

A szülésznők egészségkultúrájának ismerete hivatásuk tükrében

Doktori értekezés

Lipienné Krémer Ibolya

Semmelweis Egyetem
Patológiai tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Mészáros Judit CSc, főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Nagy Sándor PhD, egyetemi docens
Dr. Nagy Gyula Richárd PhD, egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván MTA doktora, professzor
emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Nagyné Dr. Baj Ildikó PhD, főiskolai docens
Dr. Erdősi Erika PhD, főiskolai docens

Budapest
2016

Tartalom

1	BEVEZETÉS.....	9
1.1	A szülésznőképzés történeti áttekintése: Az elméleti és gyakorlati oktatás, képzés fejlődésének főbb állomásai.....	11
1.2	A szülésznőképzés jellemzői a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán	14
1.3	Az egészség fogalmának történeti változásai.....	16
2	IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	20
2.1	A kiégési szindróma meghatározása, jelentősége	20
2.2	A kiégés szakaszai.....	22
2.3	A kiégés során előforduló tünetek.....	23
2.4	A kiégést előidéző okok	23
2.5	A kiégés következményei, egészségkárosító hatásai	24
2.6	A kiégés kezelése	24
2.7	A kiégés megelőzése	25
2.8	A stressz jelentősége, szerepe	26
2.8.1	A munkahelyi stressz szerepe	27
2.8.2	Munkahelyi stresszforrások.....	28
2.8.3	A munkahelyi stressz egészségre gyakorolt hatása egészségmodellek bemutatásával.....	29
2.8.4	A stressz leggyakoribb hatásai a különböző szervrendszerek működésére.....	31
2.8.5	Az eustressz.....	31
2.9	Motiváció.....	33
2.10	A teljesítményértékelés és motiváció Frederick Herzberg elmélete alapján....	34

2.11	A stressz a kiégés és a motiváció kapcsolata	36
2.12	Az egészségnevelés kapcsolata más tudományterületekkel	37
2.13	Az intézményes egészségnevelés alakulása	40
2.14	Az egészségnevelés társadalmi meghatározottsága	42
2.15	A szülésznők egészségnevelésének társadalmi jelentősége	44
2.16	A szülésznői hivatás képviselőinek kötelességei	46
2.17	Kompetencia, mint új fogalom megjelenése	47
2.17.1	A kompetencia általános értelmezése	47
2.17.2	Az egészségfejlesztés sajátos kompetenciakört takar	48
2.17.3	Kompetencia fogalmának jelentősége az egészségtudományi képzésben a szülésznő szakirányon.....	49
3	CÉLKITŰZÉSEK	51
4	MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER	52
4.1	Statisztikai analízis	52
5	EREDMÉNYEK	53
6	MEGBESZÉLÉS	86
7	KÖVETKEZTETÉSEK	110
8	ÖSSZEFOGLALÁS	112
9	SUMMARY	114
10	IRODALOMJEGYZÉK	116
11	SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK	127
11.1	Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények	127
11.2	Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények	127
11.3	Könyvfejezetek.....	128
12	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	129

Mellékletek:

1. melléklet: Saját készítésű Egészségmagatartási kérdőív
2. melléklet: MBI kérdőív

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat:	Herzberg kéttényezős motivációs elmélete.....	35
2. táblázat:	A visszaérkezett és feldolgozásra került kérdőívek esetén az egyes kérdésekre nem válaszolók megoszlása	56
3. táblázat:	A szülészobai munkaterületen dolgozó szülésznők számának megoszlása	57
4. táblázat:	A szüléset-nőgyógyászatban dolgozó szülésznők számának megoszlása	57
5. táblázat:	Az ambulanciákon dolgozó szülésznők számának megoszlása.....	58
6. táblázat:	Saját készítésű visszaérkezett kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása	58
7. táblázat:	Egészségügyben eltöltött évek megoszlása a válaszadók megoszlása alapján.....	59
8. táblázat:	MBI visszaérkezett kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása	68
9. táblázat:	MBI dimenziók megoszlása és szintje a válaszadók százalékában kifejezve.....	69
10. táblázat:	MBI dimenziók megoszlása és szintje a válaszadók válaszai alapján átlag és szórás tekintetében.....	70
11. táblázat:	Az MBI dimenzióinak összevetése a túlterheltséggel, elégedettséggel, iskolai végzettséggel, megbecsültséggel, életkorral és az egészségügyben eltöltött évek számával.....	72
12. táblázat:	Az egészségügyben eltöltött évek számának összevetése a kiegészítő dimenzióival.....	73
13. táblázat:	Túlterheltség megítélésére kapott válaszok összevetése az MBI dimenzióival.....	74
14. táblázat:	A főállást és mellékállást is végző szülésznők eredményeinek összevetése az MBI dimenzióival	76
15. táblázat:	Az egészségi állapot megítélésére adott válaszok összevetése a kiegészítő dimenzióival.....	77

16. táblázat:	A választott hivatással való elégedettség megítélése és a kiegészítő dimenzióinak összevetése.....	78
17. táblázat:	A választott hivatásban való megbecsültség megítélése összevetve a kiegészítő dimenzióival	79
18. táblázat:	A „túlterhelt” és „nem megbecsült” kifejezések összevetése a kiegészítő dimenziókkal.....	80
19. táblázat:	Túlterheltség, elégedettség, megbecsültség, iskolai végzettség, életkor, egészségügyben eltöltött évek számának vizsgálata korreláció és szignifikancia függvényében	81
20. táblázat	A 19. táblázat kérdéseinek jelölése	81
21. táblázat:	A táplálkozás megítélésére adott válaszok összevetése a kiegészítő dimenziókkal.....	82
22. táblázat:	Az alvásidő összevetése az MBI dimenzióival	83
23. táblázat:	Az egészséges életmód megítélésére adott válaszok összevetése a kiegészítő dimenzióival.....	84
24. táblázat:	Az egészségkárosító, az egészségmagatartási tényezők és a kiegészítő kapcsolatának vizsgálata.....	85
25. táblázat:	Az egészségkárosító, az egészségmagatartási tényezők és a kiegészítő kapcsolatának vizsgálata kérdések jelölése	85
26. táblázat:	MESZK aktív tagok szülésznői szakképesítéssel képzettségi szint szerint 2014.....	86
27. táblázat:	A veszélyeztetett terhességekben szerepet játszó tényezők.....	89
28. táblázat:	MESZK aktív tagok szülésznői szakképesítéssel korcsoport szerint 2014.....	92

Ábrák jegyzéke

1. ábra:	Példák az érzelmeket, lelkiállapotot jelző gesztusokra.....	27
2. ábra:	Általános adaptációs szindróma grafikus ábrázolása.....	33
3. ábra:	Az egészség dinamikája.....	39
4. ábra:	A kutatásban résztvevő egészségügyi fekvőbeteg ellátó budapesti intézmények területi megoszlása.....	53
5. ábra:	A kutatásban résztvevő egészségügyi fekvőbeteg ellátó vidéki intézmények területi megoszlása.....	54
6. ábra:	A kiadott és visszaérkezett kérdőívek megoszlása.....	55
7. ábra:	A válaszadók családi állapot szerinti megoszlása.....	60
8. ábra:	A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása.....	61
9. ábra:	A válaszadók életkor szerinti megoszlása.....	61
10. ábra:	A túlterheltség-érzés megoszlása a válaszadók válaszai alapján.....	62
11. ábra:	A válaszadók munkahelyen kívüli munkavállalásának megoszlása.....	63
12. ábra:	A válaszadók egészségi állapotának megítélése.....	63
13. ábra:	A válaszadók szűrővizsgálatokon való részvételének megoszlása.....	64
14. ábra:	A válaszadók szűrővizsgálatokon való részvételének gyakorisága.....	64
15. ábra:	A szülésznők alvási idejének megoszlása.....	65
16. ábra:	Az egészséges életmód megítélése.....	65
17. ábra:	A szülésznők dohányzási szokásai.....	66
18. ábra:	A megkérdezett szülésznők alkoholfogyasztási szokásai.....	66
19. ábra:	Szülésznők kávéfogyasztási szokásai.....	67
20. ábra:	A válaszadók egészséges táplálkozási szokásainak megítélése.....	67
21. ábra:	MBI dimenziók megoszlása és szintje grafikusán ábrázolva.....	69
22. ábra:	A túlterheltség és a kiegészítő dimenzióinak grafikus ábrázolása.....	75

Rövidítések jegyzéke

dep_erő = Deperszonalizáció erősség

dep_gyak = Deperszonalizáció gyakoriság

EFK = Egészségügyi Felvilágosítás Központ

ERI = „EFFORT – REWARD IMBALANCER” (ERŐFESZÍTÉS – JUTALOM EGYENSÚLY MODELL)

érz_erő = Érzelmi kimerülés erősség

érz_gyak = Érzelmi kimerülés gyakoriság

hat_erő = Személyes hatékonyság erősség

hat_gyak = Személyes hatékonyság gyakoriság

K = Korreláció

LEGOP = LELKI EGÉSZSÉG ORSZÁGOS PROGRAM

MBI = Maslach Burnout Inventory (Maslach-féle kiégést mérő kérdőív)

mtsai = munkatársai

MESZK = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

n = esetszám

NA= NINCS ADAT

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences (statisztikai programcsomag a társadalomtudományok részére)

SZ = Szignifikancia

WHO = World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1 BEVEZETÉS

A születést régen és ma is az élet csodájának tartották, tartják. Ennek a csodának az egyik szereplője a szülésznő, aki szakmai tudásával, empátikus magatartásával, tanácsaival segíti az állapotos nő várandóságát, a magzat világrajövetelét és a gyermekágyas anya szükségleteinek kielégítését. Egy 1902-ben életbe lépő rendelet szerint „*A bábának az a hivatása, hogy terhes, szülő és gyermekágyas nőnek, valamint újszülött gyermekeknek legjobb tudása szerint tanáccsal és tettel segítséget nyújtson.*”

(1)

A bábáság, vagy mai kifejezéssel élve a szülésznőség az egyik legrégebbi, államilag felügyelt, oktatót és vizsgálóhoz kötött női foglalkozások körébe tartozik. Jelenleg is négy éves képzés szükséges a diploma megszerzéséhez. A szülésznők az egészségügyi ellátó rendszeren belül a szakdolgozók között nagyon kis létszámú csoportot képviselnek. A többi egészségügyi dolgozóhoz hasonlóan, ők is a nap 24 órájában a betegágy mellett végzik tevékenységüket. A rohamosan fejlődő technikának köszönhetően feladatuk, kompetenciakörük egyre növekszik. A szülésznőknek is lehetőségük nyílik tudásuk folyamatos fejlesztésére. Munkájuk révén meghatározó szerepet töltenek be a várandósság és a szülés alatt, figyelemmel kísérik a kismama egészségi és lelki állapotát, felkészítik az anyákat a szülésre, az újszülött fogadására. Társadalmi megítélésük azonban nem volt mindig ilyen kedvező, mint napjainkban. Míg az ókorban hivatásuk megbecsült személyei voltak, addig a középkorban mesterségüket javasasszonyok, kuruzslók tevékenységével társítva „bűbájosságnak”, „ördögösségnek” vélték, s gyakran vádolták boszorkánysággal is őket. (2) Mára már ez a fajta társadalmi megítélés jelentős mértékben megváltozott, mintha a szakma presztízse növekvő tendenciát mutatna.

A dolgozat két témakör kutatási adataira épül:

1. A szülésznők az egészségnevelésben fontos szerepet töltenek be. Elméleti tudásuk és pozitív attitűdjük révén, megfelelő tanácsokat adhatnak a várandós nőknek, a serdülőkorú fiatal lányoknak, a menopauza korában lévő hölgyeknek a testmozgással, táplálkozással, a higiéniával kapcsolatban. Felhívhatják a figyelmet a dohányzás, az alkoholfogyasztás veszélyeire és a szűrővizsgálatok fontosságára is. Természetesen hiteles, példaértékű életmódbeli tanácsadást, a

megváltozott életvitel fontosságának hangsúlyozására csak az az egészségügyi dolgozó képes, aki önmaga is egészséges életmódot folytat. Éppen ezért tartottam fontosnak megismerni a szülésznők egészségmagatartását és az egészségkárosító magatartásformákat, mert pl. azok a szülésznők, akik maguk is dohányoznak, nem fognak akkora figyelmet fordítani a dohányzás káros hatásaira, mint azon kollégáik, akik nem dohányoznak.

2. Az egészségügyi dolgozók lelki kiégése, érzelmi túlterhelődése alapvető jelentőségű hazánkban, melyet már számos kutatás bizonyított. A szülésznők körében, erre vonatkozó felmérést jelen vizsgálat előtt Magyarországon még nem végeztek.

Az egészségügyben dolgozókat, közöttük a szülésznőket is, a mindennapi munkájuk során kiemelten magas fizikai és lelki megterhelés, stressz hatás éri.

Az egyre romló egészségügyi körülmények között a szülésznők a szülészeti, illetve a nőgyógyászati osztályokon, ambulanciákon naponta, folyamatos műszakban, megfelelő szakértelemmel, tudással, odafigyeléssel látják el mindennapi munkájukat. A beteg emberekkel, nőkkel való bánásmód, a munka jellege, jelentős fizikai és lelki megterhelést jelent. A társadalmi megbecsülés még mindig nagyon alacsony az egészségügyi dolgozókkal szemben.

