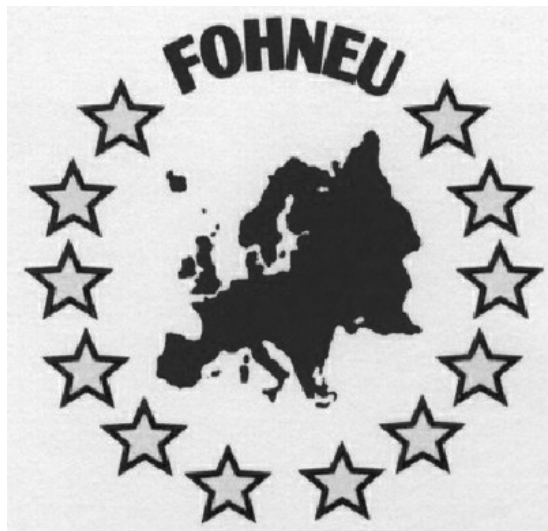
A személyek szabad áramlásának elve alapvető eleme az Európai Közösség alapító szerződésének, a Római Szerződésnek. Ez kimondja, hogy a szabadon mozgó munkaerőnek, az EU-n belül mindenhol joga van azonos biztonságot és szociális jogokat élvezni a munkavégzés során. (Dr. Páva H., Gábor J., 2002)

1986-ban, az Edinburgh-ban megrendezett első Nemzetközi Foglalkozás-egészségügyi Szakápolói Konferencián fogalma-

zódott meg, majd az ezt követő évtizedben számos rendezvényen kristályosodott ki az a gondolat, hogy a munka világának fokozatos globalizációja mellett, a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén is szükséges az egyes tagállami gyakorlatok összehangolása, különösen a kutatás és a képzés terén. (F. Baker, 1995)

Ennek a felismerésnek volt az egyik eredménye a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének (Federation of Occupational Health Nurses within the European

Union, FOHNEU) megalakulása Windsorban (Egyesült Királyság) 1993. március 21-én. **(1.kép)** A FOHNEU egy non-profit szervezet, mely jelenleg a legnagyobb létszámban fogja össze a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szakápolókat. (F. Baker, 1995) Magyarország – a 2004 óta az Európai Unióhoz csatlakozott országok közül elsőként – kapcsolódott be a Szövetség munkájába és vált teljes jogú taggá. (Hirdi H., 2009)



1. kép: A FOHNEU logója

A FOHNEU öt fő célkitűzése:

1. az Európai Unió munkavállalóinak egészségvédelme, munkahelyi biztonságuk megteremtése és jóllétük segítése a szakápolás révén;
2. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók feladatkörének növelése;
3. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók elméleti és gyakorlati képzésének fejlesztése;
4. a foglalkozás-egészségügyi szakápolás, ápolóképzés és menedzsment területén folyó kutatások támogatása, az eredmények közzétételének biztosításával;
5. nyílt párbeszéd folytatása az Európai Unió egészségért, biztonságért, nép-egészségügyért felelős szervezeteivel, testületeivel, valamint más európai ápolói szervezetekkel. (Hirdi H., 2009; www.fohneu.org)

1996-ban a FOHNEU, összhangban a WHO 1996. évi Globális Stratégia a foglal-

kozás-egészséget mindenkinek (Global Strategy for occupational health for all) című kiadványában foglaltakkal, mely a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó humán erőforrás képzésének fejlesztését is célul tűzte ki, elkészítette a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés posztgraduális tantervét. 2002-ben ez a tanterv átdolgozásra került, figyelembe véve a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások megnövekedését, és változását. (J. Staun, 2010.)

A 2004-es évtől egy három éves projekt indult el, melynek célja az EU-n belüli a foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzésének harmonizálása, bármely országból való hozzáférhetővé tétele volt. A projekt eredményeként indult el a FOHNEU posztgraduális tanterve felhasználásával a Harmonising Occupational Health Nursing in the European Union (HOHNEU) program az Egyesült Királyság Sheffield-i Egyetemén, mely egy nemzetközi, on-line posztgraduális távképzési forma. A képzés végén a hallgatók mester fokozatot (Master of Medical Science MMedSci – Occupational Health nursing) szerezhetnek. (J. Staun, 2010., www.shef.ac.uk, www.fohneu.org)

A probléma ismertetése

Az Európai Tanács 2000-ben lisszaboni ülésén azt a stratégiai célt tűzte ki, hogy az Európai Uniónak 2010-re a világ legversenyképesebb és legdinamikusabban fejlődő tudás alapú társadalmává kell válnia. E stratégiai cél elérésében kiemelt szerepe van a minőségi oktatásnak és képzésnek. Az európai munkaerőpiac és az európai állampolgárság kialakulásához elengedhetetlen, hogy a bizonyítványok és oklevelek Európában mindenütt egyformán elismertethetők legyenek.

A foglalkozás-egészségügyi ápolók Európai Unión belüli létszámáról, képzéséről kevés rendszerezett ismeretanyag áll rendelkezésre. Az International Commission on Occupational Health-hez (ICOH – Nemzetközi Foglalkozás-egészségügyi Bizottság)

tartozó Scientific Committee on Occupational Health Nursing) SCOHN – Foglalkozás-egészségügyi Ápolási Tudományos Bizottság 1966-ban, 1990-ben, majd 2000-ben végzett valamennyi kontinensre kiterjedő kutatást. A vizsgálatok megállapították, hogy az egyes országokban bár történt előrelépés a foglalkozás-egészségügyi szakápolók száma és a képzési rendszere még mindig lényegesen különbözik egymástól. A 2000. évi felmérésben az EU tagállamok közül 7 (Ausztria, Belgium, Dánia, Finnország, Hollandia, Svédország, és az Egyesült Királyság) vett részt.

A FOHNEU 2005-ben belső felmérést készített a Szövetség tagjai (12 tagállam) körében az érintett tagállamok foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szakápolók helyzetének (létszámának, képzettségének, feladatainak) megismerése érdekében. A kitöltött kérdőívet 11 tagállam küldte vissza (válaszadási arány: 91,6%). A felmérés eredményei megegyeztek az ICOH-SCOHN azon megállapításaival, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolók száma és a képzettsége még mindig lényegesen különbözik egymástól az egyes tagállamokban. (J. Staun, A. Boström, 2005)

Napjainkban sajnálatos tény, hogy az évente kétszer megrendezésre kerülő FOHNEU ülésen egyre többször kerül szóba a foglalkozás-egészségügyi szakterületet is érintő ápolóhiány, a szakképzett utánpótlás hiánya. Eközben az EU-ban egyértelműen növekszik az igény a foglalkozás-egészségügyi szakápolók önálló egészségmegőrző tevékenységére. Ennek okán a FOHNEU 28. találkozóján Bilbaóban megállapodás született arra vonatkozólag, hogy a 2005. évi felmérést ismételtén elvégezzük szélesebb körben, kiterjesztve az EU más tagállamaira is.

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége által 2005-ben végzett felmérés megismétlése volt, mely az Európai Unióban foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szak-

ápolók helyzetének, ezen belül létszámának, képzettségi szintjének, feladatainak megismerésére irányult. Kitűzött cél volt továbbá a kapott adatok összehasonlítása a 2005. évi felmérés eredményeivel.

Vizsgálati módszer és minta

Adatgyűjtésünk módszere saját szerkesztésű, 2005-ben készített, 22 kérdésből álló, angol nyelvű kérdőív volt. A kérdőív kérdései három fő téma köré épültek. Az első kérdéscsoport a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozók létszám-helyzetét, a második a képzettségi szinteket, a harmadik a szakápolók által végzett tevékenységeket igyekezett feltérképezni. A cél – a nyelvi nehézségek miatt – olyan eszköz kidolgozása volt, mely a lehető legkevesebb, legegyszerűbben megfogalmazott kérdéssel tárja fel a foglalkozás-egészségügyi szakápolók aktuális helyzetét. A kérdőívet 2008. év végén egyrészt a FOHNEU elektronikus levelezési címlistáján keresztül kézbesítettük a tagállamok foglalkozás-egészségügyi szakápolói egyesületeinek, illetve ahol ilyen szervezet nem alakult meg az ápolási egyesületeknek. Emellett személyesen is kiosztásra kerültek a FOHNEU 28. bilbaói találkozóján a tagállamok által delegált képviselők részére. A kiküldött levelekben az egyesületek elnökeit szólítottuk meg, felkérve őket a részvételre, valamint a kérdőív továbbítására a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakterület helyi képviselőihez. A FOHNEU 2009. évi tavaszi találkozóján megjelent képviselők szintén személyesen kapták kézhez a kérdőívet. A feldolgozás leíró statisztikai módszerrel, Microsoft Excel program segítségével történt.

Eredmények

A kérdőíves felmérésbe az Európai Unió – jelenlegi 27 tagországból – 20 tagállamot és 2 nem EU tagországot (Svájc és Norvégia) vontunk be. 2009-ben 11 tagállam küldte vissza kitöltve a kérdőívet (válaszadási arány: 50%). A kitöltött kérdőívet visszaküldte: Dánia, Finnország, Franciaország,

Németország, Görögország, Magyarország, Írország, Hollandia, Portugália, Svédország és az Egyesült Királyság. Nem érkezett válasz a következő országokból: Ausztria, Belgium, Ciprus, Észtország, Málta, Lengyelország, Románia, Szlovénia, Spanyolország, Svájc, Norvégia. A válaszadó országok közül kettő nem vett részt a 2005. évi felmérésben, ezek: Németország és Magyarország voltak. A 2005. évi felmérésben részt vett, de a 2009. évi felmérésre nem küldött választ: Belgium és Spanyolország. A kapott eredményeket elsősorban a következő tényezők befolyásolták: (1.) Tagállamonként egy kérdőív kitöltésére volt lehetőség, ennek következtében az eredmények a nemzeti foglalkozás-egészségügyi ápolói egyesületek, illetve ahol ilyen nincs az ápolási egyesületek által delegált képviselők tapasztalatait, véleményét tükrözik. (2.) A kérdőív kitöltők angol nyelv ismereti szintje igen eltérő, ami a nyitott kérdések megválaszolását akadályozta. (3.) A 2005. évi és a 2009. évi eredmények direkt összehasonlításának lehetősége mérsékelt, tekintettel a két felmérésben résztvevő országok közötti eltérésekre.

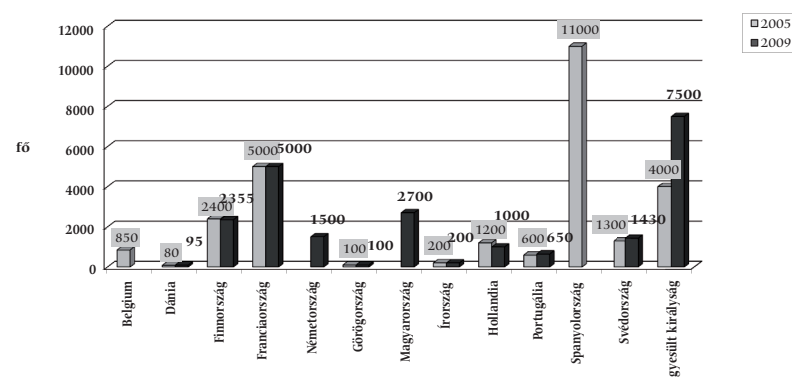
A helyi sajátosságoknak megfelelően, a 2009-ben beérkezett adatok változatlanul nagyon nagy eltéréseket mutattak az egyes tagállamokban. A foglalkozás-egészségügyi szakterület irányítása 3 tagállamban (Finnország, Portugália és az Egyesült Királyság) az egészségügyért felelős minisztérium, 6 tagállamban (Dánia, Németország, Görögország, Magyarország, Írország és Hollandia)

a munkaügyért felelős minisztérium, míg 2 tagállamban (Svédország és Franciaország) az egészségügyért és a munkaügyért felelős minisztériumok alá együttesen tartozik. A FOHNEU 2005. évi felmérésének eredményeihez képest nem történt változás ezen a területen.

A foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott ápolók körülbelüli száma tagállamonként a kevesebb, mint 100 főtől, a 7500 főig terjedt. Legkisebb létszámmal Dánia (95 fő) ill. Görögország (100 fő), míg legnagyobb Franciaország (5000 fő) és az Egyesült Királyság (7500 fő) rendelkezik. Összevetve a 2005. évi adatokkal megállapítható, hogy a létszámban jelentős változás csak az Egyesült Királyságban következett be, itt 4000 főről 7500 főre emelkedett a létszám. Enyhe mértékben növekedett Dániában, Portugáliában és Svédországban. Létszám csökkenés csak Hollandiában és Finnországban következett be. Sajnos arra vonatkozóan nincs adat, hogy Spanyolországban a 2005. évi létszámadathoz (11.000 fő) képest történt-e változás. (1. ábra)

Nyolc válaszadó országról (Belgium, Dánia, Finnország, Franciaország, Hollandia, Portugália, Spanyolország, és Svédország) tudjuk, hogy a tagállamban működik önálló foglalkozás-egészségügyi szakápolói egyesület. A többi tagállamban a nemzeti ápolási egyesület szekciójaként, illetve a szakmai kamara tagozataként valósul meg a foglalkozás-egészségügyi ápolók

1. ábra: Foglalkozás-egészségügyi ápolók megoszlása (fő) 2005–2009

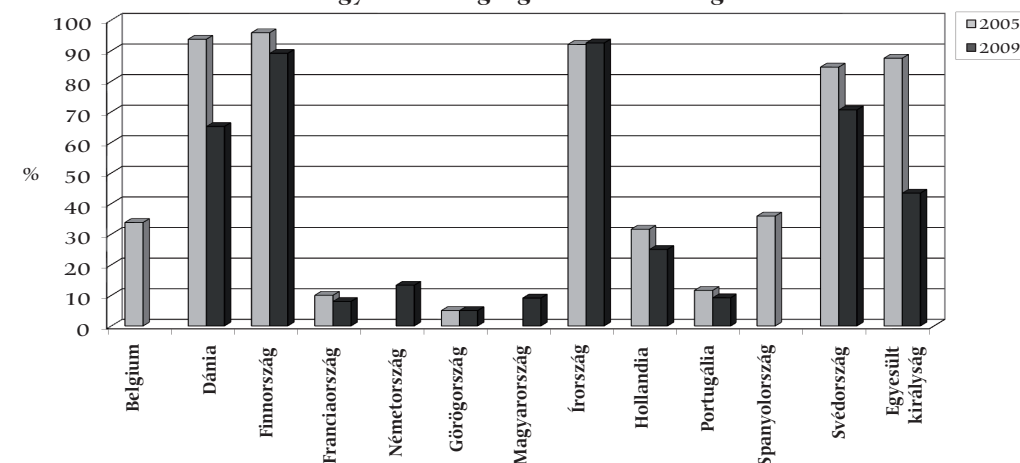


összefogása. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók legnagyobb arányban Írországban (92,5%), Finnországban (89,1%), Svédországban (70,6%) és Dániában (65,2%) tagjai az egyesületnek. Ezzel szemben 10% körül ingadozik a tagság Németországban (13,3%), Portugáliában (9,2%), Magyarországon (9,1%) és Franciaországban (8%). Legalacsonyabb az egyesületi tagok száma Görögországban itt a 100 főből, mindösszesen 5 fő tagja az ápolási egyesületnek. (2. ábra)

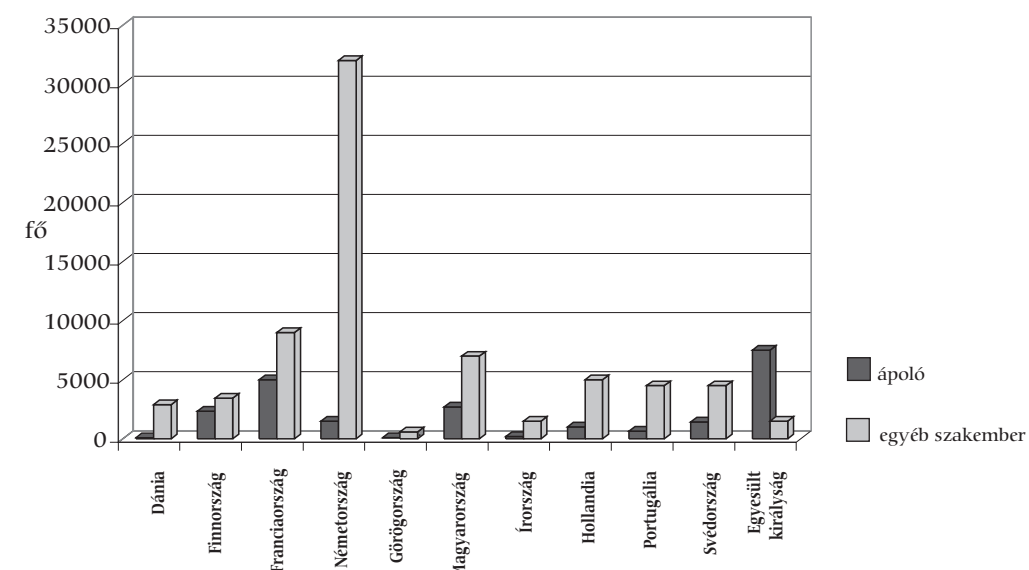
Felmérésre került továbbá a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott to-

vábbi szakemberek (pl. szakorvos, pszichológus, higiénikus, ergonómus, munkavédelmi szakember, stb.) becsült létszáma, akikkel a foglalkozás-egészségügyi ápolónak együtt kell működnie. A 2005. évi adatokhoz viszonyítva megállapítást nyert, hogy létszám csökkenés csak Hollandiában következett be, párhuzamosan a foglalkozás-egészségügyi ápolók száma is csökkent. Dániában és Írországban ugyanezen időszak alatt, jelentősen (duplájára!) növekedett a nem ápolói végzettségű szakemberek száma. Egyedül az Egyesült Királyságban fordult meg ez az arány a foglalkozás-egészségügyi ápolók javára. (3. ábra)

2. ábra: Egyesületi tagság százalékos megoszlása



3. ábra: A foglalkoztatás-egészségügyi területen dolgozó ápolók és más végzettséggel rendelkezők aránya 2009. évben



A foglalkozás-egészségügyi ápoló képzésre, továbbképzésre vonatkozó irányelveit és ajánlásait mind a WHO 1988-ban, mind pedig az ILO 1985-ben közzétette. A WHO többek közt két ajánlást fogalmazott meg: (1.) Az általános ápolók alapképzésében helyet kell kapnia az alapvető foglalkozás-egészségügyi ápolói ismeretek oktatásának is. (2.) A nép-(köz)egészségtan szakképzés tematikájának tartalmaznia kell foglalkozás-egészségügyi tantárgyakat is. (Dr. Téglásné B.M. és Dr. Grónai É., 2004) A szakirányú végzettséggel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzettségi szintjének megismerésére irányuló kérdésre adott adatok feldolgozása során megállapítást nyert, hogy a válaszadó tagállamok oktatási és képzési rendszerre még mindig nem egységes, hiszen szakirányú végzettség megszerzésére egyaránt lehetőség van felsőoktatási rendszerben és nem felsőoktatás jellegű poszt-szekunder oktatás/szakképzés keretében is. Egyes tagállamokban (pl. Dánia, Görögország) pedig képzés hiányában lehetőség sincs foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség megszerzésére. Megállapítást nyert az is, hogy 11 tagállamból 4 tagállamban foglalkozás-egészségügyi szakterületen elsősorban olyan ápolók dolgoznak, akik speciális szakirányú végzettségüket felsőoktatási rendszerben szerezték meg (Dánia 65%, Finnország 93%, Írország 100%, Hollandia 80%). **(4. ábra)** Nem felsőoktatás jellegű poszt-szekunder szakképzés keretében Magyarországon kb. 2000 fő, Finnországban 25 fő, az Egyesült

Királyságban 1150 fő szerzett szakirányú végzettséget. Különösen figyelemre méltó az említettek közül Dánia, hiszen annak ellenére, hogy a tagállamban nincs jogszabályi előírás a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók képzésére vonatkozóan, és az elmúlt években nem indult az országon belül szakirányú képzés, a 95 főből 60 fő (65%) rendelkezik felsőoktatási rendszerben szerzett szakirányú végzettséggel, melyet a szomszédos tagállamok felsőoktatási intézményeiben szereztek meg.