A mindennapok erős fizikai megterhelése, a munkavégzéssel járó folyamatos stressz, a társas-szakmai-társadalmi támogatottság mértéke, az anyagi megbecsülés hiánya kihatással van mindennapi életükre, egészségükre. A betegágy melletti folyamatos munkavégzés, a több munkahely (másodállások) megléte is többletterhelést ró a szervezetre, amely szintén a fizikai, testi, de a szellemi egészség romlását is eredményezheti. Mindezek miatt a szülésznők között is akadhatnak olyanok, akik elfáradnak, kiégnek napi munkájuk során, ezáltal képtelenné válnak arra, hogy adni tudjanak a másik embernek. A legfájóbb az, hogy a kiégés jelensége azoknál a embereknél tapasztalható, akik szívvel-lélekkel és jól akarják végezni munkájukat.

Minden ember életében meghatározó szerepet tölt be választott hivatása, munkája, a munkahelye, hiszen a legtöbb időt a mindennapjaink során itt töltjük. Ezért is kiemelkedően fontos szempont, hogy milyen körülmények között, milyen emberi tényezők, magatartások, team munka mellett végezzük mindennapi feladatainkat.

1.1 A szülésznőképzés történeti áttekintése: Az elméleti és gyakorlati oktatás, képzés fejlődésének főbb állomásai

A szüléseknél való segítségnyújtás szinte egyidős az emberiséggel. A történelem folyamán számos utalást, írásos emléket, rajzot találunk arra vonatkozóan, hogy a szüléseknél mindig volt egy tapasztalt asszony, aki segítséget tudott nyújtani a szülő nőnek. Ők tudásukat főként megfigyelések, tapasztalatok útján szerezték, ismerethiányukat sokszor egészítették ki babonás cselekedetekkel. A legrégebbi írásos emlékek csak nagyon kevés szülészeti vonatkozású adatot tartalmaznak, de mégis betekintést engednek a szülészet akkori állapotába.

A Kahun papyrus (Kr.e 1800 körül) már említést tesz a terhesség felismeréséről, a fogamzásgátlásról. (3)

Az Ókori Egyiptomban a rendes szüléseket bábák kísérték, akiknek Mózes ideje előtt külön rendjük és intézményük volt, és akik már abban az időben hatalmas tekintélyt birtokoltak. (4)

A Bibliában is található utalást arra vonatkozóan, hogy Ráhel, Jákob második feleségét szintén baba segítette a szülés idején. (5) A megfigyelésen, tapasztalatok átadásán alapuló tudást az iskolarendszerű képzés váltotta fel.

A 15. század körüli időszakra tehető, amikor megalakult az Erberfrauen intézmény Németországban. Kiemelten fontos feladat volt a bábák ellenőrzése. Az első bábarendeletet 1452-ben adták ki Regensburgban, amelyet az ulmi, nürnbergi, heilbronni követett. Ebben már olvashatunk a szülésznők – mai szóhasználattal élve – kompetenciájáról, valamint az orvosi oktatás rendszeréről, fontosságáról. (4)

A bábai segítséget kezdetben a tehetősebb családok kérték és vették igénybe, míg a paraszti társadalomban inkább a férj vagy egy tapasztalt már szült asszony segítette a nőket várandósságuk alatt és a szülés során. Ezeknek az asszonyoknak a feladata ekkor igen széleskörű volt. Kiterjedt a fiatal, először szülő nők tanácsadására, a magzatelhajtásban való „segítés”-re, a szülés alatti érvágásra, a masszírozásra, a diétás tanácsadásra is. (6)

1552-ben egy újabb rendelet megjelenésével tették szabályozhatóvá a bábák működését, mely okirat szerint, aki bábaként kívánt dolgozni, annak az akkori főhatóságok előtt esküt kellett tennie. Szervezett oktatási, képzési forma ebben az időben még nem volt. Számos írásos anyagot találunk arra vonatkozóan, hogy akkor igen gyakoriak voltak a

boszorkánypercek, melyeknek a tapasztalatlan, tudatlan, képzetlen és nem utolsó sorban mágikus, csodatévő eljárásokat alkalmazó bábák voltak az elszennvedői. Ezen korszakban a bábák képzettségét három szintre osztották, amely egészen 1770-ig így is volt:

- okleveles bábák: a legkisebb létszámú csoportot alkották. Tagjai főleg a polgárság köréből kerültek ki, de már magas szintű elméleti és gyakorlati tudással rendelkeztek, mivel főleg prágai és bécsi egyetemeken tanultak és német nyelvtudással is rendelkeztek. (7)
- cédulás bábák: a másodrendű képzésű bábák csoportját alkották. Oktatásuk az elméleti oktatás hiányából adódóan csak a gyakorlati síkra terelődött. 1-3 hónapos képzés alatt sajátították el a munkavégzésükhöz szükséges ismereteket.
- paraszt- vagy kontár bábák: ők egy nagyobb létszámú csoportot képviseltek, akik sok gyakorlati tapasztalattal, de ezzel párhuzamosan nagyon kevés elméleti tudással rendelkeztek. (8)

Mária Terézia uralkodása ideje alatt a szakma medikalizálódott. A bábák feladata egyre inkább a szülés körüli teendőkre szűkölt. A nők anyává válásának pszichikai folyamatával és az alapvető gyermeknevelési- és ápolási feladatokkal csak részben foglalkoztak. (9)

Az 1789. évben a pesti egyetem már 15 bábának, míg 1800-ig 435 bábának adott diplomát. (10)

„A pesti egyetem orvosi kara már 1834-ben kérte, hogy a bábatanítást válasszák el az orvosok tanításától, s hangsúlyozta, hogy az elméleti oktatás mellett gyakorlati tanításra van szükség. Ezt azonban csak 1881-ben sikerült elérni, amikor az állam gondoskodott a 2. sz. szülészeti klinika felállításáról Tauffer Vilmos tanársága alatt, a VIII. ker. Bodzafa (később Röck Szilárd utca, ma Somogyi Béla u.) 21. sz. alatti épületben. 1813-ban a bábaképzést öt hónapban határozták meg, a vizsgán nem csak az elméleti tudásukról kellett beszámolni, hanem bizonyos eseteket a gyakorlatban is be kellett mutatni. Az 1880/81. tanévben a bábák számára az egyetemi szünetek alatt tartottak szintén öt hónapos elméleti tanfolyamot, eleinte magyar és német nyelven.

„A bábanövendékek felvételét a következő pontokban szabályozták:

- 20-40 év közötti kor
- erkölcsi-, egészségügyi-, illetőségi bizonyítvány
- tudjon írni-olvasni, az írás tudása különös körülmények között elengedhető
- ne legyen a terhesség második felében
- olyan nők, akikről a tanfolyam alatt kiderül, hogy a kurzus végzésére testileg vagy szellemileg nem alkalmasak, a tanár által bármikor elbocsáthatók
- szigorlaton megbukott tanuló csak a tanfolyam egész vagy részleges ismétlése után tehet újabb vizsgát
- a pótvizsgáért külön díj nem fizetendő
- tanulás magyar és német nyelven történik.” (10)

Az 1876. évi XIV. törvénycikk VII: fejezete már kimondja, hogy: „**50. §** Ezentúl szülésznői gyakorlatra csak az bocsáttatik, ki az ország területén érvényes szülésznői oklevéllel vagy tiszti főorvosi képesítő okmánnyal van ellátva.... **51. §** Törvényhatósági szülésznői szolgálatra csak rendes oklevéllel ellátott bába alkalmazható.” (11)

Igazi nagy reformot azonban csak az 1920-as évek eleje hozott, amikor a bábatanfolyamok idejét egységesen 10 hónapra emelték, majd ezt követő egy évtized múlva a 10 hónapos képzés mellé bevezették a 2 hónapos gyakorlati oktatást is.

1947-1976 között a szülésznők képzési ideje két évre emelkedett. A képzés a 3640/1949. számú Kormányrendelet értelmében beolvadt az akkori Egészségügyi Szakiskolák egységes rendszerébe, így 1965-től csak azok választhatták a szülésznő szakirányt, akik már rendelkeztek érettségivel. (4, 7)

Az 1972/8. számú Egészségügyi Miniszteri rendelet értelmében a szülésznőképzés ismételten 10 hónapos időtartamra csökkent. (12)

Az 1991/92-es tanévben bevezetésre került a kétéves nappali tagozatos képzési forma, majd 1994-ben elkezdődött a hároméves képzés nappali tagozaton. Itt már szintén megjelenik a szülésznő feladatai között a tanácsadás is. A képzési program ezt a feladatkört a szülésznők önállóan végzett tevékenységei közé sorolja. (13)

2000-től egy átmeneti időszak indult meg a képzést illetően, mely lehetővé tette, hogy a korábban másféle képzési formában részesültek különbözeti vizsgát tehessenek. A program neve „Szülésznői HÍD”. Így a szakképesítést szerzett szülésznők végzettségeit

felsőfokúnak fogadták el. Ezt követően indult meg az érettségire épülő 3 éves képzés. (4, 7)

Igazi, átfogó reformot azonban a 2006-os év hozott. Elindult a négy éves, diplomát adó BSc (bachelor) képzés nappali és levelezős formában. A hallgatói létszámot figyelembe véve elmondható, hogy mára már a szülésznő szakirány egy nagyon keresett és sikeres szakággá nőtte ki magát. A tantervben kiemelt szerepet kap az egészségfejlesztés, egészségkultúráltság hangsúlyozása.

1.2 A szülésznőképzés jellemzői a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán

A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán a 2002/2003. tanévben indult el az akkreditált iskolai rendszerű felsőfokú szülésznő szakképzés. A képzés jellemzői között szerepelt:

- felsőfokú oktatási intézmény hirdeti meg
- államilag elismert és támogatott 6 féléves
- nappali és levelező tagozaton
- az Országos Képzési jegyzékben szereplő az európai standard alapján (ISCED) besorolásban 5.5 kategóriájú szakképesítést nyújtó
- gyakorlatorientált képzés.

„Magyarországon a bolognai folyamat eredményeként 2004-től megkezdődött a fokozatos áttérés az egyetemi vagy főiskolai végzettséget adó felsőoktatási rendszerről az egymásra épülő három cikluson alapuló felsőoktatási rendszerre.” (14)

A 2006-os tanévtől Szülésznő szakirányon a BSc képzés nappali és levelezős formában, míg a 2011/12-es tanévtől az angol nyelvű szülésznőképzés indult meg. Az oklevélben szereplő szakképzettség megnevezése: **Ápoló és betegellátó szak**. A szakirány megnevezése: **Szülésznő**. A képzési idő: **8 félév, 240 kredit**.

A szülésznői szakirányon az *alapozó tárgyak* között találjuk pl. egészségfejlesztés-egészségnevelés, egészségügyi műszaki alapismeretek, idegen szaknyelv, szociológia tárgyakat. A 3-8. félév során *szakmai tárgyak* oktatására kerül sor, mint pl. ápolástani alapismeretek, szülészet-nőgyógyászat és ápolástan, belgyógyászat és ápolástan, sebészet és ápolástan, neonatológia- csecsemő-gyermekgyógyászat és ápolástan stb.

Szabadon választható tantárgy (12 kredit) kb. 15%-ban szakmai orientációjúak pl. meddőség és asszisztált reprodukciós eljárások, az anyává válás lélektana stb.

A hallgatók a 3-8. félév között *tanórán kívüli szakmai gyakorlatokon* vesznek részt budapesti és vidéki egészségügyi fekvőbeteg intézmények különböző osztályain, mint pl. belgyógyászat, sebészet, szülészoba, újszülött osztály, nőgyógyászati osztály, gyermekágy, neonatalis intenzív osztály (NIC), terhesgondozó szakambulancia, védőnői szolgálat, nőgyógyászati szakambulanciák, ultrahang labor (UH), szülészeti-nőgyógyászati műtő- aneszteziológia, stb. területén.

A szülésznőképzés célja között szerepel: „olyan ápoló és betegellátó szakemberek képzése, akik az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelméről és az egészség helyreállításáról, valamint, az egészségügyi és szociális ellátásról szerzett ismereteik alapján képesek az egészségügyi és szociális ellátás valamennyi szintjén a megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkában önálló felelősséggel részt venni. Ismerik: a legfontosabb élettani folyamatokat, a kóros állapotokat, veszélyhelyzeteket, a nőgyógyászati és szülészeti sürgősségi tennivalókat; az orvos által használt beavatkozásokat és technikákat, az emocionális változásokat és azok jelentőségét. Döntenek az intézkedés módjáról, illetve el tudják látni a sürgősségi feladatokat az orvos megérkezéséig”, olvasható 24/2010. (V. 14.) OKM rendeletben.

A hallgatók jól felszerelt demonstrációs szaktanteremben sajátíthatják el a szülészeti-nőgyógyászati szakápolástani ismereteket. A demonstrációs teremben végzett gyakorlatok célja, hogy életszerű környezetben történjék a különböző munkaműveletek, illetve munkafolyamatok gyakorlása, fejlődjön a hallgatók manuális és kommunikációs készsége. Kerüljön előtérbe a csoport- és egyéni munka szerepe, melynek során a tevékenységek többször ismételhetők, gyakorolhatók. Az oktatói oldalról nézve, minden hallgató munkája jól megfigyelhető, nyomon követhető, valamint az egyes tantárgyak anyagai komplex formában kerülnek feldolgozásra.