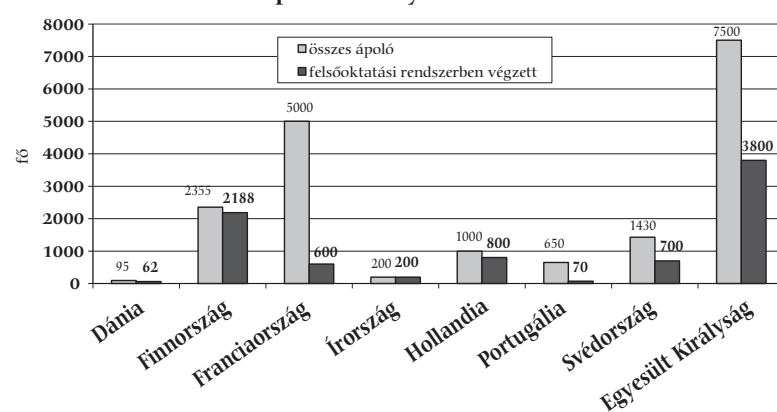
A kérdőív rákérdezett továbbá a foglalkozás-egészségügyi szakápoló fő feladataira. 2005-ben a válaszadók szerint ezek közül gyakorisági sorrendben az 5 legfontosabb a következő volt:

1. egészségfejlesztés, egészségnevelés, tanácsadás; (10 tagállam)
2. munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata; (10 tagállam)
3. elsősegélynyújtás, munkahelyi elsősegélynyújtók szakmai felkészítése; (8 tagállam)
4. munkavállalói távollét menedzsment; (8 tagállam)
5. munkahelyi veszélyforrások feltárása; (7 tagállam)

2009-ben a fő feladatok gyakorisági sorrendje az alábbi volt:

1. munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata; (11 tagállam)
2. egészségfejlesztés, egészségnevelés, tanácsadás; (10 tagállam)

4. ábra: Felsőoktatási rendszerben szakirányú képesítést szerzett ápolók aránya 2009-ben



3. munkahelyi veszélyforrások feltárása; (9 tagállam)
4. elsősegélynyújtás, munkahelyi elsősegélynyújtók szakmai felkészítése; (7 tagállam)
5. munkavállalói távollét menedzsment; (5 tagállam)

Következtetések, javaslatok

A 2009. évi felmérés eredményei alapján megállapítható, hogy az Európai Unión belül a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók létszámában a FOHNEU 2005. évi felmérésének eredményeihez képest jelentős változás kizárólag az Egyesült Királyságban következett be a létszám tekintetében. E tagállamban kb. 3500 fővel nőtt a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók létszáma, közülük kb. 3000 fő rendelkezik szakirányú végzettséggel és kb. 500 főnek csak általános ápolói képesítése van. Ezen kívül még 3 másik tagállamban növekedett a létszám, ezzel szemben létszám csökkenés csak 2 tagállamban következett be, melynek mértéke Finnországban 1,8%, míg Hollandiában 17% volt. A 17%-os létszám csökkenés magyarázataként a tagállam megjegyzést fűzött a kérdőív válaszához, melyben leírta, hogy az elmúlt évben a gazdasági krízis hatására csökkent a munkáltatók, munkahelyek száma és ennek következtében az ellátandó munkavállalói létszám is, ennek következtében, pedig a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás iránti kereslet is csökkent.

Minden tagállamban létezik olyan szakmai testület, mely a képviseli és védi a szakápolók érdekeit és szakmai támogatást nyújt részükre. Ez a testület lehet akár önálló foglalkozás-egészségügyi szakápolói egyesület, akár ún. esernyőszervezet, melynek egyik szekciójaként valósul meg a foglalkozás-egészségügyi ápolók összefogása. A szakmai testületek taglétszámának alakulását számos tényező befolyásolja, többek közt a szakma társadalmi megbecsültsége, az utánpótlás hiánya, a pályaelhagyók száma. Megfigyeltük továbbá, hogy azokban az országokban a legnagyobb a szakmai testület

tagjainak száma, ahol a foglalkozás-egészségügyi ellátás több évtizedes múltra tekint vissza, pl. a Finn Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesület (Suomen Työterveyshoitajaliitto - Finlands Företagshälsovårdare förbund ry) 2008-ban ünnepelte megalakulásának 60. évét. Ezzel szemben például a Francia Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesület (Groupement des Infirmier(e)s du Travail) még csak ifjúkorban van a 23 évével. Görögországban az extrém alacsony taglétszám hátterében a szakterületen alkalmazható ápoló képesítési követelményeinek jogszabályi szintű szabályozásának hiánya áll. A 2005. évi és 2009. évi felmérés taglétszámra vonatkozó adatainak összevetésekor nem találtunk számottevő eltérést.

A foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott további szakemberek létszámát jelentősen befolyásolja a munkafeltételek változása, az új foglalkozással kapcsolatos veszélyek megjelenése, mely a foglalkozás-egészségügy részéről multidiszciplináris megközelítést igényel. A spanyolországi, bilbaói székhelyű Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA), amelyet 1996-ban az Európai Unió hozott létre, a munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel kapcsolatos fő vonatkozási pont az EU-ban. Az EU-OSHA számos kezdeményezése, kampánya következtében a munkáltatók egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészségesebb és biztonságosabb munkahelyek létesítésére, aminek a megvalósításához speciális ismeretek szükségesek.

A foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzési rendszerében továbbra is jelentős eltérés található a megszerezhető szakmai iskolai végzettségek, illetve azok tartalmi elemei között. Az egyes országok képzése más-más munkafeltételekre, tárgyi és technikai munkakörülményekre és munkavégzési formákra készíti fel az ápolókat. Ez abban is megmutatkozott, hogy a kérdőív kitöltése során komoly problémát okozott az egyes kitöltő személyeknek, hogy számukra mást-mást jelentett a degree, diploma, certificate, illetve tréning kifejezés.

A képzési formák és szintek különbözősége megnehezíti a megszerzett képesítések konvertálhatóságát.

Ugyan a foglalkozás-egészségügyi szakápoló fő feladatainak meghatározásában nem mutatkoztak nagy eltérések, szinte egységesen az egészségnevelés, és egészségfejlesztés a legfőbb tevékenység, de nem hagyható figyelmen kívül, hogy a megszerzett képesítések milyen kompetenciákkal ruházzák fel az egyes tagállamok szakápolóit. A tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyon gyakori eltérés, hogy egy adott tevékenységet az egyik tagállam szakápolója önállóan végzi, míg a másik csak közreműködik benne (pl. munkahelyi veszélyforrások feltárása). Jellemző, hogy a Skandináv-országokban megszerzett szakmai végzettségek magasabb szinten, szélesebb tevékenységi körben adnak jogosítványokat.

Számos tényező támasztja alá a változások szükségességét a foglalkozás-egészségügyi szakápolók oktatásában és képzésében:

- a munkavállalók (ellátandók) mobilitása;

- szakember migráció;
- a demográfiai változások (születéskor várható élettartam kitolódása, idősödő munkavállalók számának növekedése);
- munkavállalók egészségnevelésére, egészségmegőrzésére áthelyeződött hangsúly, szemléletváltás;
- ápolói kompetenciák változásai

A növekvő munkavállalói migrációval, a demográfiai változásokkal kapcsolatban megjelenő új feladatokra fel kell készíteni a foglalkozás-egészségügyi szakápolókat. A felkészüléshez egységes képzési rendszer, azonos feladatok és követelmények szükségesek, melyek megvalósításához a nemzetközi kooperáció nélkülözhetetlen.

A FOHNEU kulcsszerepet szeretne játszani ebben a felkészítő feladatban, támogatni kívánja a szakterületen jelenleg dolgozó szakápolókat és az őket képviselő szakmai szervezeteket egyaránt. Forszírozza az oktatás és gyakorlat területén a partnerprogramok, közös képzések és tanulmányutak kialakítását. Internet portálja segítségével tájékoztatást ad a szakterületet érintő képzési, továbbképzési lehetőségekről, a helyes gyakorlatokról ('best practices').

Irodalomjegyzék

1. Dr. Téglásyné, B. M., Dr. Grónai É. (2004): Foglalkozás-egészségügyi ápolásban az Európai Unióban. Foglalkozás-egészségügy, 1, 23-27.
2. Dr. Páva H., Gábor J. (2002): A munkahelyi egészségvédelem és biztonság az Európai Unióban. A Magyar Köztársaság Külügyminisztériuma, Budapest, pp. 4.
3. F. Baker. (1995): Occupational Health in the European Union. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 2.
4. Hirdi H. (2009): Beszámoló a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének 29. találkozásáról. Hivatásunk a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest, 2, 21.
5. Hirdi H. (2009): Beszámoló a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének találkozásáról. Hivatásunk a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest, 1, 13-14.
6. The Aims of FOHNEU. http://www.fohneu.org/about_us/ (letöltés: 2010.09.26.)
7. J. Staun (2010. május 4.): Occupational Health Traditions, Development & The European Dimension. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napja. Budapest, előadás
8. MMedSci Occupational Health Nursing. <http://www.shef.ac.uk/snm/online/>

9. B. Burgel et al. (2000) Occupational Health Nursing in 2000 - An International Perspective. ICOH-Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Working Party Report #10 (in the series) The Nurse's contribution to the health of the worker. <http://www.ichweb.org/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html> (letöltés: 2010.09.26.)

10. J. Staun, A. Boström (2005): Occupational Health Nurse Survey, The Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU) - April 2005. <http://www.fohneu.org> (letöltés: 2008.11.28.)

The situation of occupational health nurses in the European Union

Henriett Éva Hirdi BSc, MSc, Julie M. C. Staun MSc, Judit Mészáros BA, Bc, MA, PhD

Aim of the study: To gain an understanding of the situation (number of occupational health nurses) of qualified working in the occupational health sector in the European Union, and to benchmark data with the results of a 2005 survey. Both investigations were carried out by the Federation of Occupational Health Nurses in the European Union (FOHNEU).

Methodology and sample: A proprietary, English-language questionnaire, sent to 20 EU member states and two non-member states at the end of 2008. The sample contains the replies of 11 member states (response rate: 50%). The analysis was performed using descriptive statistical methods, with Microsoft Excel.

Results: Based on the results of the survey, it was concluded that the main activities of occupational health nurses are comprised almost universally of health education, health promotion and risk assessment. Significant differences continues to be found between the individual member states in terms of the number of occupational health nurses, and the education and training systems employed. In comparison with the 2005 survey, only the United Kingdom has witnessed a significant change in the number of nurses.

Conclusions: Occupational health nurses need to be specialised and educated to manage the new tasks. These are arising in connection with the growing worker migration and the demographic changes underway. For this purpose, a uniform education and training system, and a set of standardised tasks and competency requirements are necessary. To achieve this, international cooperation is essential.

Key words: occupational health nurses, education, training, staff numbers, European Union

Betegmobilizáció és az ápolók gerincfájdalmának összefüggései

Szabó Péterné

okleveles osztályvezető ápoló, Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt.,
Ideg-és Gerincsebészeti Osztály, Szombathely

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerző az ápolók gerincfájdalmának összefüggéseit keresi a betegek mobilizációjával kapcsolatban. A vizsgálat célja, annak a vizsgálata, hogy a gerincoszlop megbetegedései közül a nyak-, hát- és derékfájdalom (gerincbántalom) kialakulásának feltérképezése során milyen a különböző ápolói szakmacsoportok fizikai terhelése, új betegmozgatási technikákkal kapcsolatos ismereteik, illetve az ismeretek bővítésének lehetőségei. Milyen segítséget kapnak a terhelés könnyítésére segédeszközök-, valamint a munkatársak részéről.

Minta és módszerek: A vizsgálat öt dunántúli súlyponti kórház különböző osztályain dolgozó szakdolgozók bevonásával készült. A felmérés a szerző által összeállított, önkitöltős kérdőíves módszerre épül 408 értékelhető válasz alapján.

Eredmények: A demográfiai adatokat követően a kérdőívet kitöltők szubjektív válaszai alapján gerinceredetű fájdalmat 82%-ban jeleztek. Logisztikus regressziós analízissel az ápolói munkakörből szignifikánsan magas a segédápolók gerinc-eredetű megbetegedése ($p=0,01$). A diplomás ápolókhoz képest a szakápolók kevesebb számban jutnak továbbképzési lehetőségekhez ($p=0,03$).

Következtetések: Az ápolók fizikai leterheltsége összefüggést mutat a körükben kialakuló gerincbántalmak előfordulásával. A felelősség kettős, mind a dolgozó részéről, mind a munkáltató részéről egyaránt fontos, hogy egészséges, jól képzett ápolók lássák el a feladatot a betegágy mellett.

Kulcsszavak: gerincbántalom, fizikai megterhelés, betegmozgatás

A probléma ismertetése

A gerincfájdalom, illetve az ezzel összefüggő tünetek olyan egészségügyi problémát jelentenek, amelyek hatással vannak szinte minden foglalkozási csoportra. (Kapás Zs., 2004; Lorusso A., Bruno S., L'Abatte N., 2007; Molnár E., 2001; Szabó P.né, 2002, 2009; Tóth E. Á. 2006) Annak ellenére, hogy egy elterjedt mozgásrendszeri megbetegedésről van szó, a mai magyar egészségügyben dolgozók terhelését tekintve a probléma felvetése nagyobb odafigyelést kíván. Az egészségügyi munkakör nem csak szakma, hanem hivatás, ennek szellemében a mai korban egyfajta kihívás is minden ellátó számára. Többségében olyan családanyák látják el az ápolási feladatokat, akiknek egyszerre kell megfelelni a munkahelyi, családi és társadalmi elvárásoknak. Az ápolási-gondozási munka során napról napra egyre több feladat hárul a betegágy mellett dolgozókra, és

mindez fizikailag is egyre megterhelőbb lesz. Az egészségügyben, a team munkában résztvevőknek minden szinten széleskörű tudásra, és gyakorlati ismeretekre van szükségük ahhoz, hogy saját egészségük védelmére is odafigyeljenek. (Dotte P., 2001; <http://osha.europa.eu>)

Célként kell kitűzni, hogy a mozgásrendszer megbetegedésein belül a hát- és/vagy nyakfájdalom kialakulása a lehető legkisebb mértékben fordulhasson elő a betegellátás során.

Vizsgálatomban arra keresem a választ, hogy a jelen magyar ápolói társadalom mennyire érintett a felvetett probléma tekintetében, valamint melyek azok a kialakulásban szerepet játszó okok, amelyek ha felszínre kerülnek orvosolhatók. Milyen megelőzési lehetőségek vannak körülöttünk, ezekkel milyen mértékben van lehetőség élni, illetve milyen lehetőségekkel élnek a mai magyar egészségügyi intézményekben.

A mindennapi munkám során tapasztalom, hogy a betegágy mellett szolgálatot teljesítő ápolók munkájának egyik legjelentősebb megterhelő feladata a betegek kézi mozgatása, aktivizálása. Ez a nehéz fizikai igénybevétel nagymértékben terheli a mozgásrendszert, ezen belül a gerincoszlopot. (Halmos M-né, 2002; Simona M. et al, 2008) Korábbi kutatási munkám során már tapasztaltam, hogy több munkatárs esetében is gerinc eredetű megbetegedés miatt kellett műtéti beavatkozást végezni. (Szabó P-né, 2002, 2009) Ez a tény továbbgondolkodásra késztetett, és keresni kezdtem a kézzelfogható magyarázatot. A kérdés továbbra is foglalkoztat, ezért ennyi idő távlatából úgy gondoltam, tovább kutatom, hogy történt-e változás, illetve milyen irányú elmozdulás tapasztalható.

Felhasznált fogalmak:

Munkahelyi egészségfejlesztés:

„A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jólét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges lépések és eszközök: a munkaszervezet javítása, a dolgozói részvétel biztosítása és a személyi kompetencia fejlesztése.” (A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának Luxemburgi Deklarációja, 1997) (Kapás Zs., 2004)

Kézi tehermozgatás:

Olyan terhek, egy vagy több munkavállaló által történő szállítása, tartása - beleértve azok felemelését, levételét, letevését, tolasát, húzását, továbbítását vagy mozgatását -, amelyek jellemző tulajdonságaik vagy a kedvezőtlen ergonómiai feltételek miatt a munkavállalóknak - különösen - hátsérülést okozhatnak. (25/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az elsősorban hátsérülések kockázatával járó kézi tehermozgatás minimális egészség és biztonsági követelményeiről)

Hátsérülés:

Elsősorban a gerinc és a mellette lévő lágyrészek sérülése (húzódása, szakadása, bevérzése), valamint tartósan fennmaradó kóros állapotot okozó betegségének kialakulása. (25/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az elsősorban hátsérülések kockázatával járó

kézi tehermozgatás minimális egészség és biztonsági követelményeiről)

Dotte betegmozgatási módszer:

„A betegek kézzel való mozgatásának módszere az ergomotoritás törvényszerűségeinek alkalmazása ápolási környezetben” (Dotte P., 2001)

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja, annak a vizsgálata, hogy a magyar egészségügyben dolgozó ápolók gerinc-eredetű megterhelése, gerincfájdalma milyen összefüggésben van a betegek mobilizációjával, a napi fizikai terhelés tükrében. Mennyire ismerik az ápolók azokat az eszközöket, illetve betegmozgatási technikákat, amelyek könnyítik a feladatukat, mennyire tudják tudatosan védeni saját egészségüket.

Irodalmi kutatások tekintetében kevés olyan magyar szerzőt találtam, aki a témában kutatást végzett, illetve megoldási javaslatokat tett volna. Külföldi szakirodalomban erre vonatkozóan több információ állt rendelkezésre, melynek értelmében kijelenthető, hogy a váz- és izomrendszer megbetegedései nem csak hazánkban, hanem Európában, sőt a világ számos egészségügyi intézményében is az egyik leggyakoribb munkahelyi-egészségügyi problémát jelentik. (Derek R. Smith et al, 2004; Eriksen W., Bruusgaard D., Knardahl S., 2004; Evangelos C. Alexopoulos et al, 2006; Hedge A., 2006; Lorusso A., Bruno S., L'Abatte N., 2007; Simona M. et al, 2008)

Hipotézisek, célkitűzések:

- A betegsúlyossági kategória, az ellátandó betegek száma és az ápolói létszám között összefüggés van a gerincbántalom kialakulásával kapcsolatban.
- Feltételezésem szerint a Dotte professzionális betegmozgatási módszer ismerői kevesebben jeleznek gerinceredetű fájdalmat.
- A magasabb szakmai végzettséggel rendelkező ápolók többsége ismeri a Dotte professzionális betegmozgatási módszert.
- A válaszadók közül azok, akik több segédeszközzel rendelkező osztályon dolgoznak, kevesebb gerinc-eredetű fájdalmat jeleznek.

Vizsgálati módszerek és minta

A kutatás elvégzése során olyan egészségügyi intézményeket (kórházakat) kerestem meg, ahol az ápolók fizikai terheltsége változó a gerincoszlop igénybevétele szempontjából. A kutatást a reprezentativitás érdekében hét dunántúli kórházban terveztem. Levélben történő megkereséssel kértem az ápolási igazgatókat arra, hogy az általam kiküldött kérdőíveket juttassák el belgyógyászati-, sebészeti jellegű osztályokon, valamint krónikus betegellátásban, rehabilitációban részt vevő, illetve intenzív osztályokon dolgozókhoz. A hét tetszőleges kórházból csak öt esetben kaptam beleegyező választ a felmérés elvégzéséhez, így a tervezett 700 db kérdőívből 500 db került kiosztásra.

A kutatáshoz szükséges mintát random módon kiválasztott dunántúli kórházak ápolói adták. 100-100 db kérdőívet juttattam el az intézmények dolgozóihoz.

A mintában ápolói munkakörben dolgozók (segédápolók, ápolási asszisztensek, szakápolói képesítéssel rendelkezők diplomás ápolók és osztályvezető ápolók) vehettek részt, nemtől, kortól függetlenül. Olyan szakdolgozók tehát, akik esetében a betegség melletti mindennapos feladatok, terhelések során feltételezhető a gerincbántalom kialakulása. A meghatározott célcsoportot fekvőbeteg osztályokon dolgozó ápolók alkották.

A kérdőíves kutatás átfogó célja volt a dunántúli kórházi osztályokon dolgozó egészségügyi szakdolgozók szubjektív vizsgálata. Annak megismerésére törekedtem, hogy hogyan jellemezhetők a megkérdezettek beteg-mobilizációs szokásai, munkahelyi terheltsége, egészségi állapota, segédeszközök használata, különböző betegmozgatási módszerek elsajátításának lehetőségei, valamint vizsgálat tárgyát képezte szociális helyzetük és rekreációs tevékenységeik feltérképezése is.

Az adatfeldolgozás és a kérdőívek elemzése Microsoft Excel szoftver segítségével történt. A különböző paraméterek közötti kapcsolat értékelésére egyváltozós (χ^2 próba, két gyakoriság összehasonlítása), az oksági kapcsolat kimutatására többváltozós statisztikai módszerekkel (logisztikus regresszió) vizsgáltam a mintát. A szigni-

fikancia szintjét $p=0,05$ értékben határoztam meg.

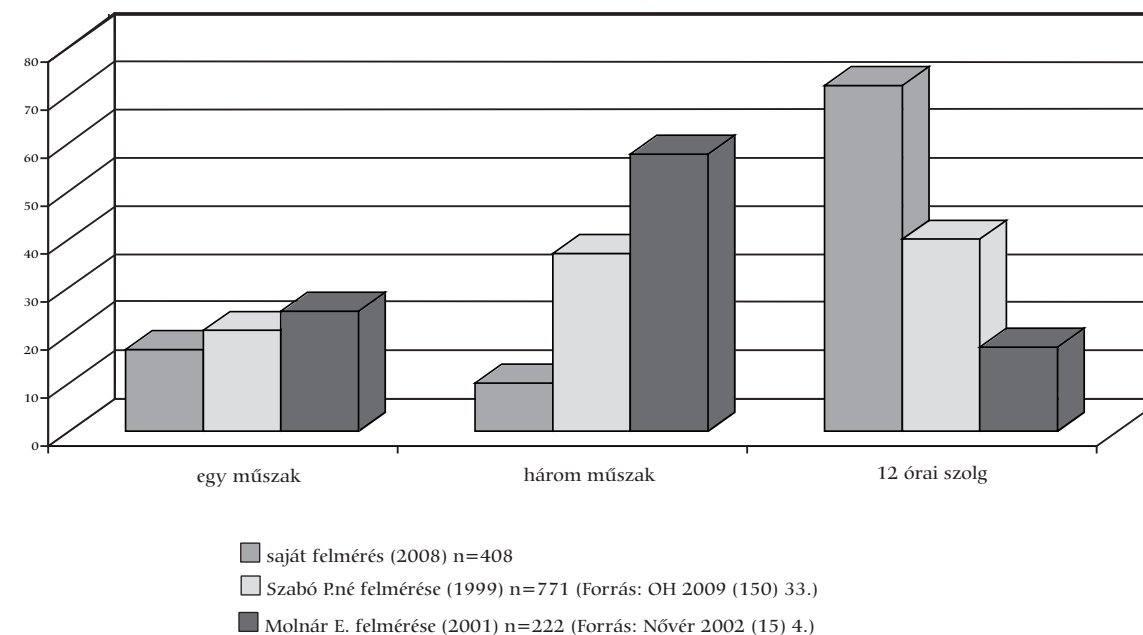
Eredmények, megbeszélés

A vizsgálatban 6% férfi, és többségében nők (94%) vettek részt. A koreloszlás kategorizálása után 30-39 év közöttiek (41%) alkották a többséget a mintában, a második nagyobb csoport a 40-49 év közöttiek 27%-os korcsoportja volt, majd a 30 év alattiak 16%-ban, az 50-59 évesek 13%-ban, és végül az 59 év felettiek 2%-ban válaszoltak. Az egészségügyben eltöltött időt öt éves kategóriákra osztottam, amely szerint 5 év alatt 12%, 5 és 9 év között 13% válaszolt. A többséget a 10-14 éves szolgálati időt eltöltött ápolók (20%) alkották. 14-14%-ban válaszoltak a 15-19 éve, illetve a 20-24 éve dolgozók, a 25-30 év közöttiek 15%-ban, a 30 év felettiek 11%-ban vettek részt a vizsgálatban. A többség 12 órás szolgálatban látta el a betegeket, 72%-os gyakorisággal. A legkevesebb válaszadó három műszakban dolgozott ez 10%-ot jelent. Egyműszakos munkarendben 17%, 1% egyéb kategóriát jelöltek meg. (1. táblázat) (1. ábra)

I. táblázat: A minta demográfia és társadalmi jellemzői

Demográfia	N	%
Neme		
Férfi	24	6%
Nő	384	94%
Összesen	408	100%
Kor		
30 alatt	65	16%
30-39	169	41%
40-49	109	27%
50-59	55	13%
59 felett	6	2%
nem válaszolt	4	1%
Összesen	408	
Egészségügyben eltöltött évek		
5 alatt	47	12%
5-9	54	13%
10-14	80	20%
15-19	58	14%
20-24	59	14%
25-30	63	15%
30 felett	43	11%
nem válaszolt	4	1%
Összesen	408	100%
Munkarend		
egy műszak	70	17%
három műszakos szolgálat	40	10%
12 órás szolgálat	295	72%
egyéb	3	1%
Összesen	408	100%

1. ábra: A munkarend megoszlása (n=408)

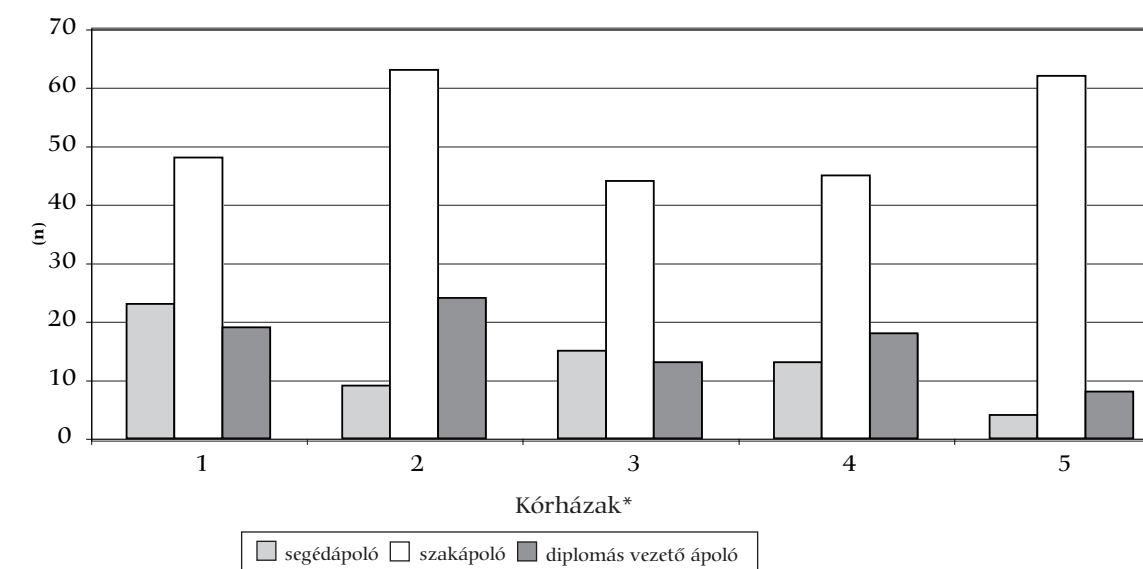


A szakmai végzettség szerinti összetétel vizsgálatakor a résztvevő kórházak szakdolgozóinak válaszai alapján többségében szakápolók töltötték ki a kérdőívet, összesen 64%. (2. ábra)

a diplomás ápolókat és a vezető ápolókat is összevontan értékeltem, diplomás/vezető ápoló csoportnévvel ellátva.

A szomatikus tünetek megjelenését a következő kérdéssel vizsgáltam: „Jelentkezett-

2. ábra: Munkakörök kórházak szerint



A segédápolókat, az általános ápolói képesítéssel rendelkező ápolókat az alacsony min-taszám miatt a továbbiakban együtt vizsgáltam, segédápoló megjelöléssel. Ugyanígy

e az Ön esetében nyak- és hát/derékfájdalom (gerincfájdalom) betegmozgatás után?” A teljes mintából a többség, 82% válaszolta azt, hogy volt gerinceredetű fájdalma.

A gerincoszlop három részre tagolásával értékeltem azt a 335 ápolót, akik a nyitott kérdésben megjelölték az adott, fájdalmas területeket. Nyaki gerinc fájdalmat 17,6%-ban, hátfájalmat 26,3%-ban, derékfájalmat 41,2%-ban jeleztek a válaszadók. A gerinc fájdalmának általában vett értékelését 18,5%-ban jelölték meg, 5,4% gerincsérv kialakulásáról számolt be. (3. ábra), (4 ábra)

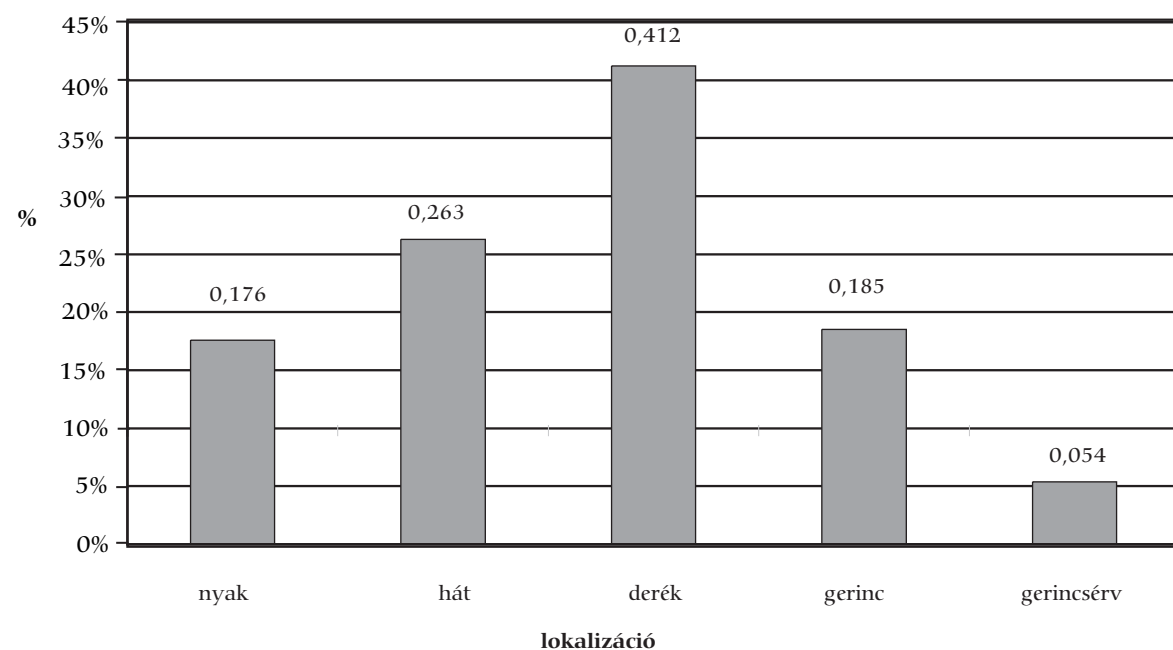
Megvizsgáltam a munkakörök kapcsolatát és a fájdalom összefüggését. Kíváncsi voltam, hogy van-e különbség az egyes munkakörök közötti fájdalom gyakoriságában. Az eredmények azt tükrözik, hogy mindhárom

csoportban közel azonos arányban fordult elő a nyak-, hát- vagy derékfájdalom megjelenése. A legmagasabb arányban a diplomás/vezető ápolók jelezték (87%), valamint a szakápolók (85%), majd a segédápolók között 75%-ban éreztek gerincereditű fájdalmat.

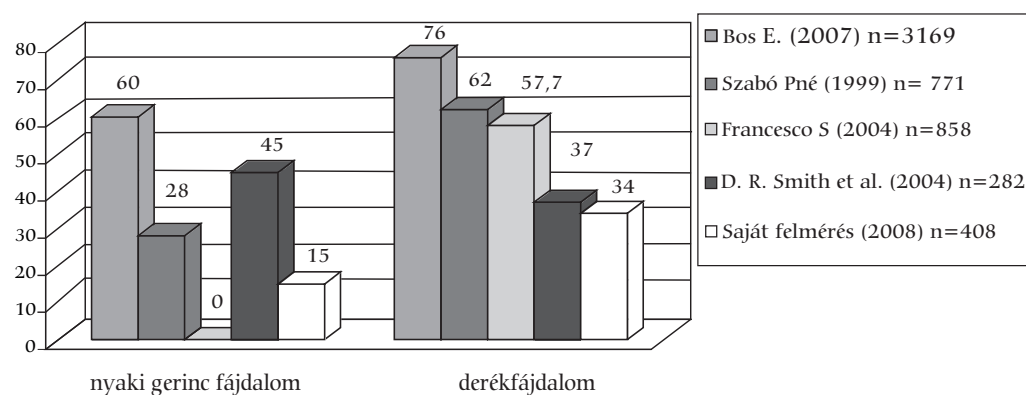
A munkaköri csoportok esetében logisztikus regresszió vizsgálattal is végeztem elemzést, majd azt az eredményt kaptam, hogy szignifikánsan, 41%-kal nagyobb volt az esélye a gerincfájdalom kialakulásának, ($p=0,01$) a segédápolók esetében.

A megkérdezettek véleményét az egyes osztályokra lebontva is vizsgáltam. Az eredmé-

3. ábra: A fájdalom megjelenésének gyakorisága lokalizáció szerint (n=335)

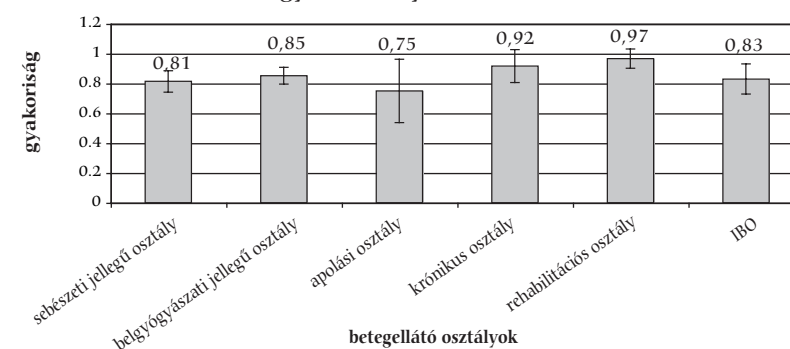


4. ábra: Gerincfájdalom helyi megjelenése az irodalmi adatok összehasonlításában



nyek szerint a rehabilitációs osztályon (97%), a krónikus osztályon (92%) nagyobb gyakoriság figyelhető meg, mint a közel azonos gyakoriságot mutató belgyógyászati jellegű (85%), intenzív (83%) és sebészeti jellegű osztályok (81%) válaszaiban. Az ápolási osztály eredménye 75%. Ebben az esetben a kérdőívet kisebb létszámú ápoló töltötte ki. (5. ábra)

5. ábra: A gerincereditű fájdalom gyakorisági megjelenése az egyes osztályokon (n=335)



A munkakörnyezet tanulmányozására tettem fel azt a kérdést, hogy „Mennyire ítéli megterhelőnek az Ön gerincére ható igénybevételt, a betegmozgatást illetően?” A kérdésre 405 értékelhető válasz érkezett. A szubjektív visszajelzések azt eredményezik, hogy több mint fele a mintának 52% válaszolta a Likert skála értékelése során a legmagasabb hatos pontértéket, vagyis a „fokozott igénybevétel”-t. A további vizsgálatok elvégzését az értékek összevonásával végeztem el. A 0 jelentette azt, hogy „egyáltalán nem” megterhelő a betegmozgatás. Ez a viszonyítás alapja. 1-3 közepes mértékben megterhelő, 4-6 között fokozott megterhelést jeleztek. Közepes mértékű megterhelést 12%, fokozottan megterhelőnek 87% ítélte meg a nyak-, hát/derékfájdalom megjelenését a betegek mozgatása, mobilizációja után.