Számos modell (mouflage) áll a hallgatók rendelkezésére, melyek segítségével megtanulják a szülés haladásának nyomon követési módját, a gátmetszés, a szülésvezetés, a gátseb zárásának technikai kivitelezését.

1.3 Az egészség fogalmának történeti változásai

Az *egészség* több oldalról megközelíthető, sokrétű, kulturális, társadalmi meghatározottságú és igen szubjektív fogalom. Tartalma rendkívül sokrétű, gazdag és heterogén, melynek következtében az egészséggel kapcsolatosan más és más hangsúlyozó gondolatokkal kell számolni. (15)

A tudományos definíció is széles skálán mozog, többféle hangsúly sűrűsödik a fogalomban. Az egészségértelmezéssel foglalkozó szakirodalom konszenzust kínál az egészség meghatározását a *WHO (1948)* dolgozta ki, amellyel a tudományok közötti kompromisszumot teremtette meg: „*Az egészség a teljes fizikai, mentális és társas jólét állapota és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya*”.

Az egészség jelenthet azonban egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket környezete a munkahelyén, a családban elvár tőle. (16)

Lehet az egészség egyfajta attitűd, az egyén törekvése és készsége az állandóan változó körülményekhez való adaptálódásra, vagy éppenséggel azoknak a faktoroknak az összessége, melyek segítik az egyént személyes ereje maximális kifejtésében. (17)

Egy másik megközelítés szerint az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapota, amely azoknak a szerepeknek és feladatoknak a betöltésére tesz képpessé, melyekre szocializálódott. Az egészség akkor adott, ha az egyén szociálisan integrálódott, a változó terhelésekhez alkalmazkodni tud, individuális önállóságát megőrzi, megteremti az összhangot a biogenetikai, a fizikai a pszichológiai és a szociális lehetőségek között. (16)

Bernhard Badura (1992) az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezi, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és újraartikulálását. (18)

David Seedhouse (1989) szerint az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét. (19)

Az egészségfogalom tartalma tovább bővíthető, ha *kulturális kontextusba* helyezzük az egészségről vallott felfogásokat. Az ember személyiségének kialakulása

elképzelhetetlen szociális hatások nélkül, e hatások érvényesülésének folyamata a szocializáció. A szocializáció tartalma maga a kultúra, vagyis mindazoknak az anyagi és szellemi javaknak az összessége, amelyet az emberiség létrehozott. A személyiség létezésének pedig feltétele, hogy e kultúrának az elemeit elsajátítsa, interiorizálja, s mint életviteli képességet gyakorolja.

A különböző egészségfelfogások differenciálódása attól is függött, hogy mekkora hangsúlyt kaptak a biológiai és a társadalmi tényezők. A mai modern egészségfelfogások közös sajátossága viszont az, hogy megfigyelhetők bennük azok a jellemzők, melyekre a szakirodalomban a bio-pszicho-szociális egészség megnevezés utal. Mindehhez szervesen kapcsolódik az az orvostudományban megfigyelhető gyökeres tartalmi fordulat, mely a kutatások irányát az egészség (és nem a betegség) forrásai felé fordította. (20)

Egy újabb előrelépés volt az Ottawai Charta Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferenciáján 1986. novemberében, hogy az egészséget, mint a mindennapi élet erőforrását határozták meg és nem pedig mint életcél. Az egészség egy pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket kell, hogy hangsúlyozza. (21)

A formálódási folyamatban következésképpen a WHO is újrafogalmazta az általa korábban felállított definíciót: „Az egészség olyan potenciális lehetőség, melynek megvalósítása révén az egyén megfelelően alkalmazkodni tud a környezet kihívásaihoz, ill. képes arra, hogy a környezetével harmóniában éljen.” (22)

A fenti rövid áttekintés az egészség különböző megközelítéseit és az azokhoz kapcsolódó tartalmi elemeket mutatta be. E megközelítések azonban nem zárják ki egymást, mindegyik az egészség egy vagy több lényegi jellemzőjét találja meg. Ebből adódik, hogy nincs egyetlen igazi, helyes definíció, ezért az egészség tudományos értelmezéséhez *több szempont együttes figyelembevétele* vezethet.

Jól érzékelhető tehát a fogalom sokszínűsége, sokrétűsége és flexibilitása. Ezek után nem érdektelen azoknak a történelmi gyökereknek a felvillantása sem, amely az orvostörténeti kutatásoknak köszönhetően, némi betekintést adnak, annak a gazdag életútnak, amely az ember egészségét – jelentőségénél fogva – oly fontos látótérbe helyezi.

Ismert evidencia, hogy az egészség érték. Ez a legrégebbi emberi közösségek tagjainak tudatában is jelen volt. A kulturális antropológia, a néprajz és más diszciplínák eredményei is azt mutatják, hogy a régi (természetes) világnézet, organikus világnézet volt, a holisztikus szemléletből pedig következett az ember egészségének komplex fogalmi felfogása (23)

A legősibb a holisztikus szemléletű egészségfelfogás, mely szerint a hangsúly az egyénen belüli, az emberek közötti, valamint a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotokon van.

Hippocrates (i.e. 460 - i.e. 375) a racionális-empirikus gyógyászat megalapítója. Felfogása szerint az ember és a környezet külső egyensúlya határozza meg a szervezet belső egyensúlyát. Az orvostudományt filozófiai alapon közelítette meg, a testet „egész”-nek tekintette. (24)

Aszklepiosz a gyógyítás és a gyógyhatású szerek istene. Csodálatos gyógyításainak gyorsan híre ment, és mindenfelől özönlöttek hozzá a gyógyulni vágyók. Tekintélyes orvossá vált. Gyermekét is megtanította a mesterségre. Egyik fia sebész, a másik belgyógyász lett, míg két leánya közül *Panakeia* a gyógyszereket készítette, *Higieia* az egészséges életmódra, a diéta és torna fontosságára hívta fel a figyelmet. Ő később a közegészségügy patrónájaként vált ismertté. Kétfajta egészség megközelítés alakult ki:

- *aszketikus*: egészség-megközelítés, mely felfogás szerint minden a tiltáson, önkontrollon alapul, mit nem szabad csinálni.
- *hedonista*: egészség-értelmezés, mely arra hívja fel a figyelmet, hogy mit tehetünk az egészség érdekében.

Galenosz (*Galenus*, 122-199), tanításában is, ez utóbbi felfogás jelenik meg. Alapvető a betegségek megelőzése, az életerő fokozása, amelynek eszköze a *diaetetika*. Akkoriban nemcsak a táplálkozásra vonatkozott, hanem az életmód szabályozását is jelentette. Magába foglalta az ember szellemi, érzelmi, fizikai állapotát is. (25)

Az utóbbi évtizedek orvostörténeti kutatásai új megvilágításba helyezik a középkor orvosi irodalmát is. Meglepően „modern” szemléletű kéziratok kerültek elő, mint a *Salernói iskola* (1150-1180) egészségi-diaetetikai rendszabályokat tartalmazó kézírata, a *Regimen sanitatis Salernitanum* melynek célja az volt, hogy az embereket a helyes életmódra, ezzel a betegségek megelőzésére nevelje. A profilaxis és a prevenció éppen ebben a korban élte első virágzását. (26)

Paracelsus (1493-1541) egészségképe: az ember egészségét a „belső orvos”, azaz a benne megnyilatkozó természet és a „belülről gyógyító orvosság”, azaz a belső szubsztancia (valaminek a lényege) határozza meg. (27)

Magyar nyelvű nyomtatott ismeretterjesztő kiadványokról csak a 17. század közepétől beszélhetünk. Ennek sorát a nem orvos *Apáczai Csere Jánosnak* (1625-1660) kiadott *Magyar Encyklopaediája* nyitja meg. Az egészségről adott definíciójában azt írta: „Az egészség (sanitas) az embernek az a belső állapota, mellyel tagjaiban jól lévén, az ő cselekedeteit jól viszi végben. (...) A felette jó egészség (accurata) az, amely által az emberek igen alkalmasak az fő cselekedeteinek végbenvitelére.” (28)

A század híres magyar orvosa, szótáríró és irodalomtörténész *Pápai Páriz Ferenc* (1649-1716) adta ki 1690-ben Kolozsvárott *Pax Corporis* címmel a század egyetlen ilyen témájú, és az első magyar nyelvű orvosi könyvet. (29) *Pápai Páriz Ferenc* Bázelen szerzett orvosi diplomát. Egységbe fonódó könyvsorozattal ad útmutatást az ember *magatartására*. Munkájában szerencsésen ötvöződött az orvostudományi és népszerűsítő irodalom.

Kibédi dr. Mátyus István (1725-1802) *Ó és Új Diaetetikájának I. (1762) és II. (1766)* kötete az „Életnek és egészségnek fenntartására és gyámolgatására” ad segítséget. A következő közel száz évben felvilágosító mű nem látott napvilágot.

2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1 A kiégési szindróma meghatározása, jelentősége

„Riasztó a magyar társadalom egészségi állapota, különösen a férfiaknak romlik a helyzete. Ennek meghatározóan lelki okai vannak. Gyorsan terjed a kóros lehangoltság, a depresszió hazánkban. Figyelemreméltó, hogy a magyar népességben a világtárlagnál magasabb a kóros hangulatingadozásra való hajlam, melynek során a lehangoltság és felhangoltság érzelmi végletei váltják egymást.” írja Kopp Mária a 21. század lelke című cikkében (30)

„A kiégés fogalom határai ma még meglehetősen bizonytalanok, összerosódnak a munkahelyi stressz, a munkával való elégedettség és a munkamotiváció stb. már régebben leírt és a munkapszichológusok által tanulmányozott fogalmaival”- írja Petróczi Erzsébet Kiégés-elkerülhetetlen című könyvében. (31)

A kiégési szindróma (burn-out) fogalmi meghatározását először Herbert Freudenberger pszichoanalitikus írta le a szakmai viselkedés meghatározására: „Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”. (32, 33)

Azóta számos meghatározás született a kiégés definiálására, de mindegyik vezérvonala, hogy a tartós érzelmi megterhelés a stressz hatására a személy egy igen erős fizikai-lelki-érzelmi kimerülés állapotába kerül, és ezt a megszokott módon nem tudja megoldani. A kiégés egy lassan kialakuló folyamat végeredménye, melyben a stresszel teli munkavégzés és munkakörülmények kulcsszerepet töltenek be. (34) A segítő foglalkozások közül az egészségügyben dolgozó orvosok, szakápolók, szülésznők a munkahelyi stressz terheltség szempontjából mindig is különösen veszélyeztetettnek számítottak és számítanak ma is.

A stressz okozta pszichikai megbetegedések – mint például a kiégés – előfordulása körükben a legmagasabb. A betegágy mellett dolgozó egészségügyi szakemberek túlterheltek, nap mint nap nagyon magas stressz hatásnak vannak kitéve a mindennapi nehéz munkájuk során, a magán- és szakmai életük határai gyakran összerosódnak, amely számos problémát vet fel, és fontos melegágya a lelki megfáradásnak, kiégésnek.

A túlmunka ténye, a betegek halála, az áldozatos munka el nem ismertsége mind befolyásoló tényezőként hat abban, hogy az ápolók könnyen a kiégés áldozatává váljanak. (35)

A kiégési szindróma területével foglalkozó legjelentősebb képviselők Christina Maslach és Susan E. Jackson. A kiégést többdimenziós jelenségként írják le, mutatták be. Az általuk összeállított kérdőív Maslach Burnout Inventory (MBI) három dimenzió mentén mér. Az első és talán a legfontosabb az érzelmi kimerülés, amely arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kifogynak, elapadnak. A második dimenzió a deperszonalizáció, amely a negatív és személytelen attitűd kialakítására utal a klienssel/beteggel, valamint azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik. Míg a harmadik dimenzió a személyes hatékonyságra, a teljesítmény csökkenésre vonatkozik, mely szerint az egyén teljesítménye erősen eltér attól, amit önmagától elvár/elvárhat melyhez még nagyfokú negatív önértékelés is társul/társulhat. (36, 37)

Igaz ugyan, hogy az ápolók tevékenysége az egyik legmagasabb stressz szinttel jellemezhető munkakör (38), de nem szabad elfelejteni, hogy az egészségügy minden területe veszélyeztetett, így a szülésznői munkakör is. A betegápolás bármely területén dolgozzon is valaki, számára a stressz következményes hatása a munkateljesítmény romlásában nem megengedett, hiszen maga a beteg ember, az emberi élet válhat az áldozattá az „ápolás oltárán”. (39) A kiégés számos faktortól függ, melyek magukba foglalják a genetikai fogékonyságot, a környezetet, tapasztalatot, a szervezeti formákat és azok menedzsmentjeit és az egyén életstílusát. (40)

A **kiégés-szindróma** Magyarországon elsősorban az egészségügyi dolgozók és a pedagógusok között fordul elő. Az eddigi egyetlen felmérést orvosok körében 2004-ben a Magatartástudományi Intézet egyik kutatócsoportja végezte. A vizsgálatba bevont 187 orvos és egyéb egészségügyi dolgozó, több mint 60%-ánál a **kiégés-szindróma** valamelyik jellegzetes tünete jelentkezett, valamint 33%-uknál jelentős teljesítménycsökkenést tapasztaltak a munkahelyen. (41, 42)