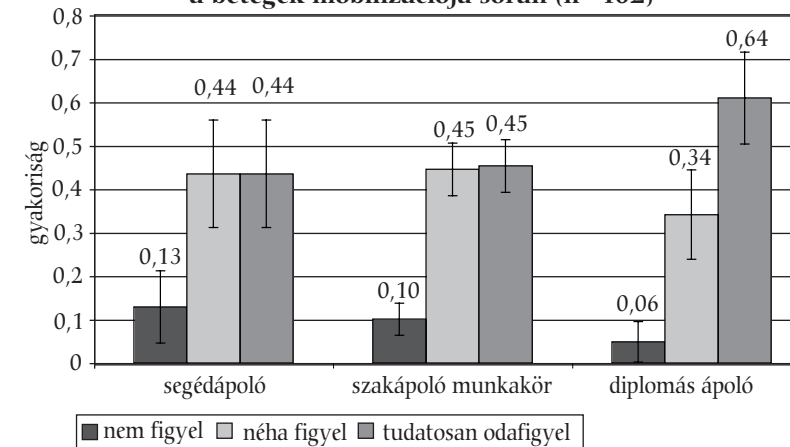
Az elmúlt egy évben gerincfájdalom miatt az adatok alapján, az ápolók munkától való távollétére (táppénz igénybevételére) 4% esetben került sor. Meg-

vizsgáltam a kieső munkanapok átlagát, az elmúlt egy évben, ennek eredménye 33,2 nap. Minimális hiányzást 6 napban, a legtöbb hiányzást 124 napban határoztak meg a megkérdezettek.

A biomechanika gerincoszlopra kifejtett kedvező hatása miatt kérdeztem meg a kérdőív kitöltőit, hogy „Mennyire figyel tudatosan a saját testtartására?”. A kérdésre 402 válasz volt értékelhető. Segédápolók közül 16%, a szakápolók 64%, a diplomás/vezető ápolók 20% gyakorisággal írták le véleményüket. A kiszámolt odafigyelés mértéke a Likert skála alapján 0-6 között volt jelölhető. Csoportosítás után a „0” azt jelölte, hogy „nem figyelek”, majd ehhez viszonyítottam a többi választ, a „néha figyelek” 1-3-ig, a „tudatosan figyelek”

4-6-ig csoportba soroltam. Ebből a hármas vizsgálati csoportból a „nem figyelek” -hez volt a viszonyítási alap. A segédápolók (13%) és a szakápolók (10%) esetében kétszer annyian nem figyelnek a saját testtartásukra a munkájuk során, mint a diplomás/vezető ápolók (5%) csoportja. Közel azonos gyakorisággal válaszolta mindkét csoport az odafigyelés mértékét (44-45%). „Tudatos odafigyelést” a diplomás/vezető ápolók részéről 16%-al választották többen a szakápolókhoz képest. (6. ábra)

6. ábra: Tudatos odafigyelés a saját testtartásra a betegek mobilizációja során (n=402)



Megkérdeztem az ápolókat, hogy milyen okot feltételeznek a gerincfájdalom kialakulásának hátterében. A lehetőségeket alternatívaként soroltam fel, amelyből több válaszlehetőséget is megjelölhetett a kérdőív kitöltője. Az adatok azt tükrözik, hogy 61%-ban több segédeszközre tartanak igényt a dolgozók. Az ápolói létszám 39%-ban kevés, közel azonos gyakoriságú az eredmény a betegemelési technika ismeretének bővítésével kapcsolatban, 38%. A munkavédelmi felszerelések hiányát 36% jelölte meg. Az összefüggés elemzés során mindegyik felsorolt lehetőséget szignifikánsan kapcsolatba hozták a kérdőív kitöltői a gerinceredetű megbetegedés háttérproblémájával. Ez az eredmény a szubjektív megítélés véleményét erősen érezteti.

Az ápolási munka következtében kialakult gerinceredetű megbetegedések összefüggését logisztikus regressziós analízissel végeztem, mintaszűkítést követően. **(II. táblázat)** A válaszok alapján a következő eredményről számolhatok be: az ápolók létszámhiányát tekintve 3,7-szer nagyobb az esélye a gerincbántalom kialakulásának, $p=0,002$. A betegmozgathoz

szükséges segédeszközök hiányával kapcsolatban szignifikáns az eredmény $p=0,04$; a munkavédelmi felszerelés hiányában is szignifikáns összefüggés volt kimutatható $p=0,001$. A betegmozgathoz szükséges gyakorlatban alkalmazható technikai ismeret és a gerinceredetű fájdalom esetében az ápolók véleménye alapján szignifikáns kapcsolat van $p=0,0005$.

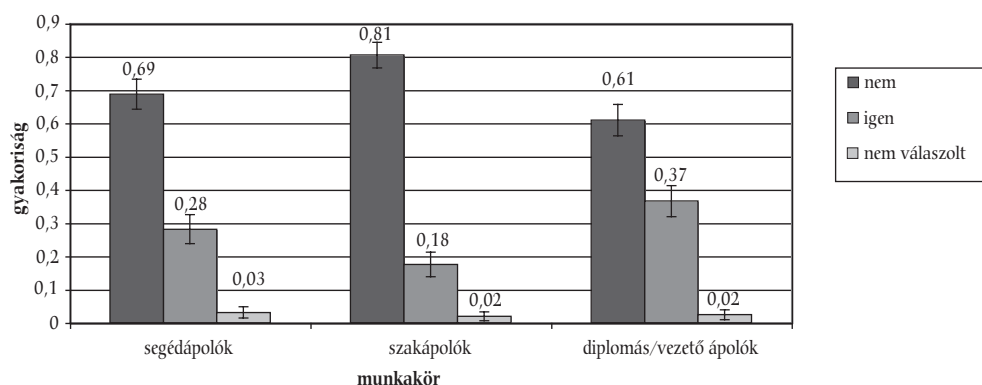
A kérdőívben tettem fel azzal kapcsolatban kérdést, amely professzionális betegmobilizálási ismeretekről ad információt. Megkérdeztem, hogy „Ismeri Ön, a Dotte módszert, mint betegmozgathoz módszert?“, valamint „Van az Ön osztályán olyan munkatárs, aki foglalkozott a Dotte betegmozgathoz módszerrel?“. A válaszok azt eredményezték, hogy 23% ismeri ezt a módszert, és csak 7%-ban van a környezetükben olyan munkatárs, aki foglalkozott ezzel a mozgathoz formával.

Szakmacsoportokra bontva is megvizsgáltam a kapott válaszok eredményeit. Szignifikáns eltérés figyelhető meg azzal kapcsolatban, hogy az említett betegmozgathoz eljárást milyen gyakorisággal nem ismerik a válaszadók. **(7. ábra)**

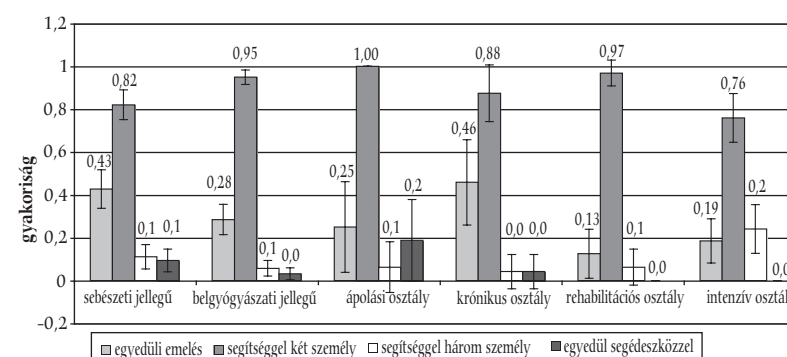
II. táblázat: A gerincproblémák kialakulásának okai

A kialakult gerincprobléma oka az ápolók szerint	N	OR	95%	C.I.	P-
ápolók létszáma	397	3,7429	1,887	7,502	0,0002
segédeszközök hiánya	397	1,8641	1,0279	3,3807	0,0403
munkavédelmi felszerelés hiánya	397	3,5574	1,6329	7,7498	0,0014
betegmozgathoz technikák ismeretének hiánya	397	3,5059	1,7273	7,1156	0,0005
egyéb	397	0	0	>1.0E12	0,9696

7. ábra: A Dotte módszer ismeretének gyakorisága (n=408)



8. ábra: Betegmozgathoz kivitelezésének gyakorisága az ápolói létszám figyelembevételével (n=401)



A segédápolók csoportja 69%-ban, a szakápolók csoportja 81%-ban, a diplomás/vezető ápolók pedig 61%-ban válaszolták azt, hogy nincs a módszerrel kapcsolatos ismerete. A professzionális mobilizációs ápolási feladatot ismerők között a segédápolók 10%, a diplomás/vezető ápolók 19%-al tájékozottabbak, a szakápolókhoz (18%) képest.

Megvizsgáltam, hogy a nyak- és hát/dérékfájdalom kialakulása összefügg-e az új mozgathoz technika ismeretét megszerzett munkatársak gerincfájdalmainak kialakulásával. Akik nem ismerték a módszert, azok körében a fájdalom gyakorisága nagyobb arányban, 84%-ban jelent meg a módszert ismerőkhöz képest (82%). Ezután relatív kockázatot számoltam (RK), azt az eredményt kaptam, hogy $RK=0,96$, tehát az eredmény protektív hatású faktor. A felmérés azt igazolja, hogy a gerinceredetű fájdalom megjelenésének kockázata 4%-al kisebb a Dotte betegmozgathoz módszert ismerők körében.

A betegek mozgathozához szükséges technikai segítség igénybevétele a többség részére nem elérhető a teljes minta válaszai alapján. Összességében 63% ápoló válaszolta azt, hogy nem állnak rendelkezésre a betegmozgathoz szükséges eszközök. Azokban az intézményekben, ahol ilyen segítséget igénybe tudnak venni az ápolók, 35% volt a válaszolók aránya. Az eszközök közül több lehetőséget soroltam fel, amelyből választhatott a kérdőív kitöltője, ennek eredményeképp a betegemelő berendezést 13%, a fordító korongot 3%, a speciális csúsztatőlepedőt 17%, a hevedert 4%, és egyéb megoldást 5% esetben jelölték meg. 2% nem válaszolt a feltett kérdésre.

A kézi mozgathoz, emelés kivitelezésére a kérdőívben több válaszlehetőség felkínálásával végeztem elemzést. Az értékelésben 401 értékelhető minta alapján, a többség (88,5%) két ápoló részvételét jelölte meg a feladat elvégzésére. 39,9% egyedül mozgathozja, emeli a betegeket. Három ápoló együttes munkájára csak 9,7% esetben volt alkalom. Ha egyedül kell beteget mozgathozni, és segédeszközzel

igénybevétele van lehetőség, 5% választott. **(8. ábra)** Logisztikus regresszió analízissel összefüggést kerestem a gerinceredetű fájdalom kialakulása és a különböző kézi betegmobilizációs lehetőségek alkalmazása között. Az eredmények azt mutatják, hogy kétszer nagyobb az esélye azoknak az ápolóknak a fájdalom megjelenésére, akik egyedül emelik a betegeket $EH=2,16$ [1,11;4,21] $p=0,024$.

Következtetések, javaslatok

Az ápolók fizikai terhelése összefüggésbe hozható a mozgathozrendszer megbetegedéseivel, amely fokozott odafigyelést igényel a betegellátás folyamatában. Az adatok figyelembevételével a több műszak nagyobb terhelést jelent az ápoló személyzet számára, az ellátandó betegszám- és az ápolói létszám átlagának figyelembe vételét tekintve.

Az első hipotézisem szerint a gerinceredetű fájdalom kialakulásának gyakorisága, a betegsúlyossági kategória, az ellátandó betegek száma és az ápolói létszám között összefüggés van.

A gerincbántalom csökkentése érdekében olyan speciális betegmozgathoz módszert dolgoztak ki francia szakemberek, amely az ergonómia, testmechanika igénybevételevel segít megelőzni a betegellátás során a gerinceredetű fájdalom, sérülés kialakulását. (Dotte P., 2001) Ezzel kapcsolatos a második hipotézisem. „Feltételezésem szerint a Dotte professzionális betegmozgathoz módszer ismerői kevesebben jeleznek gerinceredetű fájdalmat.”

A válaszok tükrében nagyon kevés azon

ápolók száma, akik ismerik ezt a beteg-mobilizálást segítő módszert, melynek lényege az ápolószemélyzet megerőltető gerincfájdalmának megelőzése és a testtartásuk javítása irányul. Vizsgálatom során az összefüggések azt igazolták, hogy protektív hatású ez a mozgatási forma. A teljes mintából mindössze 23% jelezte, hogy ismeri a módszert, és a megkérdezettek közvetlen környezetében kevésnek mondható azok száma, akik dolgoznak ilyen ismeretekkel rendelkező munkatárssal (7%). A gerincfájdalom kialakulása és a Dotte betegmozgatási módszer ismerői között végzett vizsgálat értelmében a 4%-os protektív különbség ugyan nem mondható magasnak, de jelzés értéke mindenképp figyelemfelkeltő.

Az ápolók szakmai összetétele szerint feltételeztem, hogy „A magasabb szakmai végzettséggel rendelkező ápolók többsége ismeri a Dotte professzionális betegmozgatási módszert”.

A 95%-os megbízhatósági tartományok segítségével χ^2 próba alapján azt a következtetést vontam le, hogy a diplomás ápolók között többen ismerik a Dotte módszert ($p=0,033$), de számomra meglepő volt, hogy a szakápolók nem eléggé tájékozottak annak ellenére, hogy ők alkotják az ápolói populáció többségét. Ezzel feltételezésem igazolódott, mert a segédápolókhoz viszonyítva kevesebb szakápoló és több diplomás/vezető ápoló rendelkezik ilyen irányú ismerettel. Feltehetően a főiskolai képzésben többletinformációt kapnak a módszerről. Ennek értelmében bizonyított a hipotézis.

Az utolsó hipotézisem szerint feltételeztem, hogy „A válaszadók közül, akik több segédeszközzel rendelkező osztályon dolgoznak, kevesebb gerinc eredetű fájdalmat jeleznek.”.

A segédeszköz ellátottság az elmúlt évek viselkedésintései alapján továbbra is hiányos, annak ellenére, hogy növekedés tapasztalható. A 17%-os eszközellátást a jelenlegi vizsgálati adatok szerint 35%-ra sikerült feljavítani. A kórházakban meglévő eszközpark ingadozást mutat, két kórházból jeleztek több segédeszközt a többi

válaszadó intézményhez képest. Az osztályok esetében a sebészeti jellegű- és a krónikus osztályok ápolói közül azt találtam, hogy többen egyedül emelik, mozgatják a betegeket, ami azt eredményezi, hogy a logisztikus regresszió analízis gyakorisági mutatója ($p=0,024$) szerint ebben a terhelésben szignifikánsan nagyobb eséllyel szenved el gerinceredetű fájdalmat. Az ápolási-, valamint az intenzív osztályon dolgozók többségében két segítővel végzik a mozgatással kapcsolatos ápolási feladatokat, de itt a három segítő megjelenése gyakoribb. A segédeszközzel történő mobilizálás egy ápoló részvételével az ápolási osztályon jellemzőbb. A hipotézisre nem tudtam bizonyítást bemutatni annak tekintetében, hogy a segédeszközzel ellátott osztályokon szignifikánsan alacsonyabb számban jelenik meg a gerincbántalom kialakulása az ápolók között. ($p=0,66$).

Ezzel kapcsolatban a jövőt tekintve további feladatok előtt állunk, olyan vizsgálatok elvégzése szükséges, ami betegmozgatást segítő eszközök tanulmányozásával bizonyítja a nyak- hát/derékfájdalom csökkenő számát, vagyis eredményes segédeszköz ellátottságot eredményez.

A felelősség kettős, mind a dolgozó részéről, mind a munkáltató részéről egyaránt fontos, hogy egészséges, jól képzett ápolók lássák el a feladatot a betegágy mellett. Ennek érdekében fontos a veszélyek azonosítása, a kockázatfelmérések elemzése, és olyan munkahelyi környezet megteremtése, ami csökkenti a szükségtelen nyak-, hát és derékfájdalom kialakulását.

A vizsgált célcsoport körében végzett kutatás során, olyan eredményeket találtam, amelyek bemutatásával feltárható, majd tovább vizsgálható a gerincoszlop terhelése (pl. a fizikai igénybevétel során milyen hatással van a mozgásrendszer egyik fontos tartóoszlopára, a gerincoszlopra az egészségügy fekvőbeteg ellátás rendszerében), továbbképzések hatékonysága és a munkahelyi ártalom kapcsolata a kórházi munkában.

Irodalomjegyzék

1. 25/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az első-sorban hátsérülések kockázatával járó kézi tehermozgatás minimális egészségi és biztonsági követelményeiről;
2. 90/269/EGK tanácsi irányelv egészségvédelmi és biztonsági követelményeket állapít meg a kézi tehermozgatásra, különösen arra az esetre, ahol fennáll a mun-

3. Bos E, and Groothoff J et al. (2006). Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, IC nurses, operation room nurses, and X-ray technologists. In: Springer-Verlag, 80, pp 198-206;
4. Derek R. Smith et al (2004). Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses In: Occupational Medicine 54; pp 579-582;
5. Dotte P. (2001) A betegek mozgatása és aktivizálása 1. Springer Budapest
6. Dotte P. (2001) A betegek mozgatása és aktivizálása 2. Springer Budapest
7. Eriksen W, Bruusgaard D, and Knardahl S, (2004). Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. In: Occup Environ Med 61;5 pp 398-404;
8. European Agency for Safety and Health at Work (2007). Bevezetés a munkához kapcsolódó váz és izomrendszeri problémákba Factsheet 71 <http://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/71/> [Szombathely, 2009. 05. 12];
9. European Agency for Safety and Health at Work (2008). Patient handling techniques to prevent MSDs in health care <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact28> [Szombathely, 2009. 07. 15];
10. European Agency for Safety and Health at Work (2008). A european campaign on musculoskeletal disorders en 4 <http://osha.europa.eu/hu/press/press-releases-hu> [Szombathely, 2009.07.15];
11. Evangelos C. Alexopoulos et.al. (2006) A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel; Occup Environ Health, 79; pp 82-88;
12. Halmos Miklósné (2002) Ápolói munkaterhelés többszempontú statisztikai elemzése In: IME 1;3 pp 15-18;
13. Hedge A. (2006): Back Care for Nurses <http://www.spineuniverse.com/display-article.php/article1509.html>; [Szombathely, 2009. 07. 15]
14. Kapás Zs, (2004) Egészséges munkavá-
- láló az egészséges munkahelyeken; A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője OEFI Budapest <http://www.oefi.hu/regiweb/nepegeszsegugy/munkahely-kiadvany.pdf> [Szombathely, 2009. 08. 15.]
15. Komárominé Raniák I, (2001) Az ápolók fizikai (betegmozgatási) terhelése és ennek következményei In: Egészségügyi Gazdasági Szemle 39;1, pp 42-48;
16. Kovács K, (2002) Az egészségi állapot mérése. Mortalitás és morbiditás Magyarországon. Demográfiai évkönyv KSH Budapest <http://www.behsci.sote.hu/2-egallmeres.pdf> [Szombathely, 2009. 08. 15]
17. Kovácsné Baranyai J, Siráki E (2006). A rehabilitációs osztályon dolgozó ápolók mozgásszervi degeneratív elváltozásai Nővér 19;6, pp 8-13;
18. Lorusso A, Bruno S, at L'Abatte N (2007) A Review of Low Back Pain and Musculoskeletal Disorders among Italian Nursing Personnel In: Industrial Health 45, pp 637-644
19. Molnár E, (2002). Ápolók egészségi állapota – 2001 In: Nővér 15;4 pp 4-10;
20. Murat D. et al (2009) Low Back Pain Among Nurses: A Review In: Neurosurgery Quartely 19;1 pp 29-34
21. Simona M, et al (2008). Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries—results from the European NEXT-Study In: International Journal of Nursing Studies 45, pp 24—34;
22. Szabó P.né (2002). Betegemelés során kialakult hátfájdalmak In: Nővér 15;6 pp 22-25;
23. Szabó P.né (2009) A betegmozgatás szakmai követelményei és nehézségei az ápolási feladatok során In: Orvosi Hetilap 150;33, pp 1568-1572;
24. Tóth E. Á. (2006) Derékfájdalommal járó gerincbetegségek In: LAM 16. 5. pp. 453-459;
25. Vachter A (2003) Humán erőforrás-fejlesztés és teljesítménymérés lehetőségei mozgásszervi rehabilitációs osztályon In: Nővér 16. 1. pp. 3-9;

The correlations between patient mobilisation and nurses' back pain

Szabó Péterné

Summary

Aim of the study: The author seeks to identify the correlations between back pain experienced by nurses, and factors related to the mobilisation of patients. The purpose of the survey was to examine, in the course of mapping the development of neck, back and waist pain (spinal complaints), the nature of the physical burden on the various specialist groups of within the nursing profession, their skills related to new patient moving techniques, and their opportunities for expanding such skills. The study also sought to ascertain what kind of assistance they receive in the form of special equipment and help from colleagues.

Sample and methods: The survey was conducted among paramedical professionals working at various departments in five priority hospitals in the Trans-Danubia region. The survey was based on a self-completion questionnaire compiled by the author. A total of 408 questionnaires suitable for evaluation were returned.

Results: After providing demographic data, the respondents — based on their subjective replies — indicated spine-related pain in 82% of cases. Based on a logic regression analysis, the incidence of spine-related disease is significantly high among auxiliary nurses ($p=0.01$). In comparison to nurses with degrees, a lower number of skilled-worker nurses have access to further training opportunities.

Conclusions: The physical burden on nurses displays a correlation with the incidence of spinal complaints among them. The responsibility cuts two ways: it is equally in the interests of both the employer and the employee to ensure that bedside tasks are performed by healthy, well-trained nurses.

Key words: spinal complaints, physical burden, patient mobilisation

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA
ORSZÁGOS GYERMEKÁPOLÁS TAGOZATA

2010. november 9. (kedd) 09.30–14.00 rendezi meg

„Gyermekegészségügyi etikai problémái”
és a „Gyermekegészségügyi ápolás jelene”
című Országos Tudományos Napját

A továbbképzés helyszíne: Aesculap Akadémia
115. Budapest, Halmi út 20–22.
(Megközelítés: 7-es busszal a Szent Imre Kórház megállóig)

A jelentkezések beküldési határideje: 2010. november 2.

Regisztrációs díj:

Kamarai tagoknak: ingyenes

Nem tagoknak: 5.000.-Ft

A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

Beküldési cím: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, 1450. Budapest, Pf.: 214.

Jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető: www.meszk.hu honlapon

További információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál Tel.: 1/323–2070,
e-mail: meszk@meszk.hu

Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére

A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon,
ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészéshez!

Irinei Tamás

egyetemi okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika,
elnök, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet

Németh Anikó

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmaga-
tartás- és fejlesztés Szakcsoport,
elnök, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Oktatási Bizottság

Összefoglaló

Vizsgálat célja: A szerzők képet szerettek volna kapni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók pszichés állapotának változásáról az elmúlt 9 év alatt, illetve arról, hogy az ellátás típusa, a munka-
rend, az egészségügyben eltöltött évek száma miként befolyásolják a kiegészés előfordulását.

Vizsgálati módszerek és minta: Keresztmetszeti vizsgálatukat saját készítésű, önkitöltős kérdőív-
vel végezték, melyet a MESZK Csongrád megyei tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: A járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozók között szignifikánsan magasabb a súlyos ki-
égés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák között. A járóbeteg
ellátásban, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók esetén 67,7%-ban jelentkeztek a kiegészés tünetei.
A pályája elején lévő minden harmadik ápolónál jelentkeztek a kiegészés tünetei. Szignifikáns összefü-
gés mutatkozott a szomatikus állapot megítélése, az egészségügyben eltöltött évek száma, valamint a
kiegés súlyossága között is. Az ágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos
kiegésessége.

Következtetések: Az ágazatot ért kedvezőtlen hatások nagymértékben rontották a szakdolgozók lel-
ki egészségét. A zaklatott, betegségekkel szembeeső pácienseket pszichésen is beteg személyzetnek kell
ellátnia.

Kulcsszavak: ápolók, kiegészés, pszichés állapot

A probléma ismertetése

Szegeden a betegágy mellett dolgozó ápo-
lók körében a felmérések azt mutatják, hogy
a súlyos kiegészés aránya igen magas 2001-
ben 17%; (Irinei, 2001) 2005-ben 21,3% (Sza-
bó és Horváth, 2005) volt. Ezen évtized má-
sodik felében sok negatív hatás érte Magyar-
országon ezt az ágazatot. Fel kívántuk tájni,
hogy az érintett egészségügyi szakdolgozók
egészségi állapotát befolyásolták-e az ágaza-
tot sújtó megszorító intézkedések. További
cél volt, hogy az egészségügyi szakdolgozók

pszichés egészségi állapotának a felmérését
kiterjesszük a Csongrád megyében dolgozó
kollégákra is, hiszen ezen populációra nem
készült felmérés ebben a témakörbe.

Elméleti háttér

Az egészségügy a társadalom tagjainak
megfelelő egészségi állapotát biztosító nél-
külözhetetlen szektor, a társadalom átala-
kulási folyamatában kulcsszerepet játszó
ágazat. Az egészségügy a társadalom egyik

meghatározó részrendszere, a nemzetgazdaság teljes rendszerének szerves része, nem szakítható ki belőle és nem választható le róla. Dinamikus, nyílt rendszer, állandó mozgásban van, intenzív kapcsolatban áll környezetével, a kívülről érkező impulzusok hatására változik, fejlődik.

Hazánkban az egészségügy gazdasági mozgástere az elmúlt évtizedben fokozatosan beszűkült. A tartós forráshiány miatt tovább él a szakmailag és gazdaságilag egyaránt célszerűtlen struktúra. Magyarország egészségügyre fordított forrásainak GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokétól. Ezekben az országokban mintegy 3-4-szer többet költenek az egészségügyre, mint hazánkban. Az utóbbi 10 évben folyamatosan csökkent az egészségügyi ellátásra fordított kiadások reálértéke, viszont az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők mind markánsabban fogalmazták meg igényüket a jobb ellátás iránt! (Karner, 2005) Az elvárt minőség és a lehetőség egyre távolabb került egymástól. Az egészségügyből történő forráskivonást a dolgozók áldozatvállalása, az ellátás hatékonyságának növekedése ellensúlyozta, amelyek eredményeképpen nem következett be a szolgáltatások drasztikus csökkenése. A folyamatos pozícióromlás ellenére a rendszer működőképes maradt a szakdolgozók és az orvosok áldozatos munkájának köszönhetően. Működőképes maradt, de milyen áron?

A problémák csak a struktúra, a finanszírozási rendszer és az érdekeltég együttes átrendezésével oldhatók meg. Az átalakítás eddigi fázisaiban a hangsúlyt a finanszírozási rendszerre helyezték, aminek súlyos következményei lettek. Erre egy példa a TVK (Teljesítmény Volumen Korlát) bevezetése és következményei. E szabályzási technika lényege, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár intézményekre lebontva meghatározza, hogy az adott kórház adott időszak alatt a megelőző év azonos időszakában elszámolt költségnek például csak a 95%-át kaphatja — immár szinte függetlenül attól, hogy hány és milyen állapotú beteget lát el valójában. TVK hatására a teljesítmény, a

minőség és a finanszírozás elvált egymástól, illetve nagyarányú ágylétszám leépítést (intézmények, osztályok, osztályrészek bezárása) és ezzel párhuzamos elbocsátásokat szenvedett el az ágazat. (Balogh, 2007) Egyre kevesebben, egyre többet dolgoztak reálkeresetük csökkenése mellett, aminek hatására a gyógyító személyzetben felgyülemlik a tehetetlenség, az idegesség, és a frusztráció.

A klasszikus vezetés-elméletek szerint a dolgozónak egy vezetőtől kellene utasítást kapnia. Ezzel szemben a gyógyítás területén a napi gyakorlat, hogy az ápoló a főmunkaidőben bent lévő valamennyi orvostól, vezető ápolótól, betegektől kap utasításokat. Az ápolónak folyamatosan kell alkalmazkodnia a „feletteseihez” amely a pszichének a nagyfokú igénybevételével jár.

Túlfeszítettség, túlterheltség jelentkezik az ápolói munkában. A több és súlyosabb beteg ellátása, a technikai fejlődés (gépek, számítástechnika) és a felduzzadt adminisztráció nagyobb igénybevételnek teszi ki az ápolót, ami emeli a frusztráltsági szintet.

Konfliktust okozhat az ápolók képzettségi szintje. A képzettségnek megfelelően kell(ene) meghatározni a felelősség, a kompetencia szintjeit is. Két véglet van:

- az alulképzett segédápoló, aki nem tudja a szakmát, nem érti, mit akar az orvos, és rosszul hajtja végre az utasításokat;
- a „túlképzett” diplomás ápoló, aki szintén konfliktusba keveredhet, mert nem mindenhol szeretik, ha az ápoló „okos.” (Tóth)

Az eddig felsorolt és még számtalan probléma (erkölcsi megbecsültség hiánya, reakcióra fordított kevés idő, mindennapos anyagi gondok, elégtelen érdekérvényesítő képesség...) a szakdolgozók fásultságának és a kiégésének az irányába hatnak. Az elmúlt 8 évben szubjektíven és objektíven is romlott az ágazat és a benne dolgozók helyzete.

A probléma feltárásának az apropóját az Egészségbiztosítási Felügyelet 2008. évben végzett vizsgálata adta, mely 128 intézmény 152 telephelyén történt. A munkahelyi egész-

ségfejlesztésnek fontos eleme az ún. egészségfejlesztési terv kidolgozása. Az egészségfejlesztési terv egy olyan, a munkahelyi adottságokhoz, munkavállalói igényekhez leginkább alkalmazkodó egyedi stratégiai terv, amely magába foglalja a megfelelő egészségfejlesztési programok kiválasztását, operatív tervezését, monitorozását, illetve szükség szerinti változtatását. A kitöltő intézményi telephelyek mindössze 20%-a rendelkezik egészségfejlesztési tervvel.

A gyógyító munkával járó lelki terhelés önmagában is kiégéshez vezethet. A kiégési folyamatot gyorsítja a fokozott munkatempó, a túlórák és váltott műszakok, illetve a szegényes tárgyi feltételek, valamint a fentebb említett problémák. A kiégés megelőzésére, leküzdésére az egészségügyben dolgozók részére többek között rendszeres stresszkezelő programokon való részvételt, szakemberrel történő konzultációt, szupervíziós lehetőséget szükséges biztosítani. A megkérdezett intézményi telephelyek mindössze 18%-a nyilatkozott úgy, hogy van az adott intézményi telephelyen stresszkezelő program. (2) (1. táblázat)

1. táblázat: Intézményi egészségfejlesztés a magyar kórházakban (Dél-Alföldi régió) (Az Egészségbiztosítási Felügyelet „Minőségi indikátorrendszer 2008” felmérése alapján)

	Pozitív választ adó intézményi telephelyek száma és százalékos aránya	
Van-e az intézménynek saját egészségfejlesztési terve?	6/20	30%
Van-e az intézményben stressz-menedzsment/stresszkezelő program?	1/20	5%
Az intézmény a dolgozók számára milyen teszteset(ek)et biztosít?	13/20	65%
Támogatja-e anyagilag az intézmény a dolgozók sporttevékenységét?	4/20	20%
Szervez-e az intézet a dolgozók részére rendszeres és ingyenes szűrővizsgálatokat?	15/20	75%
Ad-e béren kívüli juttatásként üdülési csekket az intézmény a dolgozóknak?	2/20	10%

Az adatokból kitűnik, hogy a munkáltatók nem tesznek lépéseket a probléma megoldásának irányába. Emiatt a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezete egy felmérést készített a Csongrád megyében tevékenykedő kollégák körében. A felmérés egyik célja az volt, hogy objektív adatokkal szolgáljon a kollégák körében jelentkező kiégettségi szintről, illetve az elmúlt 8 évben bekövetkezett változásokról.

Természetesen az alábbi különböző vizsgálatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani, hiszen más célból, más elemszámmal készültek. Azonban a tendenciákra felhívhatja a figyelmet. 2001 márciusában a SZTE Klinikáin dolgozó kollégák körében végzett felmérés szerint az ápolók 17%-ánál volt megfigyelhető súlyos (krízis szintű) kiégettség. (N=103) (Iryni, 2001) 2005 januárjában a SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerstudományi Centrum fekvőbeteg intézeteiben dolgozó ápolók és vezető ápolók körében végzett felmérés szerint, mind két csoportnál 23%-a tartozott a kiégettség övezetébe (változtatásra van szükségük), míg a vezetők 23,8%-a, az ápolók 19%-a jelzett súlyos (krízis) szintű kiégettséget. (N=47) A két csoportnál együttesen 21,3%-ban fordult elő súlyos kiégettség. (Szabó és Horváth, 2005) És a jelen: A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezete egy átfogó vizsgálat keretében, megpróbált objektív adatok birtokába jutni, a megyében dolgozó kollégák pszichés állapotáról. A kiégettségi állapot felmérését szolgáló önértékelési skála egy összetett

kutatás részét képezte, mely többek között a kiégés mellett a szakdolgozók szomatikus állapotáról is képet adott.

Vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja volt felmérni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozói társadalom kiégettségi állapotát, illetve ennek

összefüggését a különböző munkarenddel és ellátási szintekkel, valamint az egészségügyben eltöltött évek számával.

Hipotézisek:

1. A különböző ellátási szintek között szignifikáns különbség van a kiégettség arányában. A legveszélyeztetettebb szintér a fekvőbeteg ellátás, és a legkevésbé veszélyeztetett szintér az alapellátás.
2. Feltételeztük, hogy a három műszakban dolgozó kollégák körében gyakrabban fordul elő a Burn-out szindróma, és súlyosabb képet mutat, mint a nem három műszakban dolgozó kollégáknál.
3. A kiégés tüneteinek megjelenése összefügg a szomatikus állapot romlásával.
4. Minél több időt tölt el a szakdolgozó az egészségügyben, annál nagyobb a valószínűsége a kiégés kialakulásának.

Vizsgálati módszerek és minta

A kérdőíveket, mely tartalmazta a „Kiégés Önértékelési Skálát” a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei területi Szervezetének regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez a 2008/3. Hivatásunk című lappal. A kérdőívek szabadon fénymásolhatóak voltak, így a nem Kamarai tagok is kitölthették. A kérdőívek összegyűjtését Kamarai tisztségviselők, főnövérek végezték a saját munkahelyükön, valamint postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt, 2008. 09-12. hónapig. Ilyen módon 999 darab kérdőív érkezett vissza, melyből 980-at lehetett értékelni. A Dél-Alföldi régióban az összes egészségügyi szakdolgozó 15%-a dolgozik alapellátásban, 21%-a járóbeteg ellátásban, 64%-a pedig fekvőbeteg ellátásban. A 980 értékelhető kérdőív 16%-át alapellátásban, 22%-át járóbeteg ellátásban, 62%-át fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák töltötték ki. Ilyen módon mintánk reprezentatívnak tekinthető. Meglepő módon a kamarai újság mellékletében lévő kérdőívek közül (2760) mindössze 59 darabot juttattak vissza a kollégák. A többi

kérdőív kitöltését a kamara tisztségviselői végezték.

A kiégés mértéke a Pines, A. M., Aronson, E., kérdőíve segítségével lett meghatározva. (5) A „Kiégés Önértékelési Skála” az alábbi 21 pontot tartalmazta: Milyen gyakran érzi a következő tüneteket?:

Fáradtság, Depresszió; Jó napja volt; Úgy érzi, kiégett; Érzelmileg kimerült; Boldog; Szorong; Értéktelennek érzi magát; Elköpottnak érzi magát; Úgy érzi, bajban van; Visszautasítottaság érzése; Gyengének és magára hagyatottnak érzi magát; Reménytelenség érzése; Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre; Testileg kimerült; Úgy érzi, „felmorzsoltság”; Csapdában érzi magát; Úgy érzi, „lejárta a rugó”; Energikusnak érzi magát; Boldogtalanság érzése; Optimistának érzi magát

Az egyes kérdéseket 1-7-ig terjedően lehetett pontozni (1=soha, 2=egyszer vagy kétszer, 3=ritkán, 4=néha, 5=gyakran, 6=általában, 7=mindig). A kiégettségi szint meghatározása egy megadott képlet alapján történt. Végül a válaszadókat az elért végső pontszám alapján négy csoportba soroltuk: 0-1,9 pont: örökös eufória, 2-2,9 pont: jól csinálja, 3-3,9 pont: változtatás szükséges, 4 pont felett: súlyos pszichés állapot.