2.2 A kiégés szakaszai

Ahhoz, hogy a kiégettség kialakuljon, bizonyos szakaszokon megy keresztül az ember. Ezek a következők:

1. **idealizmus szakasza:** a segítő foglalkozású egyén lelkesedése a szakma iránt, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás, a legfontosabb munkaeszköz az érintettek személyisége.
2. **realista szakasz:** a szakma iránti elkötelezettség, a kollégákkal való együttműködés, nagy érdeklődés más emberek iránt, de az egyén már a távolságegyensúlyának megteremtésén fáradozik, nyitott a kezdeményezésekre.
3. **stagnálás vagy kiábrándulás szakasza:** jelentősen csökken a teljesítő képesség, érdeklődés. Az emberekkel való kapcsolattartás a legszükségesebbekre korlátozódik, gyakran terhesnek ítélik meg kollégákkal való beszélgetéseket is.
4. **frusztráció szakasza:** az egyén vonakodik a szakmai, közéleti tevékenységtől, mert értelmetlennek érzi azt. Kétségbe vonja saját tudását, hivatása értelmét, értékét. Munkatársait egyre nehezebben viseli.
5. **apátia szakasza:** megváltoznak az egyéni értékrendek. Minimumra korlátozódnak az egyén interakciói, a betegekkel/páciensekkel/kollégákkal való bánásmódja rideg, ellenséges, szakmai érdeklődése a munkája iránt sematikussá válik. Kerüli a segítő, kreatív kollégákat. (43)

Hézszer Gábor szerint a kiégési folyamatnak 12 lépcsőfoka van:

- a bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig
- fokozott erőfeszítés
- a személyes igények elhanyagolása
- a személyes igények és a konfliktus elhanyagolása
- az értékrend megváltozása
- a fellépő problémák tagadása
- visszahúzódás
- magatartás- és viselkedészavarok
- deperszonalizáció
- belső üresség
- depresszió
- teljes kiégettség. (44, 45)

2.3 A kiégés során előforduló tünetek

A kiégés kialakulásában évek hosszú sora játszik szerepet, a tünetek kialakulása kezdetben szinte észrevétlenül jelentkezik.

Hézszer Gábor a kiégés tüneteinek 5 csoportját különbözteti meg:

1. Pszichés tünetek, melyet a tehetetlenség, reménytelenség, indulatosság, agresszív viselkedés, erős sikervágy, elismerés megszerzése, dekoncentráltság jellemez.
2. Fiziológiai tünetek, melyek kialakulásában az állandósult feszültségérzés, fejfájás, magas vérnyomás, legyengült immunrendszer, megbetegedések játszanak első sorban szerepet.
3. Magatartásbeli változások során az indulatosság, az agresszív viselkedés, a szakmai érdeklődés lecsökkenése, gyakori hibázások, a teljesítmény jelentős mértékű csökkenése játssza a fő szerepet.
4. Szociális magatartás megváltozások csoportjában a visszahúzóds, kapcsolatok leépítése, elhanyagolása, szabadidős tevékenységek, hobbik elhagyása figyelhető meg.
5. Problematikus viselkedésformák körében már a közömbösség, cinizmus, elkötelezettség hiánya, a betegekkel való negatív indulatok határozhatók meg. (45, 46)

2.4 A kiégést előidéző okok

A kiégés háttérében álló okok, stresszortényezők sokrétűek és összetettek. Kialakulásában szerepet játszik többek között a negatív és kaotikus munkakörnyezet, az egyhangú, monoton munkavégzés, az autonómia hiánya, feszített munkatempó, a folyamatos műszakok megléte, a 12 órás hosszú munkaidő beosztás, az egészségügyben uralkodó munkaerőhiány.

További tényezők a munkahelyi előmenetel hiánya, a megbecsültség, elégedettség hiánya, a munkahelyi vezetők részéről a tekintélyelvű vezetési stílus, az alacsony bérezés, a szakmai támogatás hiánya, világos szerephatárok, felelősség és kompetenciahatárok hiánya.

Előfordulhatnak egyéni tényezők is, mint a tapasztalatlanság, alacsony vagy a szükségést meghaladó képzettség, idealizmus, irreális elvárások, állandó elismerés igénye, azonnali siker elvárása, és főként a kevés önismeret. (47)

2.5 A kiégés következményei, egészségkárosító hatásai

A kiégés kialakulásakor, elsősorban az emocionális kimerülés tünetei figyelhetők meg. Ők azok, akik érzelmileg nem képesek tovább a betegek, kollégák irányában empatikus magatartást tanúsítani, a munkájukat elhanyagolják. Problémát okozhat a hozzájuk forduló betegekkel való empatikus magatartás, a hiteles kommunikáció, sérülhetnek a kompetenciahatárok, az én hatékonyság, önértékelés. A kiégés az egész személyiséget érintheti, beleértve a családi és társas kapcsolatok megromlását is. Megjelenhetnek testi tünetek, mint pl. fejfájás, emésztőrendszeri zavarok, kardiovaszkuláris zavarok, stb., de leggyakoribb a pszichoszomatikus betegségek kialakulása.

2.6 A kiégés kezelése

A kiégés felismerésekor az életvitel kellő tudatossággal történő átrendezése segít átlendülni a kiégés okozta nehézségeken. Ennek a megvalósítására tett cselekedetek kezelése során el lehet különíteni az egyéni és szervezeti szintű lehetőségeket.

a. Az egyéni szintű kezelés lehetőségei:

- tanulás, önfejlesztés
- önismeret növelése
- siker keresése, életstílus javítása
- családi és társas támogatórendszerek erősítése
- kreativitás
- nem szabad figyelmen kívül hagyni a helyes egészségmagatartás kialakítására tett cselekedeteket sem, mint pl. több alvási idő biztosítása, rendszeres sportolási lehetőségek megteremtése, egészséges és rendszeres táplálkozás biztosítása stb.

b. szervezeti szintű kezelés lehetőségei:

- munkahelyi körülmények javítása
- a munkahelyi vezetőktől való folyamatos és hatékony visszajelzés

- az információk időbeli, hiteles és pontos átadása
- munkaközösségek tudatos szervezése, formálása
- a csapatépítés lehetőségeinek megfelelő biztosítása
- folyamatos munkamegbeszélések megtartása. (48)

2.7 A kiégés megelőzése

A kiégés nem egy statikus jelenség, hanem egy olyan folyamat, amely ciklikusan ismétlődik. Kialakulásában szerepet játszanak az egyéni jellemzők, valamint a munkaszervezet egyes jellemzői. A kiégés megelőzhető és kezelhető probléma. Abban az esetben, ha valaki gyenge önbizalommal rendelkezik, de magasra teszi a szakmai mércét, a sorozatos sikertelenségek miatt előbb - utóbb megjelennek nála a kiégés komponensei. A kiégés megelőzhető, de fontos a meglévő testi (pl. fáradtság, gyengeség, alvászavar, táplálkozási zavarok) és lelki (pl. ingerlékenység, munkahelyi és társas kapcsolatok minőségének romlása, teljesítőképesség csökkenése stb.) tünetek időben történő felismerése, a prevenció és a motiváció.

Általános motiváció: A munkahelyen, a hivatással kapcsolatban a személy fontosságának és jelentőségének érzése. Autonómia, szakmai fejlődés lehetőségének biztosítása. Támogató rendszerek kialakítása (a munkahelyi esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, szupervízió, stb.) az anyagi-erkölcsi megbecsültség biztosítása és a szakmai túlterheltség szabályozása.

Személyes motiváció: Professzionális segítő foglalkozás választásának átgondolása, tudatosítása. Annak, aki segítő pályát választ, a motivációját egyedül vagy segítséggel tudatosítani kell. Fontos, hogy a segítség ne váljon pszichoterápiás szükségletté. A motivációk tudatossága döntő, a segítséren keresztül az öngyógyítási vágy pozitív energiák, empátia forrása lehet. (49)

2.8 A stressz jelentősége, szerepe

Mindenki számára ismerősnek csengenek Selye János Professzor úr mondatai, melyek ma is igen aktuálisak:

„Nem a stressz öl meg, hanem az, ahogyan reagálsz rá” vagy a „Mindenkinek van, mindenki beszél róla, mégis csak kevesen vették a fáradságot, hogy utánanézzenek, valójában mi is a stressz”. (50)

A kiégéses során megjelenő tüneteket az elhúzódó stressz nyomán fellépő jelenségként tartják számon. Számos kutatás bizonyítja, hogy a kiégés tüneteinek kialakulásában a stressz nagyban szerepet játszik. Selye János - akit a stressz magyar atyjának is tartanak, a stressz elmélet megalkotója - kutatásai során felfigyelt arra, hogy az élőlény az őt ért fenyegetettségekre egy általános vészreakcióval reagál, mozgósítva tartalékait és hormonális erőforrásait. Ezeknek a nem specifikus alkalmazkodási reakciónak az összességét nevezte el stressznek. A stressz egy pozitív küzdést jelent, de folyamatos megléte hatására kimerültség és számos pszichoszomatikus betegség is felléphet. Selye kutatásai alapján a stressznek három szakaszát különítjük el:

- készülségi állapot (amikor rövid időre csökken az ember alkalmazkodó és ellenálló képessége, majd a szervezet azonnal mozgósítja erőforrásait)
- ellenállási állapot (ekkor még a szervezet tud alkalmazkodni)
- kimerülés állapot (amikor a szervezet már nem tud tovább megküzdeni a stressz hatásokkal, az ember energiaforrásai kikapadnak, mely teljes összeomlást eredményezhet. (51)

A stresszhelyzettel szembeni azonnali válasz után, amennyiben a stresszor jelenléte a mindennapi élet során állandósul, a szervezetnek egy hosszabb távú küzdési stratégiára van szüksége. A krónikus stressz folyamatos megléte szintén számos betegség kialakulását eredményezheti, mint pl.: romlik az immunrendszer működése, folyamatosan magas lehet vércukorszint, a vérnyomás, míg a stressz hormonok hatására idegrendszeri károsodások is kialakulhatnak. A legnagyobb stresszt azonban a kontrollvesztés érzése okozza. (52)

2.8.1 A munkahelyi stressz szerepe

A stressz egészségre káros negatív hatásait tudományos közlemények sora bizonyítja. A tartós stressz megléte következtében megjelenhetnek az önkárosító magatartásformák (dohányzás, alkoholfogyasztás stb.), romlik az egészségi állapot és gyakran találkozunk kimerültséggel, bizalmatlansággal, de önértékelési problémákkal is. (53) A munkahelyi teljesítményért való küzdelem, az erőfeszítésért kapott nem megfelelő jutalom, elismertség hiánya szintén okozhat egészségkárosodást. Az egészségügyi rendszeren belül sem egyforma stressz hatás éri a szakdolgozókat. Más és más stressz hatás éri például az intenzív osztályon dolgozó szakápolót és a szülészeti osztályokon dolgozó szülésznőt. Emellett természetesen az egyéni reakciókkal, sajátosságokkal is számolni kell, hiszen ugyanazon munkahelyen, ugyanabban az egészségügyi intézményben eltérő módon reagálnak a szakdolgozók a veszélyeztető környezeti hatásokra. Az, ami egyikük számára stressz helyzetet jelent, nem biztos, hogy a másik számára is ugyanazt jelenti. A stressz valójában alkalmazkodási és védekezési funkcióval bír. (54)

Néhány példa az érzelmet, lelkiállapotot jelző gesztusokra.



1. ábra: Példák az érzelmet, lelkiállapotot jelző gesztusokra

(55)

A munkahelyi stressz okozta megbetegedéseknek azonban nemcsak egyéni szinten van jelentősége, hanem társadalmi problémaként is megjelenik. A munkából kiesett napok

számának gazdasági hatásai is vannak. (56) A tartós stressz fennállásakor a munkahelyi hiányzás növekedéséről, romló munkahelyi teljesítményről, és nem utolsósorban csökkenő motivációról számolhatnak be a munkaadók. (54) A munkahelyi stressz következményeként adódó negatív tényezők, az egészségügy jövőjét tekintve, aggodalmat jelentenek. Hiszen nem csak a társadalomnak, a munkáltatónak, hanem a betegek sem érdeke, ha egy a kiégés magas fokán álló alkalmazott látja-e el. Az elszemélytelenedéssel, a betegek tárgyként kezelése is következménye az állapotnak. (57)

2.8.2 Munkahelyi stresszforrások

A munkahelyi stresszorok közé sorolhatók:

- a feladattal kapcsolatos stresszorok
- a munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok
- a szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok
- a szervezeten kívüli stresszorok. (58)

Stresszorok részletezése:

- a. a munkaköri leírások tartalmazhatnak az egyének számára olyan tényezőket, melyek a napi munkavégzés során stressz forrásként jelenhetnek meg. Ide sorolhatók a munkával kapcsolatos mennyiségi-, minőségi túl-, illetve alulterhelések, a munkafeltételek, az esetlegesen felmerülő változtatások a munkavégzés során, mellyel a lépéstartás, megküzdés szintén befolyásoló hatással lehet. A monoton munkavégzési periódus előbb-utóbb a dolgozó éberségének, gyors reakcióképességének romlásához vezet.
- b. a munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok közé sorolhatók a minőségi munkakörülményeket befolyásoló tényezők. A kiégés kialakulásában szerepet játszik, ha a dolgozó számára a megfelelő, biztonságos munkavégzés feltételei tartósan nem biztosítottak. Ilyen lehet pl. a zajforrások kiküszöbölése, a megfelelő megvilágítás, a túlszűfolttság elkerülése vagy maga a veszélyes munkahely.
- c. a szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok három szinten, az egyéni, a csoportos és a szervezeti szinten jelenhetnek meg. Egyéni szinten elsősorban az autonómia hiánya, a túl sok vagy túl kevés felelősség más

munkatársakért, míg csoportos szinten a jó munkatársi, felettesi kapcsolatok nem megfelelő kialakításának hiánya okozhatja a problémát. Szervezeti szinten viszont a vezető által tanúsított nem megfelelő vezetési stílus, a folyamatos vagy nem megfelelő kontroll a vezető részéről, és nem utolsósorban, a túl alacsony fizetés jelenthetnek problémát.

- d. a szervezeten kívüli stresszorok között tartjuk nyilván a családi kapcsolatokból, az anyagi, társadalmi problémákból adódó konfliktusok jelentőségét, a családi-munkahelyi szerep összeegyeztetésének nehézségeit. (54)

2.8.3 A munkahelyi stressz egészségre gyakorolt hatása egészségmodellek bemutatásával

Irodalmi szempontból azonban két modellt különítünk el, amely fontos szerepet játszik a munkához köthető stressz források leírására. Az egyik a hetvenes években megjelenő követelmény-kontroll modell, amely szerint egészségre káros stressz állapotot vált ki a munkahelyi megterhelés mellett, ha a munkavállalónak nincs lehetősége saját munkakörülményeinek befolyásolására. (59) A másik a Siegrist féle erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság (EJE) modell, amely az elmúlt években a munkahelyi stressz kutatásainak középpontjába áll.

A munkahelyen nem csak a testi megterhelésekre és az azokból adódó egészségre káros hatásokra kell odafigyelnie a munkáltatónak, hanem elengedhetetlen a lelki egészség megvédése is. A nem kielégítő lelki egészség és a folyamatos stressz terheltég több fizikai tünet megjelenéséhez, majd később azok súlyosbodásához vezethet, ilyen pl. a koszorúér betegségek, stroke, de ide tartoznak a stressz szint csökkentésére használt káros szenvedélyekből (dohányzás, alkoholfogyasztás, túlzott kávéfogyasztás) adódó megbetegedések is. (60)

Ezen lelki problémák nemtől, kortól függetlenül bárkit érinthetnek. Felmérések szerint évente átlagosan négyből egy embernél jelentkezik valamilyen szintű lelki probléma, azonban ezeknek csak töredékeit diagnosztizálják komoly mentális zavarként. Ezek leggyakrabban a depresszió és a szorongás kategóriájában tartoznak. (60) A munkahelyi stressz káros egészségügyi hatásairól tudásunk az elmúlt évtizedek során sokat fejlődött, melynek alapját a munkahelyi stressz elméletek megalkotása jelentette. A modellek

célja a mindennapi munkához köthető stressz források leírása, melyek a munkavállaló egészségi állapotát nagymértékben befolyásolják:

a. A Követelmény - Kontroll modell, Karasek nevéhez fűződik (Robert Karasek 1979). Ez a leginkább ismert és legtöbbet kutatott stressz modell.

„A karasek-i modell abban hozott újat, hogy nem külön vizsgálta a munkához köthető stressz forrásokat, hanem egymással kölcsönhatásban lévőként kezelte azokat. Feltételezése szerint önmagában a munkahelyi terhelés nem feltétlenül vezet feszültségi állapothoz, ha a munkahelyi körülmények megfelelőek a követelmények teljesítéséhez. Karasek a környezetet tekinti determinisztikusnak a munkahelyi stressz meghatározásában. A Karasek-modell feltételezi, hogy a munkahelyi stressz a munka két meghatározó alapjellemezőjének egymáshoz való viszonyából fakad: a követelményekből és a kontrollból.” (61)

b. Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúly modell („Effort-Reward Imbalance” ERI, Johannes Siegrist modellje 1996), mely szerint az egyén által befektetett munkahelyi erőfeszítések és az érte kapott juttatások negatív irányba billenése okozza a munkahelyi stresszt. Jutalomnak minősül az anyagi és nem anyagi jellegű megbecsültség, ilyen lehet pl. a pénzbeli jutalmazás, kitüntetések adományozása, előrelépési lehetőségek, de akár a szóbeli elismerések is. Ezt támasztja alá egy 1986-2003 év között, 86 közlemény áttekintésével végzett kutatás is. A közlemény hipotézisként három fő részt említ:

1. külső hipotézis, mely megfogalmazás szerint a nagy munkahelyi erőfeszítés, alacsony jutalmazás növeli a rizikó előfordulását az rossz egészségi állapot kialakulásának.
2. Az egyén saját magával szembeni nagyon magas belső elvárások folyamatos fennállása, mely szintén előfordulási tényezője az egészségi állapot romlásának.
3. Együttható tényezők, mely a külső hipotézisek és az egyénnel szembeni elvárások összessége, amely jelentős mértékben járulhat hozzá az egészségi állapot romlásához. (62)

Az erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség modell a szülésznői munkakör szempontjából releváns, mivel a hivatás velejárója a magas fizikai és lelki erőfeszítés, melyhez sokszor alacsony jutalom párosul. Ami a jutalmazást illeti, a szülésznői hivatás egy olyan

munkakör, mely önmagában hordozza a családok részéről kapott elismerést akkor, amikor a szülésznő a várandósság, a vajúadás és a szülés során segítséget tud nyújtani.

2.8.4 A stressz leggyakoribb hatásai a különböző szervrendszerek működésére

- a. Kardiovaszkuláris rendszer: a tünetek kialakulásáért részben a tartós szimpatikus aktivitás a felelős, melynek következménye lehet az artériák összehúzódása, a vérnyomás és a pulzusszám emelkedése, a vérkeringés átrendeződése, amely viszont jelentősen növeli a szívinfarktus kockázatának kialakulását.
- b. Emésztőrendszer: a paraszimpatikus idegrendszeri aktivitásnak, megváltozásának következménye, összefüggésben áll a bélrendszer és a bőr vérellátásának csökkenésével. A megromlott vérellátás fokozhatja az emésztőrendszer sérülékenységét valamint fekélyek kialakulásának kockázatát.
- c. A neuroendokrin változások immunrendszerre gyakorolt hatása révén az immunrendszer alulműködése alakulhat ki, mely fokozhatja a különböző típusú fertőzések megbetegedések kialakulásának előfordulási gyakoriságát.
- d. A váz-, és izomrendszeri megbetegedések a stressz válasz okozta túlzott izomfeszüléssel hozhatók összefüggésbe.
- e. A tartós stressz hatására felerősödhetnek a pszichés, pszichiátriai tünetek is, nő a pszichés betegségek kialakulásának kockázata (pl.: pánikbetegség, generalizált szorongás, depresszió stb.). (63)

2.8.5 Az eustressz

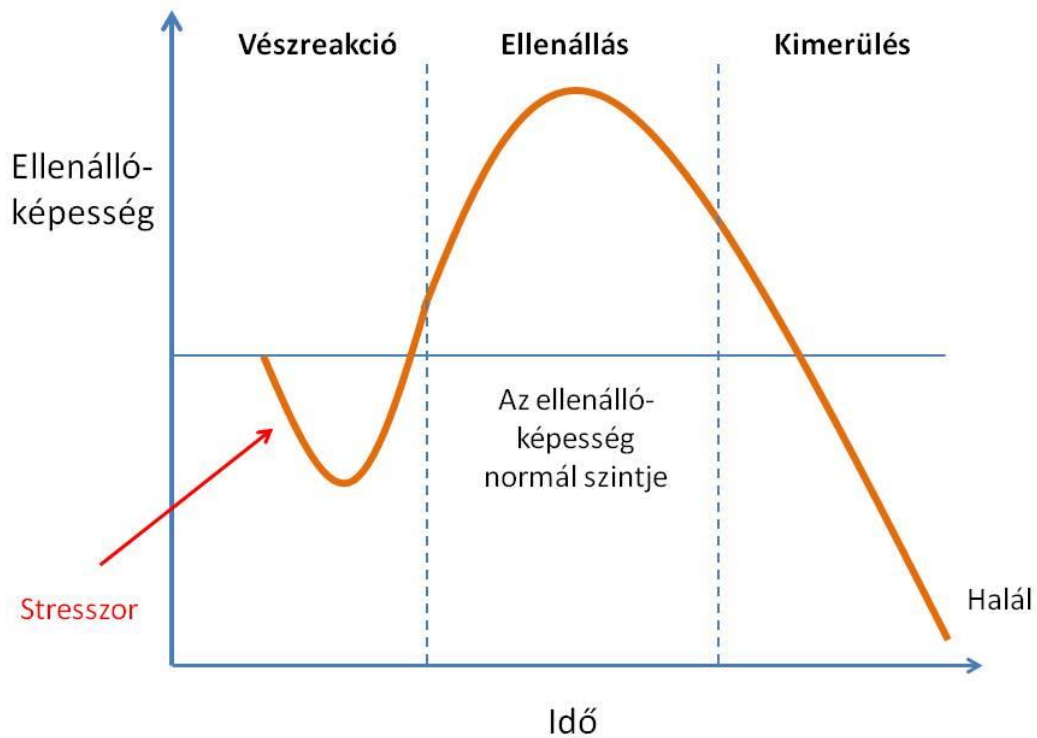
A szakirodalomban találkozhatunk az eustressz vagy más néven a pozitív stressz fogalmával, amely céljait tekintve motiváló hatású, fokozza az energiát, javítja a teljesítményt, szemben a distresszel, amely hosszútávon emocionális, szorongási problémákat okoz, ezáltal csökkentve a teljesítményt.

Az eustresszt kiváltó stresszorok között tartják számon azokat a tényezőket, melyek pozitív irányba befolyásolják az személy emocionális érzékenységét, ilyen például egy új munkahely változás, házasságkötés, új lakás vásárlás, gyerekvállalás, nyaralás stb. (64)

Selye meghatározása szerint lényegtelen, hogy a stresszt pozitív (pl. gyermekvállalás) vagy negatív körülmény (pl. válás) váltotta ki, a hatása mindig attól függ, hogy mennyire megterhelő a szervezet számára és milyen mértékű alkalmazkodást igényel.

Az alkalmazkodás egy tünet együttes, melyet Selye általános adaptációs szindrómaként fogalmazott meg, melyben a stressz reakciót három szakaszra bontotta:

1. vészreakció (alarm reakció): amely során a szervezet felkészül a stresszonnal szembeni alkalmazkodásra, a harcra vagy az esetleges menekülésre („fight or flight”). A stresszel való találkozás átmenetileg kibillentheti a szervezetet egyensúlyából, melynek következményeként felborulhat a szervezet homeosztázisa, és ezzel párhuzamosan csökken az egyén ellenálló képessége.
2. ellenállás (rezisztencia): a szervezet alkalmazkodása az igénybevételhez, az adott stresszonnal szemben, melynek következményeként nő a szervezet ellenálló képessége.
3. kimerülés: hosszú idejű stressz hatás esetén a szervezet alkalmazkodó képessége kimerül, energiatartalékai elfogynak, a teljesítmény, az ellenálló képesség csökken, amely akár halálhoz is vezethet. (65)



2. ábra: Általános adaptációs szindróma grafikus ábrázolása
(65)

2.9 Motiváció

A motiváció latin eredetű szó, melynek a jelentése mozogni, mozgatni. A pszichológiában mint gyűjtőfogalom jelenik meg, motívumokból épül fel és minden a cselekvésre, a viselkedésre készítő belső tényezőt magába foglal. Meghatározza továbbá, a szervezet aktivitásának mértékét, valamint a viselkedés szervezettségét és hatékonyságát. (66) Fontos elkülöníteni a motiváció és a motiváltság fogalmakat. A motiváció nem más, mint egy kívülről ható ösztönzés valamilyen cél elérése érdekében. A motiváltság az egyénre jellemző tényező, mely egyfajta tulajdonságként szabályozza cselekedeteinket. A leghatékonyabb motivációs tényezőnek mindig is a sikert, az elismertséget, a megelégedettséget tartották és tartják ma is. Hiszen az önmagát elégedettnek tartó ember tud csak alkotni, segíteni. (67)

2.10 A teljesítményértékelés és motiváció Frederick Herzberg elmélete alapján

Bármely munkaterületen dolgozzunk, a motiváció nagy fontossággal bír, de az egészségügy területén kivételesen fontos. Egy jó vezető annak érdekében, hogy az általa vezetett intézmény elérje a szervezeti célokat, meg kell találnia erre vonatkozóan azokat a leghatékonyabb módszereket, amelyek eredményességgel járnak. Ezt azonban csak akkor tudja elérni, ha felismeri, hogy az adott szervezet tagjait az egyéni és a szervezeti célok együttes elérése érdekében hogyan kell mozgósítani. Vagyis, tudnia kell, melyek azok a tényezők, amelyek azt befolyásolják, hogy a dolgozók milyen mértékben és mivel motiváltak munkájuk során. (68)