Az adatok feldolgozása az SPSS 16.0 statisztikai programmal, Khi-négyzet próbával történt.

Eredmények

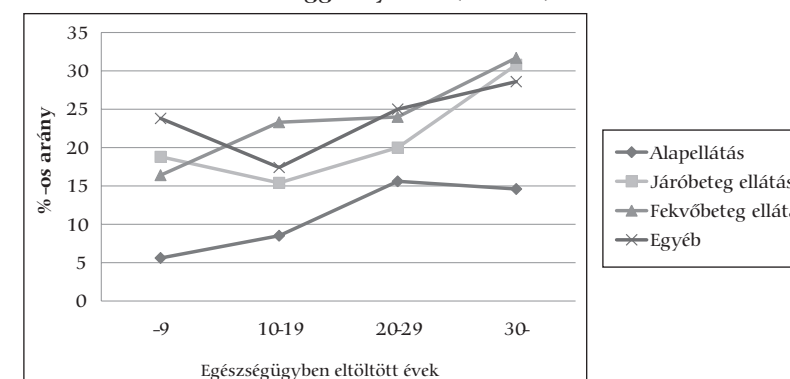
A keresztábra elemzés kapcsán, mely a kiégettségi szintet vizsgálta az egészségügyben eltöltött évekkel, és az ellátási területtel összefüggésben, a következő eredmények születtek. Khi-négyzet próbával szignifikáns összefüggés volt kimutatható a súlyos kiégettség és az egészségügyi ellátási szint között: a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák között szignifikánsan magasabb volt a súlyos kiégés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák esetében (járóbeteg ellátás: $p=0,006$; fekvőbeteg ellátás: $p=0,032$). A járóbeteg ellátás területén, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók

esetén a súlyos kiégettségi és azt megelőző állapotban lévők aránya, elérte a 66,7%-t. A fekvőbeteg ellátás területén, ez az arány 58,5%. Ugyan itt, de mindössze 0-tól 9 évig itt dolgozók esetén, ez az arány 35,6%. Elmondható, hogy a pályája elején lévő minden harmadik ápoló pszichésen beteg, vagy a kiégés előszobájában tartózkodik! Az első hipotézisünk részben igazolódott, mivel az alapellátásban dolgozó kollégák között van a legkevesebb kiégett személy, ellenben ha nem is szignifikánsan, de nagyobb arány-

ban fordul elő a kiégettség a járóbeteg ellátásban tevékenykedőknél. (1. ábra) (II. táblázat)

Szignifikáns kapcsolat mutatkozott az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés súlyossága között. ($p=0,001$) Minél több időt tölt el a szakdolgozó az egészségügyben, annál inkább veszélyeztetett a „Burn-out” szempontjából. Mivel az alapellátásban dolgozók átlag 21,85 éve dolgoznak az egészségügyben, a járó-, és fekvőbeteg ellátásban tevékenykedő kol-

1. ábra: Súlyos pszichés állapot megjelenési gyakorisága az egészségügyben eltöltött évek és az ellátó szintér függvényében (n=980)



II. táblázat: A kiégés előfordulásának aránya a munkaterülettel és az egészségügyben eltöltött évek számával összefüggésben (n=980)

Milyen területen dolgozik?			Egészségügyben eltöltött évek 10-es bontásban				
			0-9	10-19	20-29	30-	összes
alapellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	38,9%	34,0%	26,7%	29,3%	31,1%
		jól csinálja	50,0%	36,2%	35,6%	36,6%	37,7%
		változtatás szükséges	5,6%	21,3%	22,2%	19,5%	19,2%
		súlyos pszichés állapot	5,6%	8,5%	15,6%	14,6%	11,9%
járóbeteg ellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	25,0%	18,5%	23,3%	10,3%	19,4%
		jól csinálja	56,3%	41,5%	28,3%	23,1%	36,2%
		változtatás szükséges	0%	24,6%	28,3%	35,9%	24,0%
		súlyos pszichés állapot	18,8%	15,4%	20,0%	30,8%	20,4%
fekvőbeteg ellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	27,4%	15,7%	15,2%	15,9%	18,7%
		jól csinálja	37,0%	33,8%	35,2%	25,6%	33,7%
		változtatás szükséges	19,2%	27,1%	25,6%	26,8%	24,7%
		súlyos pszichés állapot	16,4%	23,3%	24,0%	31,7%	22,9%
egyéb	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	28,6%	26,1%	33,3%	35,7%	30,0%
		jól csinálja	42,9%	43,5%	33,3%	14,3%	35,7%
		változtatás szükséges	4,8%	13,0%	8,3%	21,4%	11,4%
		súlyos pszichés állapot	23,8%	17,4%	25,0%	28,6%	22,9%

legák egészségügyben eltöltött éveinek száma átlagosan 17,56 év, és az egészségügyben eltöltött évek számával nő a kiégés valószínűsége, ezért az első hipotézisünk még inkább megállja a helyét, és a negyedik hipotézisünk is igazolást nyert. (A kimutatott összefüggés szignifikancia szintje nagyobb lenne, ha a különböző szinterek átlagéletkorát is figyelembe vennénk.)

A folyamatos munkarendben dolgozóknál gyakrabban fordult elő a súlyos kiégés, mint az állandó délelőtti műszakban dolgozóknál, de nem jelentkezett szignifikáns összefüggés a munkarend és a kiégés előfordulása között. ($p=0,237$) Ezzel a második hipotézis nem nyert igazolást. (III. táblázat)

III. táblázat: Kiégés súlyosságának alakulása a munkarend függvényében (n=980)

		Kiégés önértékelési skála				
		örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	súlyos pszichés állapot	összes
munkarend	állandó délelőtti	115	173	108	83	479
	három műszak	85	151	103	104	443
	állandó éjszaka	3	6	2	3	14
	ügyelet	4	7	8	11	30
	délelőtti és délután	4	6	2	2	14
	összes	211	343	223	203	980

IV. táblázat: A kiégés szintjének megoszlása az iskolai végzettség alapján (n=980)

		Kiégés önértékelési skála				
		örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	súlyos pszichés állapot	összes
iskolai végzettség	szakiskola	34	36	37	40	147
	szakközép/gimnázium	110	197	133	125	565
	főiskola	59	97	49	32	237
	egyetem	8	13	4	6	31
	összes	211	343	223	203	980

Khi-négyzet próbát végezve a szomatikus állapot megítélése és a kiégés súlyossága között szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p=0,000$). A megfelelő szomatikus állapotban lévő kollégáknak mindössze 5,1%-ánál volt tapasztalható súlyos kiégés, míg a szomatikusan erősen megromlott egészségi állapotú kollégák 72,9%-a mutatta a súlyos kiégés tüneteit. Ez az eredmény is jól mutatja, hogy a szomatikusan beteg ember pszichéje is beteg, illetve fordítva. Ezzel a harmadik hipotézis is igazolást nyert.

Fontos megjegyezni, hogy a diplomával rendelkező egészségügyi szakdolgozók szignifikánsan jobbnak ítélték meg pszichés állapotukat, mint az alap és középfokú szakképesítéssel rendelkező kollégák ($p=0,009$). (IV. táblázat)

A kiégéssel szorosan összefügg, hogy az egészségügyi szakdolgozók milyen képet alakítanak ki saját hivatásukról. A kérdőív záró kérdése a következő volt: „Ön ajánlaná-e közeli családtagjának, ismerősének, hogy válassza az egészségügyi szakdolgozói hivatást?” A lehetséges válaszok: igen, nem, lebeszelném róla. Igennel a válaszadók 16,1%-a, nemmel 51,1%-a válaszolt. A „lebeszelném róla” lehetőséget a válaszadók 32,8%-a jelölte meg, tehát a válaszadók 83,9%-a nem javasolná ismerősének

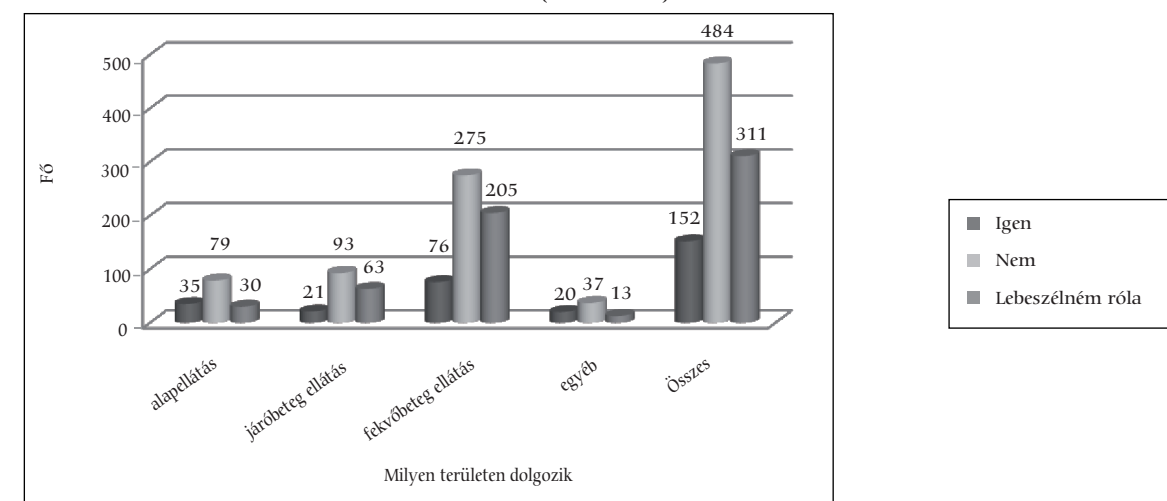
az egészségügyi pályán való elhelyezkedést. (2. ábra)

Következtetések, javaslatok

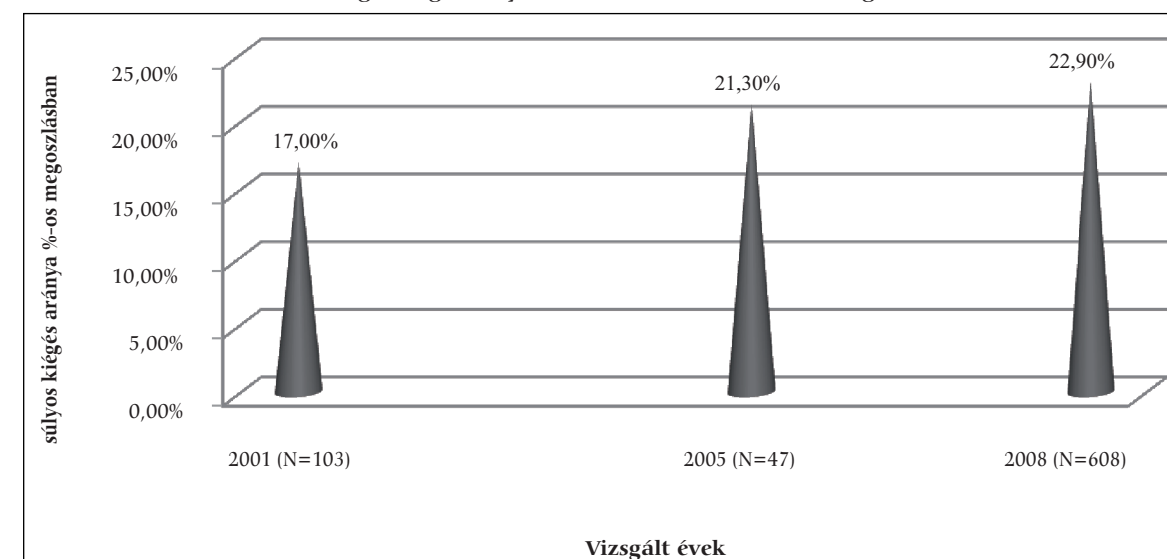
Összegzésként elmondható, hogy az ágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos kiégettség aránya az elmúlt 8 évben. 2001-ben 17%; 2005-ben 21,3%; 2008-ban 22,9%. (3. ábra)

A fekvőbeteg ellátás területén dolgo-

2. ábra: „Ön ajánlaná-e közeli családtagjának, ismerősének, hogy válassza az egészségügyi szakdolgozói hivatást?” (n=980 fő)



3. ábra: Ágy mellett dolgozó ápolók körében jelentkező súlyos kiégettség arányának változása 2001-2008-ig



zó minden ötödik kolléga a pályája elején már kiég. Ez az arány a nyugdíjba vonulók körében 31,7%. (Ha ide vesszük a kiégettség megelőző állapotban lévő kollégák számát, akkor ez az arány majdnem eléri a 60%-ot.)

Nem csak pszichésen, hanem szomatikusan is betegek a kollégák. Az a mondás, hogy „Ép testben ép lélek” a Khi-négyszet próbával is igazolva lett. Csak az a kérdés, hogy a beteg személyzet, miképpen tudja a betegeket gyógyítani? Az adatok azt mutatják, hogy sok esetben az ellátó személyzet legalább olyan beteg, mint maga az ellátott. Minél magasabban képzett a személyzet, annál védettebb a kiégettséggel szemben.

Szoros összefüggés nem mutatkozott a munkarend és a kiégettség között, tehát a folyamatos munkarend döntően nem befolyásolja a „Burn-out” megjelenését.

Az utóbbi 8 évben folyamatosan emelkedik a kiégettek száma. Ennek a folyamatnak a megállítása érdekében nincs semmilyen kormányzati, illetve csak minimális munkáltatói terv. Mivel csak elégedett, pszichésen és szomatikusan egészséges személyzet képes maradéktalanul segíteni a gyógyulást kereső egyéneken, ezért a következő ja-

vaslatainkat tesszük az egészségügyi kormányzatnak és a munkáltatóknak:

Javaslataink:

- A munkahelyi stressz kezelő tréningek szervezése, melyet évente ismételni kell.
- Továbbképzések, melyek az egyént felkészítik a kiégettséggel szembeni önmegküzdésre.
- Szabadságok kiadásánál egyvégtében legalább 3 hetet vegyen ki a munkavállaló.
- A dolgozók sportolásának messzemenő támogatása.
- Kommunikációs tréningeken való részvétel minden egészségügyi dolgozónak legalább 2 évente.
- Pszichiátriai ambulanciákon krízis intervenciók céljából, külön időpontok kijelölése az egészségügyi dolgozók számára.
- Nagyobb erkölcsi megbecsülés a munkáltató részéről, ami nem pénzkérdés.

Bízunk abban, hogy az egészségügyi szakdolgozók rossz egészségi állapota, pszichés és szomatikus megterheltsége tovább nem nő és a munkáltatók és a munkáltatók és az egyének is felismerik a lelki egészség javításának-védelmének szükségességét.

Irodalomjegyzék

1. Balogh Zoltán (2007. június 11.) Magyar Hírlap
<http://www.meszk.hu/index.php?content=187> (letöltés: 2010.09.15.)
2. Egészségfejlesztés és stressz-menedzsment a magyar kórházakban
http://www.ebf.hu/letoltes/elemzes_egeszsegfejleszt_080811.pdf (2008) (letöltés: 2010.09.15.)
3. Irinyi Tamás (2001. május 18): Ápolónők Nemzetközi Napja. Kecskemét, előadás
4. Karner Tamásné (2005): Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására; Doktori (PhD) értekezés tézisei
5. Pines, A. M., Aronson, E.: Burnout: from Tedium to personal growth, New York City, The Free Press, 1981, 17-20.
6. Szabó Sándor, Horváth Éva (2005): Szupervízió és kiemelten nehéz betegellátási terek; Szupervízió III. évfolyam 1. szám
7. Tóth Anikó Panna: Kapcsolatok az egészségügyi ellátórendszerben; <http://deszocpol.atw.hu/egeszsegugy-szociologiaja/egeszsegyszocessze.doc> (letöltés: 2010.09.15.)

The impact of unfavourable external factors on the emotional wellbeing of paramedical professionals Practising nursing in Hungary today is a one-way ticket to mental and physical burn-out!

Tamás Irinyi, Anikó Németh

Summary

Objective of the study: The authors aimed to gain a picture of the changes in the psychological state of paramedical professionals in Csongrád county over the past nine years, and of what influence the type of treatment, the work schedule and the number of years spent working in the healthcare sector have on the incidence of burnout.

Methodology and sample: A cross-section survey was conducted with a proprietary, self-completion questionnaire, distributed to the registered members of MESZK in Csongrád county, Hungary.

Results: The likelihood of severe burnout is significantly higher among workers in outpatient and inpatient care than among those working in primary care. In outpatient care, in the case of paramedical professionals with 30 years of service behind them, the incidence of burnout symptoms was 67.7%. The symptoms of burnout were observable in every third nurse at the beginning of his/her career. A significant correlation was displayed between the perception of physical health, the number of years spent working in the healthcare sector, and the severity of the burnout. The incidence of severe burnout among nurses working on wards has clearly risen.

Conclusions: The unfavourable impacts sustained by the sector have led to a considerable deterioration in the mental health of paramedical professionals. Distressed patients suffering from illness have no choice but to be treated by staff who are also psychologically unwell.

Key words: nurses, burnout, psychological state

TISZTELT OLVASÓ!

A szakértők és a turisztikai szervezetek véleménye alapján a harmadik évezred első évtizedében a turizmuson belül az egészségturisztikai utazások mutatják az egyik legdinamikusabb fejlődést. A Magyar Turizmus Zrt. 2011-et az Egészségturizmus évének nyilvánította.

Egyre fontosabb motivációvá válik az emberek egészségének megőrzése, a szépségápolás, a test és a lélek „karbantartása”. Az egészségturizmus a jövőben fontos szerepet tölt be a társadalomban, mivel a fokozott civilizációs ártalmak és kísérőbetegségeik elterjedése miatt folyamatosan nő az emberek fogékonysága a természetes gyógy módok, terápiák iránt. Az utóbbi évek igazolják az egészségturizmus potenciális lehetőségeit.

Az egészségturizmusnak két alappillére a wellness- és a gyógyturizmus. Az előbbi célcsoportját az egészséges emberek alkotják, akik a termálvizet és az egyéb gyógyító hatású természeti vonzerőket relaxációs, felfrissülési és kikapcsolódási lehetőségként használják. Az utóbbit azok a betegek veszik igénybe, akik a gyógyvíztől, a terápiától, a pozitív környezettől az állapotuk javulását és fájdalmuk enyhülését várják.