Frederick Herzberg az 1950-es évek végén végezte kutatásait, amelyek a motivációval, a munkával való elégedettségi tényezőkre koncentrálnak. Az empirikus kutatás, nagyszámú életpálya-interjú alapult, eredményeit a *The Motivation to Work* című könyvében publikálta. (69) Kéttényezős motivációs elmélete a viselkedést kiváltó okokra koncentrálnak, mely szerint a munkában kétféle tényező hat, az egyik az elégedettség forrása, míg a másik az elégedetlenségé. Más tényezők hatnak a dolgozók elégedetlenségének a csökkentésére és más motiválja őket. Herzberg elsősorban higiénés és motivációs tényezőket különböztet meg. Elmélete szerint a motivációs tényezők hiánya nem okoz elégedetlenséget, csak az elégedettség hiányát, pl. kiemelkedő vagy kimagasló teljesítmény után előreléptetés, anyagi megbecsültség, elismerés jár. A higiénés tényezők viszont a munkával való elégedetlenségért felelősek, pl. túl alacsony fizetés esetén az elégedetlenség riasztó méreteket produkálhat. Herzberg a higiénés tényezők között említi meg a munkakörülményeket, a vezetési stílust, a vezetőkkel-munkatársakkal való kapcsolatot, a bérezést, a panaszok meghallgatását stb. (70)

„Herzberg szerint az elégedettség és az elégedetlenség nem ugyanazon kontinuum ellenpontjai, hanem két különböző viselkedéstípus.” (71)

1. táblázat: Herzberg kéttényezős motivációs elmélete

Eredmény		
Motiváló tényezők	megvannak	elégedettség
	hiányoznak	elégedettség hiánya
Higiénés tényezők	megvannak	elégedetlenség hiánya (de nem elégedettség)
	hiányoznak	elégedetlenség

Az elmélet hiányosságai között kell megemlíteni, hogy nem veszi figyelembe az egyéni különbözőségeket, a technika adta lehetőségeket, de előnye viszont, hogy irányítást ad a vezető számára, hogy az adott probléma melyik kategóriába tartozik, és hogy mi lehet a jó megoldása. (72)

Herzberg féle motivációról akkor lehet igazán beszélni, ha azt nem kell újból és újból külső beavatkozással megerősíteni, hanem maga a célzott személy akar cselekedni. (73) Ezt támasztja alá egy Horvátországbeli (zágrábi, egyetemi kórházban) a szülésznők és ápolók körében végzett felmérés is. A szülésznők is a többi egészségügyi dolgozóhoz hasonlóan többszörös stressznek vannak kitéve munkájuk során. A hosszú időn át tartó pszichológiai aggodás/szorongás negatív hatással van az egészségre, a munkaképességre és a betegellátásra. Ennek eredménye, hogy több mint $\frac{3}{4}$ -e a kutatásban résztvevő szülésznőknek (76,7%) azt gondolja, hogy a szakmája stresszes, az elégtelen munkafeltétel okozza számukra a legnagyobb problémát, míg a szülésznők több mint 50%-ának a munkatársak hiánya, a váratlan szituációk, az indokolatlan

behívások, az éjszakai munka, a gyógyíthatatlan betegek és a rossz munkaszervezés okozza a legtöbb munkavégzés közbeni stressz szituációt. (74, 75)

Egy másik felmérés azt támasztja alá, hogy a szánalom fáradtság és a kiégés befolyásolhatja a szülésznők teljesítését. Ez a kvantitatív kérdőív feltárja a kapcsolatot az önsajnálattal, a kiégés, a szánalom fáradtság, az önmagáról alkotott vélemény, a saját magához való jóindulat, a másokkal szembeni szánalom, a szakmai életminőség és jóllét között a tanuló szülésznők körében. A kutatásban 103 szülésznő hallgatót vontak be. Az eredmények között szerepel, hogy azoknál a szülésznőknél, akiknél magasabb az önmagukról alkotott vélemény értéke később kevésbé érznek szánalmat magukkal és másokkal szemben, csökkent a jóllét, magasabb a kiégés a szánalom fáradtság. Azon szülésznő hallgatók körében, akiknél magas az önsajnálattal és a jóllét kevesebb a szánalom fáradtság és a kiégés. (76)

Fontos, hogy a motiváció és a teljesítmény egyenes arányban legyen egymással. Amennyiben alacsony a dolgozók motiváltsága, akár sorozatos megbetegedések jelenhetnek meg, növekszik a táppénzes napok száma, csökken az elvégzett feladat teljesítménye, amely hosszú távon a szervezet elégtelen működését eredményezheti. A dolgozók körében megjelenhet a depresszió, a kiégés, az ingerlékenység, de akár testi tünetek kialakulását is eredményezheti.

2.11 A stressz a kiégés és a motiváció kapcsolata

A stressz és a kiégés folyamata nehezen választható el egymástól, hiszen mindkét jelenség a munkavállaló testi-lelki és az érzelmi-motiváció kimerüléséhez, a munkateljesítmény nagyfokú csökkenéséhez vezet.

Mindegyik kifejezés mögött fellelhető:

- a fokozott érzelmi igénybevétel
- az emberekkel való foglalkozás
- elismerés, sikerélmény teljes hiánya
- a munka társadalmi presztízisének negatív megítélése
- alacsony bérezés
- a megfelelő munkavégzéshez szükséges személyi és tárgyi feltételek hiánya

- túlzott elvárások a munkáltató részéről
- támogatás hiánya a vezetés részéről. (77)

2.12 Az egészségnevelés kapcsolata más tudományterületekkel

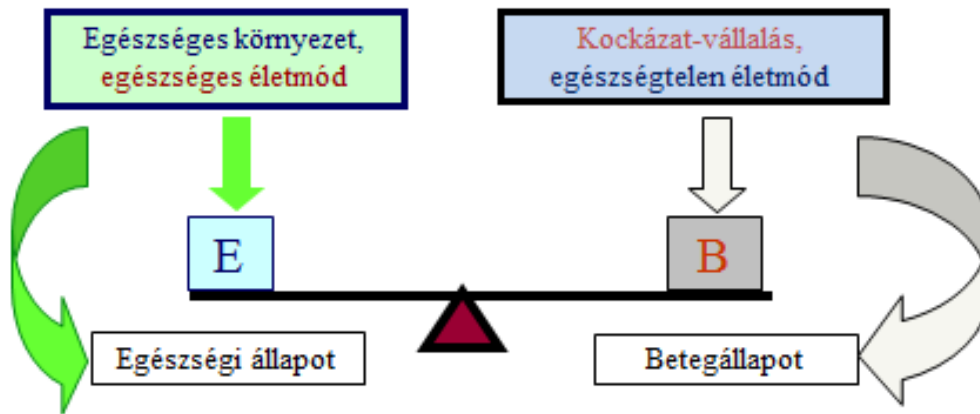
Nagy változást az 1800-as éveket követően lehet tapasztalni. A gyors természettudományi és orvostudományi fejlődésnek köszönhetően egyre nagyobb figyelem irányult az egészségre. A kutatások fényében egyre nyilvánvalóbbá vált az egészség egyéni meghatározottsága mellett a társadalmi, a környezeti és a szociális tényezők szerepe. Egyre több felmérést végeztek, amely alátámasztotta e paradigma létjogosultságát. A jóléti államok hatására a társadalom egészségi állapotát meghatározó tényezők átrendeződtek, a társadalmi faktorok alakulásával egyre jobban lehetett már magyarázni az egészségi státuszt. A természettudományi okok mellett gazdasági és szociokulturális magyarázatok is megjelentek a betegségek előfordulásának vizsgálatánál. A társadalmi tényezők bevonásával az egészségi állapot pontosabb magyarázatát lehet adni. Ezek kutatása a szociológia feladata, ezért logikus volt, hogy a szociológiának helye van a betegség és egészség társadalmi feltárásában. Kifejlődött az egészséggel és az egészségügyi rendszerrel foglalkozó szociológiai tudományág, a *medical sociology*. Az orvosi/gyógyítás szociológiája (*sociology in medicine*) itt a gyógyítás és az orvoslás folyamatának szociológiai vonatkozásainak elemzése történik. Napjainkban a betegutakat, az egészség- és betegviselkedés modelljeit, az orvos-beteg viszonyát vizsgálják e diszciplínán belül. (78) Az egészségzociológia (*sociology of health*) kiindulópontja az, hogy a betegségek kialakulását napjainkban leginkább társadalmi eszközökkel lehet megakadályozni (szociokulturális koncepción van a hangsúly). Olyan egészség centrikus felfogás található benne, mely a betegségek korai felismerését hangsúlyozza, a prevenció mellett. (79) Az egészségzociológia egyik nagy klasszikusának számító *Talcott Parsons* megállapítása szerint, az egyén akkor tekinthető egészségesnek, ha be tudja tölteni társadalmi funkcióját.

Ebben az összefüggésben kell beszélni az életmódról, életvitelről, életstílusról, mely egyre nagyobb figyelmet kap a korszerű egészség és megőrzése folyamatában. Az életvitel az életmód tényleges megnyilvánulása. Fogalma azonban nem vonatkozhat csak az emberi tevékenység látható jeleire (táplálkozás, mozgás), hanem objektíven meghatározó összetevőket, feltételeket és lehetőségeket is tartalmaz. Ezek egy része

anyagi-tárgyi jellegű (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem, fogyasztás), más része a szellemi kultúra (erkölcsi normák, szociális szerepek, szokások, divat), és az egészségkultúra tartománya is. Az egészségkultúra maga az életmód. Az ember életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, elégítheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. Az életmód, életstílus az egészségmagatartás olyan mintázata, amelyek az emberek élethelyzete és az életlehetőségek közti választáson alapul. Az életben bekövetkező választások és az életlehetőségek e dialektikus összjátéka alkotja tehát az életmódot.

Kutatási eredmények bizonyítják, hogy a mentálhigiénével, az interperszonális kapcsolatok minőségével, a problémamegoldással, a konfliktuskezelés flexibilitásával összefüggő értékrendszer az, mely megfelelő egészségmagatartást eredményez. Ezért válik kiemelkedően fontossá a lelki egészségvédelemmel kapcsolatos értékrendszer megismerése és fejlesztése. Az egészségviselkedés kialakításának komplex folyamata nem nélkülözheti az egészségpszichológia (*Health Psychology*) gyakorlatát sem. (80) A kedvező életmód változtatás az egyéntől csak akkor remélhető, ha az egészségérték a fenti támogató értékrendszerbe egymást erősítő módon épül be. Ehhez nélkülözhetetlen a neveléstudomány jelenléte is. *„A mindenkori felnövekvő generációk egészségmagatartásának minősége az, amely egy hosszú távú egészségnevelési (prevenációs, egészségmegőrzési és -fejlesztési) stratégia alfája és ómegája.* (81) Az életmód kutatások arra irányulnak, hogy egyrészt az egyes emberek, milyen viselkedési stratégiákkal rendelkeznek igényeik és képességeik közti diszkrepancia leküzdésére, másrészt a társadalom és a környezet milyen magatartásformák lehetőségét teremti meg. Az emberek képességüknek és motivációjuknak megfelelően próbálják egészségi állapotukat formálni, mely tevékenység során az emberek figyelme mégis valamilyen cél megvalósítására irányul. Ilyen cél lehet: a munka, hosszabb élettartam, jobb fizikai erőnlét vagy kedvezőbb külső megjelenés. (82) Napjainkban az egészségnevelés hangsúlyát a védőfaktorok erősítésére, a koherencia érzet fejlesztésére kell helyezni. Arra a felismerésre kell eljutni, hogy az egészség az egyén valamennyi működéséből összegződő állapot, vagyis egy olyan egyensúlyi állapotra való törekvés, amely időben változó, különböző fokozatú átmenetet képezhet az egészség és a betegség állapot között. A folyamat dinamizmusát is ez adja.

Az egészség dinamikája



3. ábra: Az egészség dinamikája
(83)

A fentiek alapján egyértelműsíthető, hogy az egészség fenntartása egy komplex tanulási folyamat eredménye, amelyhez az egészség-spektrum alábbi összetevőinek kielégítő működése szükséges:

1. Biológiai egészségünk érdekében testünk megfelelő működését kell biztosítani. Felöleli a tudatos egészségvédő magatartás elemeit, a szomatikus, higiénés, kondicionálás területeket.
2. A lélek egészségvédelmét elsősorban erkölcsi alapelveink, az egészséges személyiségfejlődés, az egészséges, kiegyensúlyozott életrend biztosítja.
3. A mentális egészség meglétét elsősorban a racionális és logikus gondolkodás, reális életszemlélet tükrözi, amellyel megtaláljuk helyünket a személyes és társadalmi környezetünkben.
4. Érzelmis egészség tekintetében fontos magatartásunk érzelmi vezérlése, vagyis: az érzések felismerése, megélése és kifejezése, az emocionális stabilitás.

5. Szociális egészségünk megléte társas-társadalmi létünkéből fakad, amely jelenti embertársainkkal a megfelelő kapcsolatok kialakítását, értékteremtő mechanizmusok kiépítését.

Ez az egyensúlyteremtő folyamat nem képzelhető el oly szakmai útmutató, tevékenység nélkül, amit egészségnevelésnek neveznek. (84) *"Az egészségnevelés olyan tudományos alapokon nyugvó ismeretterjesztő és magatartást formáló tevékenység, amely a szervezet ellenálló képességének fokozása, az egészség megtartása, helyreállítása érdekében tudatos döntésre, cselekvésre készít fel, és ösztönöz."* (85)

2.13 Az intézményes egészségnevelés alakulása

Az egészségvédelem, a megelőzés első intézményes formáinak kialakulása az utolsó közel kétszáz esztendőre esik. *Markusovszky Lajos* 1844-ben orvosi disszertációjának témájául „*Az orvos mint nevelő*” címet választotta. Az első igazán egészségvédő, megelőző szemlélet az 1876-os közegészségügyi törvényben jelenik meg. Az állam legfontosabb feladatai közé sorolta a közegészségügyet, és a prevenciót. 1885-ben megkezdődött a középiskolákban az egészségtan tantárgy oktatása.

Fodor József 1887-ben azt írta, hogy: „*A higiéniát általában és rendszeresen oktatni kell*”. Jelentős szervezeti változást az Országos Közegészségügyi Intézet megalakulása hozott, amely az egészségnevelés intézményes irányítója lett. A közegészségügyi törvény kiteljesedését a két világháború akadályozta meg.

Hosszú évek teltek el, amíg elérkezett az egészségnevelés tudománnyá válásának lehetősége: az intézményesülés. Jelentős állomás volt az 1926. esztendő, amikor megalakult az Egészségügyi Reformiroda és Propaganda - Központ. *Pollermann Artúr*, az Egészségügyi Reformiroda Propaganda - Központ első vezetője 1927-ben azt közli az egészségügyi ágazatban dolgozókkal, hogy „*az egészségügyi felvilágosítás - propaganda és nevelés központi szerve a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztérium fennhatósága alatt álló Egészségügyi Reformiroda Propaganda Központja, mely 1925 nyarán kezdte meg 50.000/1926.sz. alatt kiadott rendelettel működését*”. Majd 1951-ben megalakul az Egészségügyi Minisztérium Közegészségügyi Felügyeleti és Járványügyi Főosztályának Egészségügyi Felvilágosítási Osztálya. 1958-ban Egészségügyi Felvilágosítási Központ (EFK) néven kap országos szervező, irányító, oktató,

módszertani, tudományos kutatói és operatív munkát. Valójában innen datálható az intézményesített egészségnevelés. (85)

Az 1997 évi CLIV. Tv. az egészségügyről, törvényi szintre emeli az egészségnevelés. „Az egészségnevelés célja: az egyén életminőségének javítása, egészség megőrzése, fenntartása, fejlesztése, visszaszerzése, hasznos információk átadása, olyan tulajdonságok kifejlesztése, melyek hozzásegítenek a tudás hasznosításához.

Az egészségnevelés feladata: az emberek tudatos és felelősségteljes magatartásának kialakítására irányuló sokoldalú nevelőtevékenység. Ez magában foglalja az ismeretek átadását, az egészségi jártasságok, készségek, valamint szokások kialakítását. A fő feladata, hogy az egyén interiorizálja mindezeket”.

Az egészség megvédése, illetve fejlesztése között bizonyos szemléleti különbségek fedezhetők fel. Az egészségvédelem, az egészségmegőrzés, egészségnevelés, egészségfejlesztés fogalma nem új. A terminológiai tisztánlátás érdekében elmondhatjuk, hogy az elmúlt évek során az orvosi szaknyelvet uraló angol irodalom megalkotta és elkülönítette egymástól a „health protection” (egészségvédelem), a „health promotion” (egészségmegőrzés), a „health education” (egészségnevelés), a „health development” (egészségfejlesztés), kifejezéseket. (86) Bármelyik kifejezéssel találkozunk, mindegyik alatt a személyiségfejlesztés, a magatartásalakítás, vagy változtatás tartalmat kell érteni. Ma az egészségfejlesztés kifejezést preferálják. E terminus technikus egyeduralkodóvá válása azonban nemcsak az uralkodó felfogások változásaira utal, hanem a fogalom állandó kibővülésére és értelmezési tartományának kiteljesedésére is. *„Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamat, amely nemcsak az egyének képességeinek és jártasságának erősítésére irányuló cselekvéseket foglal magába, hanem olyan tevékenységeket is, amelyek a társadalmi, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására is irányulnak azért, hogy azoknak a köz és az egyén egészségére gyakorolt hatása kedvező legyen”.* (87)

Tágabb értelemben egészségfejlesztés alatt valamennyi nem terápiás egészségjavító módszert értjük, mely magába foglalja a korszerű egészségnevelést, az elsődleges prevenciót, a mentálhigiénét, valamint az önsegítés feladatait, módszereit.

Az előzőek alapján az egészségnevelés a lakosság egészséggel kapcsolatos műveltségének, egészségkultúrájának, széles körű fejlesztésére, az egészségmagatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak, a megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység. Az egészségkultúra tartományának is megvannak a sajátos törvényszerűségei: fejlődése, differenciáltsága, integrálódása, ami kihat a társadalmi tevékenységek más területeire, mint a technika, egészségügy, nevelés, jog, művészet, politika, esztétika és a különböző életmódigények vonatkozásai. *„Olyan, változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkézségeket bővíti az egyén és a környezetében élők egészségének előmozdítása érdekében”.* (88)

Az egészségnevelés feladatköre mára még szélesebb spektrummal rendelkezik: figyelembe veszi az ember biológiai állapotát (testi, szervezeti egészségét) csakúgy, mint a lelki (szellemi, érzelmi, törekvés) tulajdonságait és a társadalmi együttélésből adódó szociális státuszát (anyagi-gazdasági helyzetét, családi harmóniáját, társadalmi beilleszkedési zavarait) és ezek együttes hatás-rendszerében ítéli meg tennivalóit. A korszerű egészségnevelés egészség és cselekvésorientált tevékenység, az egészségi állapot fejlesztésére irányul. Elmélete és gyakorlata tudományos alapokra épül. Az egészségnevelés ma már mint diszciplína „határtudományként” működik: az orvostudomány anyagán kívül más tudományokból is diffundál tartalom, különösen a már említett pedagógia, pszichológia, nevelés, és szociológia tudományából. Így az egészségnevelés ezeknek a tudományterületeknek az integrációját valósítja meg. (89)

2.14 Az egészségnevelés társadalmi meghatározottsága

A megelőzés, az egészségmegőrzés, az egészségnevelés modern szemléletű, gyakorlat és programorientált fejlődése a XX. sz. közepétől indult meg erőteljesen. Ekkortól az experimentális kutatások sora indult meg a WHO irányításával a bizonyítékokon alapuló megelőzési akciók kialakítása és fejlesztése céljából. Az első közösségi megelőzési programok, mint a finn *Észak-Karélia*, vagy a *Heartbeat Wales* mind a mai napig mintapéldái a hatékony megelőzésnek. A kanadai *Marc Lalonde* egészségügyi miniszter (1974) úttörőnek számító egészségfejlesztési koncepciója az egészség és jóllét alapvető tényezőiként a környezeti, egyéni-biológiai, egészségmagatartási és az egészségügyi

ellátórendszerre vonatkozó jellemzőket határozta meg. A kiadvány legfontosabb mondanivalója az volt, hogy a környezet (strukturális megközelítés) és az emberi magatartás (életmód-megközelítés) jobbítása a megbetegedés és idő előtti halálozás jelentős csökkenését eredményezné. A *Lalonde* riport új irányelvei és a még újabb törekvések nagy nyilvánosságot az 1986-os *Ottawai Chartán* kaptak. A szakirodalom egységesen ezt a dokumentumot tartja a legmeghatározóbbnak az egészségfejlesztés szemléletének szempontjából, hiszen a WHO (*World Health Organization*) hivatalosan itt hirdetett meg először Egészségfejlesztési Programot. (87)

A WHO Nemzetközi kooperációt is hirdetett „Egészséget mindenkinek 2000-re, „Health for All by 2000” (HFA 2000) (1979), vagy a HEALTH21 /EGÉSZSÉG21 Egészséget mindenkinek a 21. században (1998) programjaival.

Itt meg kell említenünk olyan hazai országos cselekvési programokat, amelyek a maguk nemében modernnek voltak a közösségi prevenció területén:

1994 „A népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig”

2000 „Nemzeti Stratégia a kábítószer visszaszorítására”

2001-2010 „Az egészséges nemzetért népegészségügyi program”

2003 „Az Egészség Évtizede Nemzeti program”

2006 „Közös kincsünk a gyermek” - Nemzeti Csecsemő és Gyermek-egészségügyi Program

2006 „Nemzeti Rákellenes Program”

2008 „Lelki Egészség Országos Programja–LEGOP”

2010 „Simmelweis Terv”

Mindez azt bizonyítja, hogy a korszerű egészségnevelés gyakorlatának nyomon kell követnie a társadalmi fejlődéssel, változással járó folyamatokat. Az egészségnevelés gyakorlata tematikai súlypontáthelyezést, módszerbeli váltást igényel. A gondolkodási műveletet kikapcsoló, „tekintélyre alapozó” egészségnevelés ideje lejárt. A mai körülmények között nemcsak szomatikus egészségvédelemre, hanem egy egészséges személyiség kialakítására van szükség. Az egészséges személyiség legfontosabb tulajdonsága, hogy a folyamatosan változó feltételek mellett képes a relatív egyensúlyi állapotot megőrizni. Az egészséges személyiséget úgy is nevezzük, hogy „érett, integrált személyiség”, vagyis integrált módon képes észlelni az élet történéseit, mintegy folyamatában látni és elhelyezni azokat a változások tükrében. Továbbá azt is

jelenti, hogy az egyén képes az ellentétes nézetek összehangolására. Nem feltétlenül azonosul velük, nem is minden esetben képes elfogadni azokat, de a másik nézőpontot is képes értelmezni. Nélkülözhetetlen az egészséges személyiség működéséhez az érzelmi intelligencia bizonyos szintje is. Ez megnyilvánul például abban, hogy az egyén képes saját érzelmeit kontrollálni, illetve saját és mások érzelmeit értékelni, valamint azokra megfelelően reagálni. Mindenekelőtt le kell szögezni, hogy nem arról van szó, hogy az egyén élete minden szempontból problémamentes legyen. Természetesen nem erről van szó, hiszen az élet történései vagy változásai – akár pozitívként, akár negatívként éljük is meg azokat – folyamatosan zajlanak. Ha csak olyan változások történének életünkben, amelyek nem kívánnak erőfeszítést, akkor nem is fejlődünk. Ha nem volnának konfliktusok életünkben, a konfliktusmegoldó képességünk nem is fejlődne. A pozitív fejlődés inkább azt jelenti, hogy életünk történései személyiségünkön belül olyan karakterjegyek megerősödését vonják maguk után, amelyek elősegítik az alkalmazkodást és az egészséget. Ilyenek például a kompetencia, az önbecsülés, a kreativitás vagy a társas kapcsolatépítési készségek. A kompetens viselkedés tehát nem azt jelenti, hogy kikerüljük a problémás helyzeteket, hanem hogy egyre hatékonyabban vagyunk képesek megoldani azokat. Ha pedig ez nem sikerül, akkor ezt tudomásul vesszük, mint egy kevésbé hatékony próbálkozást, és ezzel gyengeségeinket is a személyiségfejlődési, tanulási folyamat részeként könyveljük el. (90)

Ahhoz, hogy az egyén képes legyen kompetens viselkedésre, mindenekelőtt életvezetési készségekre van szükség, azaz egyéni és társas készségek hatékony használatára az életproblémák megoldására készítő helyzetekben.

Megfogalmazhatjuk a társadalom és az egészségnevelés kapcsolatát úgy is, hogy a társadalom elvárja minden egészségügyi dolgozótól, a közoktatás, a felsőoktatás területén dolgozó szakemberektől, hogy az egészségnevelés gyakorlatát a mindennapi szakmai tevékenységük szerves részévé tegyék. Így válik az egészségnevelés az egészségügyi dolgozók szaktevékenységének immanens elemévé. (91)

2.15 A szülésznők egészségnevelésének társadalmi jelentősége

Az előbbi gondolatokból egyértelműen adódik a szülésznői felelősség. A hallgatók tanulmányaik során olyan ismereteket sajátítanak el, amivel megalapozzák hivatásuk

magas szinten történő gyakorlását, és e tendencia – remélhetőleg – a tanulmányok folytatása során tovább erősödik. A végzést követően, az adott szakterületen dolgozó diplomások – vélhetően – valamennyien sajátjuknak érzik majd azt a szemléletet, amely a fenntartható egészség alapját képezi. A hallgatók vélemény- és attitűdformáló hatása, példaképszerupe az egészséggel kapcsolatos ismeretek és szemlélet formálásában nemcsak leendő hivatásukban, hanem rajtuk keresztül a hozzátartozók, a tágabb népesség körében is érvényesül. A legújabb epigenetikai kutatások azt igazolták, hogy a környezeti tényezőknek generációkon átívelő hatása van, ami egy újfajta felelősséget, de lehetőséget is ad a szakemberek számára. (92) Éppen ezért az egészségnevelés fontosságának nemcsak az elméleti tudományterületeken van kimagasló jelentősége. A gyakorlatra helyezett jelentősége ugyanolyan fontossággal rendelkezik. Az egészségneveléssel hivatásszerűen foglalkozó egészségügyi szakembereknek, így a szülésznő hallgatóknak is, számos forrásból kell hiteles tudást, ismeretet gyűjteni a négy éves, diplomát adó képzésük során. Ezen ismeretek birtokában jogosulttá válnak, hogy a hozzájuk forduló pácienseknek az egészségneveléssel kapcsolatos ismereteiket átadják. Megfelelő elméleti tudást kapnak arra vonatkozóan, hogy önálló kompetenciájukként egészségfejlesztésre képes szakemberekké váljanak a primer és secunder, vagy akár a terciar prevenció területén.