Napjainkban egyre népszerűbbé váló, újonnan kibontakozó irányzat a medical wellness, mely a gyógyturizmus és a wellness turizmus ötvözeteként értelmezhető. Lényege az egészség megőrzését szolgáló wellness szolgáltatások minőségének orvosi háttérrel történő biztosítása. Ezen irányzat szerint a wellness szolgáltatások igénybevételét állapotfelmérés előzi meg, illetve a vendég testre szabott tájékoztatást kap az egészséges életmóddal, és ennek általa elérhető módjaival (a speciálisan számára legelőnyösebb hatású, ellenőrzött minőségű wellness szolgáltatásokkal) kapcsolatban.

A gyógyturizmus egyre nagyobb szerepet tölt be az egészségmegőrzésben, a betegség megelőzésben, a gyógyításban, az utókezelésben, s fizikai és mentális kondicionálásban, így az ápolóképzésben, az ápolás gyakorlatában is törvényszerűen megjelenik.

Várjuk az ápolói szerepvállalást és ezen új ágazat kihívásait bemutató kéziratokat, ismereteket is.

a Szerkesztők

Fogturizmus, az új hungaricum

Szűts László

klinikai fogászati higiénikus, fogtechnikus mester, ügyvezető igazgató

A probléma ismertetése

„Fogturizmus”. Íme, itt az új hungaricum! A magyar már megint kitalált valamit, ami sem Európában, sem a világon máshol nem létező ötlet. Egyetlen nyelvre sem lehet lefordítani, nincs rá megfelelő szóhasználat.

Mi is az a fogturizmus? Egy ötletesen összezerakott szóösszetétel. A „fog” világszínvonalú fogászati kezelést jelent, a „turizmus” ez esetben a teljes körű turisztikai szolgáltatásokkal való kombináció lehetőségét takarja: gondoskodik a páciens színvonalas elszállásolásáról, és a kezelése alatt számos kikapcsolódási lehetőséget kínál a turisztikai látványosságoktól a kulturális programokon át a gyógyfürdőig. Mindezt vonzó áron.

A gazdasági helyzet változása a világban, az Unióban, emelkedő költségeket idézett elő a fogászati ellátásban is. A páciensek keresik az olcsóbb megoldásokat, hazánkban felismerve az üzleti lehetőségeket beindult egy kínálati piac. Jelenleg a nyugati határ menti régióban és Budapesten működik erőteljesen. A turisztikai szolgáltatásokkal kibővíthető lehetőség van az egész országra kiterjeszteni. A változó igények szerinti utazási csomag, komplex turisztikai szolgáltatás megvalósítása a hatékony megoldás, amely új munkahelyek létrejöttét eredményezi, a jelenlegi szolgáltatók több megrendelést kapnak, az államháztartás devizabevétele emelkedhet.

Hazánk jelenlegi helyzete a fogturizmus tükrében

Egészségturizmus, fogturizmus

Magyarország kiemelkedően jó turisztikai adottságokkal rendelkező ország, a világ bármely tájáról könnyen elérhető. A turisztikai utazások tekintetében a világon az

egyik legjelentősebb fogadó-tranzit ország. Hazánk idegenforgalmában az egészségturizmus kiemelt szerepet tölt be. Nemzetgazdasági szempontból jelentős árbevételt biztosít, a gyógyászati kezelések igénybevétele miatt beutazó turisták jóval több vendégéjszakát töltenek az országban, fajlagosan sokkal többet költenek és nem szezonális jellegű az érkezésük. Az egészségtudatosság egyre erőteljesebben jelenik meg a világ legfejlettebb országaiban, akár életszemléletnek is tekinthetjük, amelyet a társadalmak egyre erőteljesebben preferálnak. (Ruszinkó, Á., 2006).

Az egészségturizmus a hazai turizmus egyik legjelentősebb növekedési potenciállal rendelkező ágazata. Alapvetően a világon az egyik legnagyobb gyógy- és termálvíz készletének, fürdőkultúrájának köszönheti népszerűségét. A gyógyturizmus az állandó lakóhelyen kívül, gyógyüdülőhelyen vagy gyógyászati létesítményben való ideiglenes — de meghatározott minimális idejű — tartózkodás, amelynek célja orvosi gyógymódok alkalmazásával valamilyen meglévő betegség gyógyítása. Az elmúlt évtizedekben az egészségturizmus résztvevői egyre nagyobb mértékben igénylik a magas minőségű szolgáltatásokat, kapcsolva komplex kiegészítő turisztikai termékekkel, és mindezt a saját hazájukban elérhető árnál jóval olcsóbban. (Aubert, A., Csapó, J., 2004).

Az elmúlt évek során felerősödött az emberek igénye arra, hogy egészségügyi problémáikra egy másik országban keressenek olcsóbb, ám sokszor színvonalasabb megoldást. Ezek az emberek jelentik az egészségturizmus bázisát, számuk évről évre nő. Felmérések szerint évente a világon több mint egymillió ember utazik el másik országba, hogy ott keressen megoldást egészségügyi problémáira. Ennek oka, hogy a választott országban valószínűleg olcsóbban és gyorsabban jut hozzá az egyébként ugyanolyan vagy jobb kezeléshez. De utaznak azért is,

mert saját hazájukban az adott gyógyászati beavatkozás nem elérhető illetve nem alkalmazható.

A gazdasági világválság még inkább előtérbe helyezte a financiaális szempontokat, ezért egyre nagyobb azok száma, akik a kívánt egészségügyi ellátást lehetőleg féláron, hosszú várakozási idő nélkül, kiváló minőségben kívánják megkapni. Nem kivétel ez alól a fogászat sem. Olyannyira nem, hogy az elmúlt évek adatai alapján hazánkban a fogturizmus az egyetlen olyan „iparág”, amely folyamatosan fejlődik.

Jelenleg a világon havonta 350-400 ezer ember utazik fogászati célú szolgáltatás igénybevétele miatt, ezeknek a turistáknak a fele európai. Kevés kivételt leszámítva valamennyien Európában veszik igénybe a kezeléseket. Felmérések alapján igazolható, hogy az elmúlt pár évben – a gazdasági világválság ellenére – az egészségturizmus több mint 30 %-kal nőtt a világon. A fogturizmus az egyetlen iparág, ami a krízis alatt is nőtt. Európában hazánk jelenleg még stabilan áll az első helyen (**1. ábra**).

A Deloitte Egészségügyi Megoldások Központja Európában egyetlen országot jelöl meg a fogászati célú utazások kedvelt célállomásaként, és ez Magyarország. Ez nem

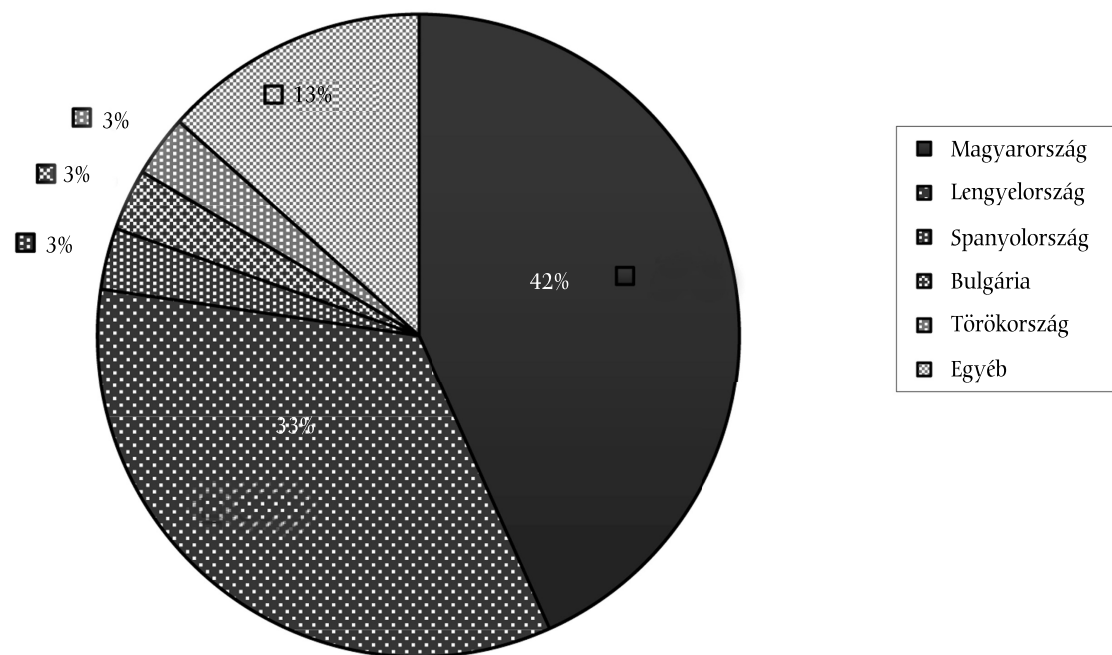
véletlen. A magyarországi fogorvosok, fogtechnikusok, dentalhigiénikusok, fogászati asszisztensek szakmai felkészültsége világszínvonalú. A felhasznált fogászati anyagok a legkorszerűbbek, ezeket használják világszerte. A magyarországi fogorvosi rendelők, fogtechnikai laboratóriumok berendezése, felszereltsége azonos a nyugat-európaiakkal.

A magyarországi fogászati ellátások minősége, ára és a beavatkozás ideje töredéke a nyugat-európai áraknak, a komplex turisztikai szolgáltatásokkal (utazás, szállás, egyéb turisztikai programok, költségek) együttesen sem haladja meg a kinti fogászati kezelések árának felét.

Azonban a piaci pozíció megtartása érdekében nem hagyhatjuk figyelmen kívül a vetélytársakat sem. Az elmúlt évek során elsősorban Bulgária és Törökország mutat nagy fejlődést a fogturizmus területén, de már Románia, Csehország, Lengyelország és Horvátország is versenypozícióba került. Hazánk piacvezető helyének megtartása érdekében fontos a közös marketing és PR tevékenység. Elengedhetetlenül szükséges lenne továbbá az állami támogatás is.

(<http://www.turizmus.com/images/utazas/Kamanutazaskiallitas.pdf>, 2010.)

1. ábra: Európa fogturistáinak megoszlása
(Forrás: Treatment Abroad)



2009-ben a hazai fogturizmus pozíciójának erősítése érdekében Budapest öt legnagyobb fogászati rendelője összefogásával megalakult a Vezető Magyar Fogászati Rendelők Egyesülete. Az Egyesület célja a magyar fogturizmus erősítése az európai vezető pozíció megtartása és növelése, az egységes szakmai minőségi és jogi feltételek biztosítása és nem utolsósorban a magas színvonalú minőségi fogászati szolgáltatások megvalósítása. Dr. Kámán Attila, az Egyesület elnöke elmondta, vendégkörük 60-80 százalékát külföldiek adják, akik kizárólag fogászati beavatkozás miatt jönnek Magyarországra. 2009-ben 3,2 millió külföldi vendég 9 millió vendégéjszakát töltött el a kereskedelmi szálláshelyeken, ebből a hét rendelő tavaly a fogturistáknak köszönhetően 400 ezer vendégéjszakát hozott az országnak. Míg egy átlagos turista napi kiadása 80-120 euró, addig egy fogturista naponta átlag 550 eurót költ el. A szabadidejük eltöltése miatt utazók 12%-ának elsődleges célja az egészségturizmus volt.

Mi sem bizonyítja jobban a magyar fogorvosok, fogtechnikusok nemzetközi elismertségét, mint az, hogy a legjelentősebb fogászati berendezéseket és anyagokat gyártó cégek regionális központjai Budapesten vannak, itt szervezik továbbképzéseiket, bemutatóikat a szomszédos országok fogászati szakemberei részére.

A közép- és kelet-európai térség legfontosabb fogászati eseménye a Budapesten évente megrendezett Dental World Nemzetközi Továbbképző Konferencia és Fogászati Szakkiállítás. A fogorvoslás legfontosabb szereplői – a fogorvosok, a fogtechnikusok, a dentálhigiénikusok, a fogászati asszisztensek, valamint a gyártók és a forgalmazók – találkoznak itt, hogy megismerkedjenek mindazzal, ami a fogászatban újdonságnak számít. A kiállításon évről évre közel 200, főleg német, svájci, olasz, szlovák, távol-keleti és magyar cég mutatja be termékeit, berendezéseit. Itt a legújabb fogászati kezelések élő bemutatóját is megtekinthetik az érdeklődők.

Európában jelenleg Magyarország a fogászati központ. Az észak-nyugati régió-

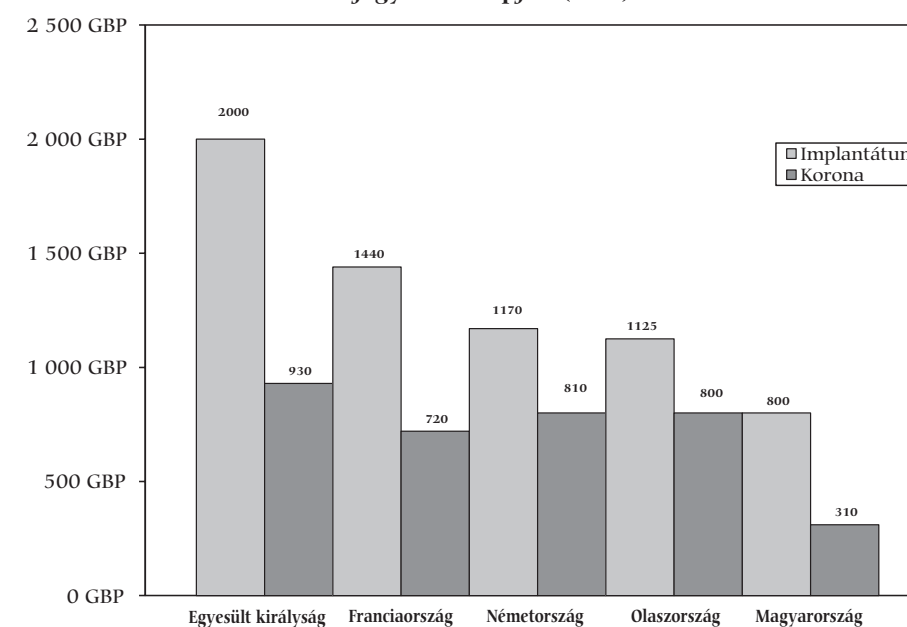
ban számos fogorvos praktizál, csak Sopronban közel 400! A fogturizmus is innen indult a nyolcvanas évek végén: a „sógorok” átbicikliztek a határon, olcsón bevásároltak, fodrász, kozmetikus, szórakozás... és ha már itt vagyunk, megcsináltatjuk a fogainkat. (Az osztrák ár töredékéért). Jelenleg is főleg osztrák és német pacienssek keresik fel a soproni, szombathelyi, győri, mosonmagyaróvári rendelőket. Legtöbbjük azért, mert már régóta ugyanahhoz a fogorvoshoz jár. Elégedett a munkával, az árral, igénybe veszi a megszokott egyéb turisztikai szolgáltatásokat, gyógyászati kezeléseket és még az anyanyelvén is beszélnek vele.

A külföldi pacienssek egészségügyi kezelésekre fordított költségeit – így a fogászati kezeléseket is –, az adott ország egészségbiztosítási rendszere által meghatározott mértékben, számla alapján, megtéríti a biztosító. Az esetek többségében 70-75 %-ot térítenek, de van lehetőség kiegészítő egészségbiztosítás kötésére is. Ez esetben az állami egészségbiztosító által nem térített részt a magánbiztosító finanszírozza, egyes esetekben – kezeléstől függően – akár a teljes összeget megtéríti.

Budapesten az osztrák és német pacienszen kívül – köszönhetően a fapados járatoknak és a profi utazásszervezésnek – tömegesen érkeznek angol, ír, holland, belga és francia fogturisták.

A fogturizmus a fürdőhelyi gyógyturizmus talaján nőtte ki magát önálló szolgáltatássá, s terjedt egyre szélesebb körben. Hazánkat – köszönhetően a kiváló szolgáltatások minőségének, a kedvező árnak, a jól szervezett utaztatásnak – évente egyre többen keresik fel a külföldiek azzal a céllal, hogy nálunk kezeltesék fogait és készíttessék pótlásaikat. Egy vizsgálat szerint Angliában a legdrágább, Magyarországon viszont a legolcsóbb a fogászati kezelés az Európai Unióban. (Vértessy, P., 2006). Magyarországon az uniós átlagköltségek 30-40 százalékát fizetik az ideutazók. Évente 50-60 ezren érkeznek fogászati kezelésre (és még ki tudja, hányan, hiszen nincs mindenki regisztrálva).

2. ábra: Árak nemzetközi összevetése az országok árjegyzéke alapján (font)



Európa más országainak kezelési költségvizsgálatát az adott országok fogászati árjegyzékei alapján állítottam össze. (2. ábra).

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a külföldi paciensseknek az ár tekintetében jóval kedvezőbb a magyarországi fogászati kezelés igénybevétele, akár turisztikai és utazási költségeinek együttes figyelembevételével is.

2. Véleményem szerint a magyarországi fogászati ellátás minősége ugyanolyan jó, mint a külföldi.

3. Úgy gondolom, hogy a hazánkban végzett kezelés ideje jóval rövidebb, ezért is megéri a külföldi paciensek Magyarországra utazni.

Vizsgálati anyag és módszer

Az elkészített kérdőívek öt nyelvre (angol, német, spanyol, francia, olasz) történő lefordítása után, azokat az adott nyelvet beszélő országokba kiküldtem ellenőrzésre, majd a visszakapott és korrigált kérdőívek visszafordításra kerültek

nyelvtanárok által. A véglegesítés ezután történt meg.

A kérdőívek digitális formában készültek. Külföldön élő rokonaimnak, barátaimnak, ismerőseimnek előzetes egyeztetés után e-mail címükre küldtem meg a linket, és ők segítettek további ismerőseiknek továbbküldeni. A kitöltött kérdőívek hozzám érkeztek vissza, a különböző nyelven kitöltötték szám szerint beazonosíthatóan. A program az eredményeket elemezte, összesítette. Összesen 194 db kérdőív érkezett vissza és került feldolgozásra. A kérdésekre adott válaszadási lehetőségeket be kellett „klikkelni”. Egy kérdőív kitöltése kb. 3-5 percet vett igénybe.

A véletlenszerű mintavételt alkalmaztam, tekintettel arra, hogy az általam vizsgált minta elérésére így volt lehetőségem. A kérdőívben a válaszadók korára és nemére nem tértem ki, mivel ezek az adatok nem befolyásolták a felmérést. A kérdőíveket az adott országokba internet útján juttattam el. A kérdőívek digitális formában készültek, zárt kérdéseket tartalmaztak. Feldolgozásuk Microsoft Excel program segítségével történt. A kapott adatok elemzésére a matematikai statisztika módszerét (gyakorisági viszonyszám) alkalmaztam.

Eredmények

A dolgozat primer kutatásaként az Európai Unió országaiba kiküldött, a fogturizmussal kapcsolatos kérdőívek az előzetes várakozásnak megfelelő mennyiségben (194 kitöltött és értékelhető kérdőív érkezett vissza) kerültek megválaszolásra. A válaszadók által kitöltött kérdőívek Angliából, Írországból, Franciaországból, Németországból, Svájcban, Ausztriából, Spanyolországból, Olaszországból érkeztek vissza.

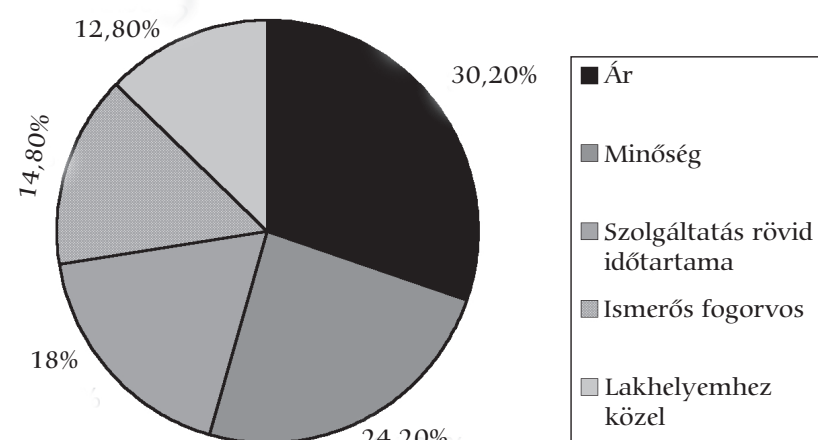
Össességében – az általam fontosnak ítélt kérdések tekintetében – az alábbi megállapításokat teszem:

A válaszadók 30,2 százalékban a fogászati kezelés tekintetében a kezelés árát, 24,2 százalékban a minőséget tartják a legfontosabbnak, vagyis 54,4 százalékban e két szempontot veszik figyelembe esetleges döntésüknél. **(3. ábra)**

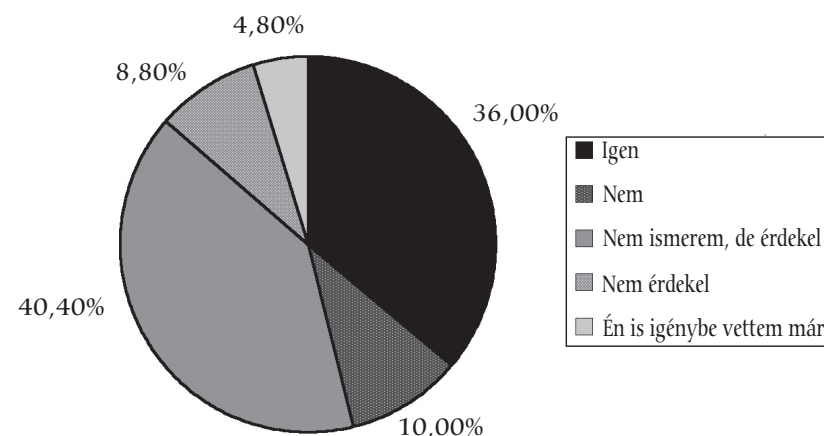
Arra a kérdésre, miszerint ismerik-e a magyarországi fogászati ellátásokat, a válaszadók 36 százaléka válaszolt igennel és további 40,4 százalékuk érdeklődik hazánk fogászati ellátása iránt. **(4. ábra)**

A kérdőív 5. kérdésére adott válaszok összesített eredménye, mely szerint a válaszadók 71,2 százalékának van az ismerettségi körében olyan, aki Magyarországon már ült fogorvosi székben.

3. ábra: A fogászati ellátás kritériumainak százalékos megoszlása (n=194)



4. ábra: A magyarországi kezelésekről ismeretének megoszlása (n=194)



A kérdőív 6. kérdése egyértelműen bizonyítja, hogy éljen bárhol az ember a Földön, legyen gazdag vagy szegény, mindenkinek fontos, hogy mit és mennyiért kap. A 194 válaszadó több, mint fele a legolcsóbb árat jelölte meg egy esetleges pótlás igénybevétele esetén, és összesen 96,8 százalékuk a két legalacsonyabb árkategóriát választotta. **(5. ábra)**

Az internet térhódítását bizonyítja, hogy a válaszadók 52,9 százaléka elsősorban a világhálón keres fogorvost, ismerős által mindössze 14,6 százalékuk.

Turisztikai szempontból fontosnak tartom, hogy a megkérdezettek 63,6 százalékát a fogászati ellátás ideje alatt mindenképpen vagy lehetséges, hogy érdeklí valamilyen program.

Egy másik kérdésre adott válaszokból egyértelműen kiderül, hogy a hazánkban nyújtott kezelések minősége azonosnak ítéltetett az „otthoniával”, hiszen 74,3 százalékban jónak vagy kiválóan minősítették azokat.

Magyarország megítélése 40,8 százalékban jó, 57,4 százalékban közepes osztályzatot kapott. Nyilvánvaló, hogy hazánk turisztikai szempontból történő megítélésénél számos tényezőt figyelembe kell venni, melyek között vannak olyanok, ahol hatékony

változtatásokra van szükség ahhoz, hogy az idelátogató turisták összbemutása javuljon.

Következtetések, javaslatok

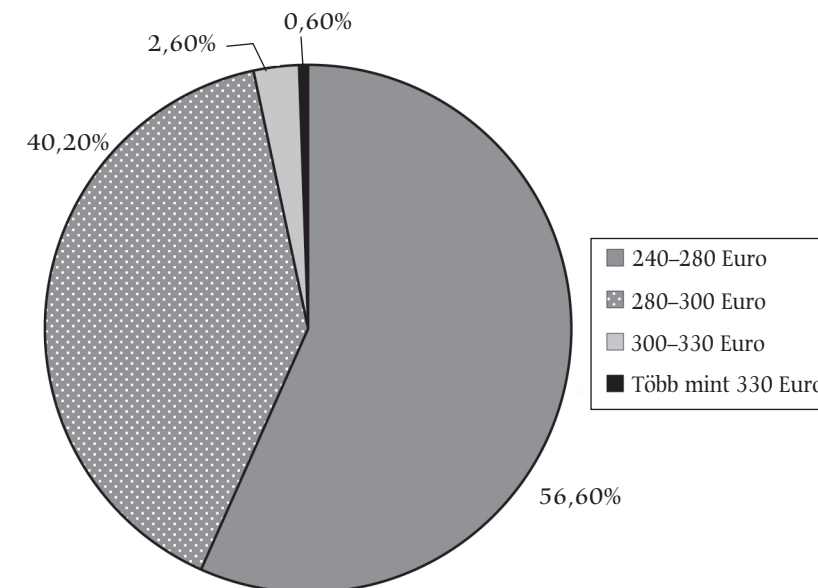
A Magyarországra utazó külföldi turisták igénye, hogy az „otthoni” áránál jóval olcsóbban jussanak hozzá a fogászati kezeléshez.

Megállapítható, hogy a nálunk végzett fogorvosi és fogtechnikai ellátás minőségével az ideutazók elégedettek. Ezt bizonyítja az is, hogy évről évre egyre nagyobb számban keresik fel hazánkat fogturizmus céljából.

Tény az is, hogy egyre nagyobb igény van egyéb turisztikai szolgáltatások igénybe vételére az itt tartózkodás során. A komplex turisztikai csomagok, a szolgáltatások bővítése, az ez irányú igények széleskörű felmérése véleményem szerint nagyon fontos a jövőre nézve, hiszen a folyamatos fejlődés egyik mozgatórugója a mindig megújulni tudás képessége.

Végül, de nem utolsó sorban említést érdemel az internet szerepe az emberek döntéshozatalában. A XXI. században, ebben a hihetetlenül felgyorsult világban, életünk, mindennapjaink részévé vált a számítógép használata. Ahogy ma már szinte nem tu-

5. ábra: Külföldi fogászati kezelésre szánt összeg megoszlása egy porcelán korona esetében (n=194)



dunk létezni mobiltelefon nélkül, úgy számos döntésünk meghozatalánál az internet az elsődleges „segítség”. Olyannyira az, hogy már a legtöbb ember fogorvost is a számítógépén keres. Ennek oka, hogy a weboldalakon keresve, minden befolyásoló egyéb körülmény kizárásával lehetőség van önálló döntést hozni, időkorlát nélkül. Ezért van nagy szerepe az internetes reklámnak, a fogászati cégek oldalainak, hiszen azok a világ bármely pontján azonnal elérhetőek, összehasonlíthatóak ár, szolgáltatás, minőség és sok más tekintetben.

Az idegenforgalom gazdasági jelentőségének vizsgálata során annak hatásmechanizmusában lényeges különbség, hogy a turizmusban az áru exportálása helyett a „fogyasztók importálása” történik. Az idegenforgalom gazdasági jelentősége ösztönzőleg hat más iparágak fejlődésére, növeli a foglalkoztatottságot és nem utolsósorban népgazdasági szempontból nem elhanyagolható deviza bevételt eredményez. (Czeglédi, J. 1999).

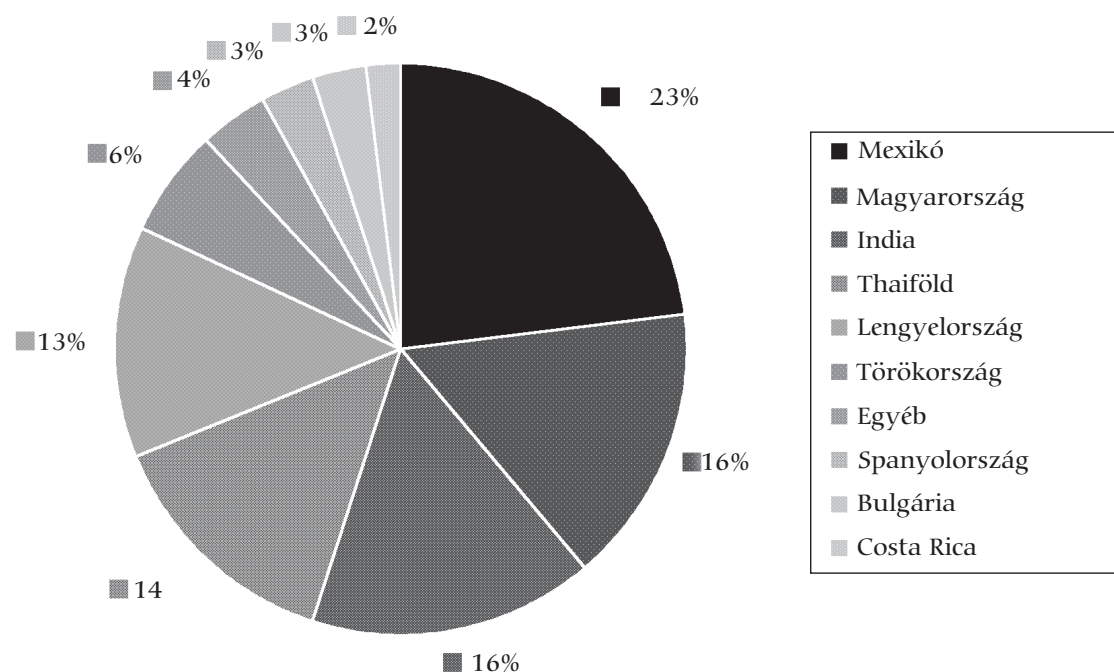
A fenti megállapítást egyértelműen alátámasztja az egészségturizmus és azon belül

a fogturizmus kialakulásának folyamata, a fogturisták motivációja és a kezelésekkal kapcsolatos igényei alapján.

Turisztikai szempontból lényeges, hogy a fogászati céllal hazánkba érkező turisták itt tartózkodása nem szezonális jellegű, az eltöltött vendég éjszakák száma a kezeléssel függően több mint a „hagyományos” turistáké (átlag 5-8 nap/alkalom). Amíg a turizmusban általánosságban a külföldi vendégéjszakák száma évről-évre 10-12%-os csökkenést mutat addig a fogturisták által eltöltött vendégéjszakák száma növekszik, ez éves szinten 440 ezer vendég éjszakát jelent. A fogturisták 70-80 %-a az erre specializálódott közvetítő tevékenységet folytató utazási irodákon keresztül érkezik hazánkba. Hozzávetőlegesen évente 90 milliárd Ft árbevétel képződik a fogászatból, 1 fő átlagosan itt tartózkodása idején 180 ezer forintot költ naponta.

Hazánkba elsősorban Nagy-Britanniából, Írországból, Franciaországból, Olaszországból és a Skandináv országokból érkeznek a fogturisták. (6. ábra)

6. ábra: Világ fogturistáinak megoszlása
(Forrás: Reva Health)



Fontos kiemelni a fogturizmus munkahely teremtő szerepét. Jelenleg Budapesten hozzávetőleg 100, vidéken 200 rendelő érintett a fogturizmusban. A szolgáltatást nyújtó fogorvosok száma 800 és az egészségügyi szakdolgozók (asszisztensek, dentálhigiénikusok, fogtechnikusok) és a kapcsolódó egyéb turisztikai szolgáltatásokat nyújtó személyzet összesen 6-8 ezer fő. Összességében valószínűsíthető, hogy jelenleg hazánkba 14-15 ezer fő részesedik a fogturisták ellátásából származó bevételekből.

Felmerül a kérdés, hogy milyen eszközökkel védhetjük meg Magyarország vezető pozícióját a fogászati turizmus területén. A turisztikai szolgáltatások jellegéből

ből adódóan folyamatosan szükséges az aktuális igényeknek megfelelő úgynevezett „dental package” összeállítás, mely egyeztetett módon kell történni a turisztikai szolgáltatók, a szállodaipar és az utazásközvetítőkkel történt együttműködés alapján.

Kiemelt fontosságú továbbá a kiváló minőségű szolgáltatás folyamatos megtartása az ár-értékarány figyelembevétel.

A jövőre nézve elengedhetetlen a folyamatos és hatékony marketing, az együttgondolkodás és cselekvés a piaci szereplők részéről, és nem utolsósorban szükséges az állami szerepvállalás a nemzetgazdaság szempontjából is húzóágazatnak számító fogászati turizmus támogatásában.

Irodalomjegyzék

1. Aubert, A., Csapó, J. (szerk) (2001): Egészségturizmus. Bornus Kft, Pécs, pp. 46-51.
2. Czeglédi, J. (1999): Az idegenforgalom gazdaságtana Budapest, pp. 35-37.
3. Lengyel, M. (2004): A turizmus általános elmélete. Heller Farkas Gazdasági és Turisztikai Szolgáltatások Főiskolája, Budapest.
4. Ruzinkó, Á. (2006): Egészségturizmus I. Heller Farkas Főiskola Egészségturizmus szakirány oktatási segédanyag, Budapest.
5. Vértessy, P. (2006): Fontért koronát – brit fogturizmus Magyarországon. Figyelő, 32, pp. 44-47.
6. <http://www.zentrum-gesundheit.eu/zahnmedizin/preise/keramische-kronen-und-brucken/tschechien> (letöltés: 2010. 05. 13.)
7. <http://public.sheet.zoho.com/public/jayjay26/comparatif-tarifs-implants-dentaires> (letöltés: 2010. 05. 13.)
8. http://pincerujsag.hu/kereskedelmi_szatildeiexcllatildeiexclshelyek_forgalma__2009_januatileiexclracircdecember (letöltés: 2010. 05. 10.)
9. <http://www.turizmus.com/images/utazas/Kamanutazaskiallitas.pdf> (letöltés: 2010. 05. 04.)
10. <http://www.turizmus.com/images/utazas/randyutazas.ppt> (letöltés: 2010. 05. 04.)
11. <http://www.orvosok-online.hu/fogaszat/arjegyzek> (letöltés: 2010. 05. 13.)
12. www.revahealth.com (letöltés: 2010. 04. 05.)
13. www.treatmentabroad.net (letöltés: 2010. 04. 05.)

Hartmann Ápolói díj 2010

A HARTMANN Ápolói díjat azért hoztuk létre, hogy bátorítsuk a hazai ápolókat saját ötleteik, javaslataik megvalósítására és lehetőséget teremtsünk számukra, hogy az ő nap, mint napos küzdelmük szélesebb körű társadalmi elismerést kapjon. Úgy gondoljuk hazánkban az ápolói szakma méltatlanul kevés figyelmet és megbecsülést kap, ezért díjunkkal szeretnénk lehetőséget biztosítani a szakmai és társadalmi megjelenésre azok számára, akik hisznek munkájukban, szakmai előmenetelükben és abban, hogy törődésükkel könnyebbé tehetik mások életét.

Idei díjátadónkra 2010. augusztus 3-án került sor, mely Biatorbágyon a HARTMANN-RICO Hungária Kft. székházában került megrendezésre.

Rengeteg színvonalas, kiváló minőségű, innovatív pályaművet kaptunk, ezért nagyon nehéz volt a döntés, hogy kinek ítéljék a bírálók a díjakat.

A beérkezett 87 pályamunka közül a legtöbb pályázatot inkontinencia témakörben kaptuk, szám szerint összesen 29-et.

A díjakat Hornyák László a HARTMANN-RICO Hungária Kft. ügyvezető igazgatója adta át.

A HARTMANN által kiírt pályázat célja az volt, hogy ilyen módon is elismerését fejezze ki az ápolói szakma előtt. Tudjuk,

hogy a sok munka mellett megírni egy pályázatot rengeteg lemondással és energiával jár. Ezért külön öröm és megtiszteltetés számunkra, hogy ilyen sokan megmérettették magukat.

A díjátadó ünnepség kellemes, családias hangulatban telt, úgy éreztük az esemény híven tükrözte cégünk elhivatott támogatását és tiszteletét az ápoló szakma felé.

Köszönjük még egyszer mindazoknak, akik munkájuk mellett időt és energiát nem kímélve indultak egy ilyen színvonalas pályázaton.

Nagyon sok sikert kíván további munkájukhoz a HARTMANN-RICO Hungária Kft.



TÁJÉKOZTATÓ

EMBRACING THE FUTURE – INFLUENCING CHANGE

FORMÁLJUK A JÖVŐT – BEFOLYÁSOLJUK A VÁLTOZÁST

A FOHNEU V. Nemzetközi Kongresszusa

**2012. szeptember 19-21. között Tarragonában (Spanyolország)
kerül megrendezésre**

Bővebb információ: www.fohneu.org