A primer prevenció szintjén a szülésznők képesek tanácsot adni, segítséget, irányt nyújtani a várandósság és gyermekágyi időszak alatti egészséges életmóddal, az egészséges táplálkozással, a testmozgással, a személyi higiéniával, a lelki egyensúly fontosságának hangsúlyozásával kapcsolatban. (93)

Lehetőségük van a várandósta felkészíteni a szülésre, az újszülött fogadására. Fontos kiemelni, hogy mindezt a holisztikus szemléletmód, kialakításával tegyék a szülésznők. A szülésznők feladata nemcsak a várandósság alatti helyes életmódra, a szülésre, hanem a szülésre történő felkészítés is. Az egyéni, a párban, és csoportosan, valamint a hagyományos felkészítési módszereken túl új felkészítő elemek (94) is megjelennek a szülők szülésre felkészítésében.

Elengedhetetlen a szülész-nőgyógyász szakorvos és a szülésznő szoros együttműködése, valamint az is, hogy azonos szakmai alapelveket, protokollokat képviseljenek, azonos preventív szemlélettel rendelkezzenek, mellyel a várandós számára segítséget tudnak nyújtani, hogy a kilenc hónap örömben, boldogságban, kiegyensúlyozottságban teljen.

Az egészségesebb és sikeresebb életvezetés elérése érdekében a családot is be kell vonni ebbe a munkába, és segíteni kell a preventív szemlélet kialakításában.

Kiemelt feladat továbbá minden hozzánk forduló ember segítése az egészséggel kapcsolatos döntéseik meghozatalában és megvalósításában.

A szekunder prevenció keretén belül fontos kiemelni, hogy egy alapos anamnézis felvételével, egy precíz nyomon követéssel, megfigyeléssel, közre tud működni a szülésznő az elváltozások, betegségek korai felismerésében, ezáltal segítségére lenni a szakorvosnak. (93, 95)

A terciér prevenció terén a fő szerep a szakorvosoké, hiszen itt a gyógykezelés a meghatározó. Egy jó szülésznő azonban ezen a területen is megtalálja a számára fontos feladatokat, hiszen azáltal, hogy felhívja a várandós nő figyelmét a gyógykezelések, vizsgálatok fontosságára, az orvos által előírt gyógyszeradagolások pontos betartására, ezzel már sokat tett az anya, és a gyermeke életminősége, egészségi állapota javítása érdekében. (93)

„A szakemberek közötti közös munka, a család, a szakemberek részéről egyaránt indokolt, hiszen a sikeres együttműködés, a jó munkakapcsolat, a családok elégedettsége, a közösen megfogalmazott célok elérése csak úgy lehetséges, ha az együtt dolgozó szakemberek ismerik és tiszteletben tartják egymás kompetenciáját, lehetőségeit”. (96)

2.16 A szülésznői hivatás képviselőinek kötelességei

Az erkölcsi-etikai szabály minden hivatásnak integráns része, de egyes hivatások, esetében e szempontok magasabb szintre emelkednek.

Az élet és az egészség, valamint annak védelme az ember alapvető értékei közé tartozik. Ez az értékjelleg biztosítja a gyógyító társadalmi presztízsét is. Mára már azonban érthető, hogy a gyógyító és gyógyított „mágikus” szerepe fellazult, veszített a felépített magaslathból. A gyógyításra szoruló személy egyre inkább „érti” az organizmus működését, egyre kevésbé érzi kiszolgáltatottságát, nem egyszer maga is részesévé válik a gyógyító/egészségvédő munkának, a megelőző, gyógyító tevékenység együttműködését, aktivitását igénylik. Mégis, vagy éppen ezért más megítélésben részesülnek azok a személyek, akik e hivatást gyakorolják.

Nekik elsősorban önmagukkal szemben kell megfogalmazniuk értékrendjüket, amelyben ötvöződik a hivatásbeli, szakmai és erkölcsi felelősség, mert ez modellként is fog szolgálni. A „szakértői magatartás” csak állandó ön- és továbbképzés mentén tartható fenn. Fontos az etikai elvek és értékek tisztázása önmaguk és mások irányában. Ebben a realitás talaján kell állni, amelyhez az önértékelési képesség fejlettségére is szükség van. Maga a gyógyítás is, de az egészséges életmódra való rávezetés sajátos „szemtől-szembe” („*face to face*”) helyzetben zajlik, azaz nemcsak szóbeli közlések alapján, de „testbeszéddel” is közölnek információt. Különösen az érzelmek átsugárzása, a megnyugtató, a jóindulatú törődés „minősíti” ezt a kapcsolatot. Csak őszinte, valószerű (Carl Ransom Rogers amerikai pszichológus szerint: kongruens) viselkedés indíthatja el a segítő-támogató-nevelő kapcsolatot. Alapkövetelmény a hivatás, a hivatás értékeinek, méltóságának, becsületének védelme. (83)

2.17 Kompetencia, mint új fogalom megjelenése

Olyan világban élünk, ahol ismeretek, információk hatalmas tömege mind gyorsabban jön létre és válik elérhetővé, ezért az embereknek egyre kevésbé van szükségük arra, hogy az ilyen ismereteket memorizálják. Ez a felismerés magyarázza azt az erősödő tendenciát, hogy a tényszerű ismeretek tanításával szemben a kompetenciák fejlesztése válik egyre inkább hangsúlyossá. Számptalan megközelítése ismert, de mindegyikben közös a tudás megszerzésére irányuló figyelem és annak alkotó művelése. Az utóbbi évtizedben használata bekerült az oktatás világába, ahol gyakran vonatkozik bizonyos képességekre, amely hatékony cselekvést tesz lehetővé. Ugyanakkor, ma már nem a tudás önmagában az, ami számít, hanem annak használata, alkalmazása. Ezért ma „*A kompetenciát úgy kell tekinteni, mint olyan általános képességet, amely a tudáson, a tapasztalaton, az értékeken és a diszpozíciókon alapszik, és amelyet egy adott személy tanulás során fejleszt ki magában.*” (97)

2.17.1 A kompetencia általános értelmezése

Az általános értelmezés szerint a kompetencia jelentése: *illetékesség, jogosultság, szakértelem.* (Magyar Értelmező Kéziszótár) A kompetencia latin eredetű szó, fogalmának többféle értelmezése van. Lehet általános, hétköznapi jelentése (alkalmasság, ügyesség) de létezik oktatáspolitikai általi „definíciója” és van

tudományos relevanciájú, kutatásokra épülő meghatározása is. Egy-egy szakterületen pl. közgazdász, pedagógus, egészségügyi szakember, az adott szakma képviselőjének hozzáértését, alkalmasságát jelenti. (98)

Hazánkban Nagy József munkásságának köszönhetően a kompetenciafogalom széles körben gazdagodott a személyiség funkcionalitása mentén. Megfogalmazása szerint a „kompetencia valamely funkciót szolgáló motívum- és tudásrendszer (képesség- és ismeretrendszer). A motívumrendszere a döntés, a képességrendszere a kivitelezés, az ismeretrendszere pedig mindkettő feltétele és eszköze.” (99)

Értelmezése szerint kétfajta kompetencia között kell különbséget tennünk:

- a. Az egész személyiség egzisztenciális (létfontosságú) alapkompenciái
 - személyes (perszonális) kompetencia
 - szociális kompetencia
 - kognitív kompetencia
 - szakmai kompetencia
- b. A személyiség alaprendszerének kulcskompetenciái
 - nyelvi kulcskompetencia
 - személyes kulcskompetenciák (önvédő, önellátó, önismerő, önfejlesztő)
 - kognitív kulcskompetenciák (tudásszerző, tudásfeltáró, gondolkodási, tanulási)
 - szociális kulcskompetenciák (kommunikatív, proszociális, együttélési, érdekérvényesítő). (100)

2.17.2 Az egészségfejlesztés sajátos kompetenciakört takar

A kompetencia optimális *működésbeli rátermettséget*, eredményes magatartást jelent. Tágabb értelemben a „mit” egyszerű tudásán túl a „hogyan” tudását is magába foglaló integratív tudást. A robbanásszerű tudományos, technikai fejlődés, a gyors átalakulások, az egészségfejlesztés területén is paradigmaváltásra kényszerítenek. Egyre inkább fontossá válik, hogy az egészségnevelési-egészségfejlesztési céljainkat miként lehet hozzákötni a piacképes, szociális, társadalompolitikai megfontolásokhoz, igényekhez, értékekhez. A tudásról alkotott ismereteink is bővülnek: az agykutatás, a kognitív

pszichológia, a motivációkutatás és más tudományterületek kutatási eredményeivel egyre többet tudunk a gondolkodási műveletekről, a képességek fejleszthetőségéről, így beszélünk *életvezetési kompetenciáról*. Az egészségfejlesztés nyelvén ez jelenti az életvitelhez és a hivatáshoz (foglalkozáshoz) szükséges alapkészségek és képességek kialakítását, megszerzését, ahol prioritást élvez az egészségvédő készségek elsajátítása és a mindennapos tevékenységbe való illesztése.

Ha kompetenciákat, a képességfejlesztést rangsorba rendezzük: akkor az alapot a testi adottságok, biológiai képességek képezik, erre épülnek a lelki-szellemi (értelmi, érzelmi, akarati) képességek, majd végül a cselekvést megelőző állásfoglalások (attitűd) és az életben való boldogulás tevékenységei. Más szóval: *egészséges életmódra történő nevelés nélkül semmiféle kompetencia nem lehet biztonságos*.

Tágítva ezt a gondolatkört: az egészségnevelés már nemcsak diszciplináris (orvosi, egészség tudományi) hanem interdiszciplináris tudomány, ami szisztematikus, integrált kutatásokat, elemzéseket, eredmények feldolgozását igényli. Megköveteli a magas szintű kutatómunka végzését, az összehasonlító elemzéseket, következtetések levonását, annak alkotó módon való beépítését a kompetencia szintű egészségfejlesztésbe.

Nagyobb szerepet kapnak azok a módszerek, amelyek az emberek aktivizálására képesek. Azaz: a megfelelő motiválással megalapozott egészség tudományi ismeretek közlését, a konkrét élethelyzetre szóló tanácsadást, a helyes magatartásra való hangolás céljából. Nem nélkülözheti a menedzsment feladatokat, az ágazatközi együttműködések sem. Együttműködő a prevenciós szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, lebonyolításában.

Birtokolja a népegészségügyi tevékenység tudományos alapját jelentő és az ahhoz kapcsolódó módszertani és gyakorlati ismereteket a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében. (89)

2.17.3 Kompetencia fogalmának jelentősége az egészség tudományi képzésben a szülésznő szakirányon

A kompetencia olyan teljesítményképes tudásként értelmezhető, amely az elsajátított tudás és a meglévő adottságok, készségek valamely konkrét, életszerű környezetben való alkalmazásának képességét jelenti. (101)

Különösen igaz ez a megállapítás az egészségtudományi képzésben, azon belül is a szülésznői szakirányon, hiszen az egészségügyi dolgozókon belül is külön szegmenst jelentenek. Gondolhatunk itt az érzelmi megnyilvánulások gyors egymásutániságára (öröm, fájdalom, bánat), amelyhez szükséges a mentális felkészültség is. Egy olyan területről van szó, ahol e speciális készségek szoros összefüggésben vannak a korszerű egészségszemlélet alakításával, az egészségnevelés gyakorlatával, az egészséges személyiség kimunkálásával, amelyekről már korábban is szó volt. Ehhez nélkülözhetetlenek a személyes kompetenciák (elhivatottság, érzelmi stabilitás, tűrőképesség, önbizalom), a társas kompetenciák (empátiás készség, kapcsolatteremtő képesség, helyzetfelismerés, lényeglátás, gyakorlatias feladatértelmezés) megléte és interiorizálása.

Ennélfogva rendelkezniük kell azzal a korszerű egészségszemlélettel, amelyben fontos a komplex egészségfogalomra alapozott egészségnevelési ismeretek megszerzése. Szerepkörükénél fogva az egészségkultúrát modellként kell közvetíteniük és alkalmazniuk, amely megkívánja a hiteles, szakmai, egészségtudományi felkészültséget. Ki kell alakítaniuk a tudományos, hiteles érvelés képességét is. Saját szakterületükön legyenek képesek összefüggések felismerésére, az eredmények, tapasztalatok értékelésére, az egészségessé tevő erőforrások motiválása érdekében. Képesé kell válniuk, hogy gyakorlottak legyenek a mindennapos egészségvédelem tennivalóiban.

A mai korszerű körülmények között ezen a területen is szükség van egészségmegőrző projektek kidolgozására is, emellett prevenciós modellek megválasztására, azok alkalmazására. (89)

3 CÉLKITŰZÉSEK

Az értekezésben, a magyarországi kórházakban, klinikákon dolgozó szülésznők szülésznői végzettséggel rendelkezők egészségi állapotának jellemzése, életmódjuk, egészségmagatartásuk elemzése, összefüggések feltárása az egészségkultúra, egészségmagatartás és a rizikófaktorok között, valamint a munkaköri ártalmak, stressz tényezők, kiégés veszélyének feltérképezése során az alábbi célkitűzéseket fogalmaztam meg:

1. A szülésznők a hivatásuk gyakorlása során az évek múlásával mennyire foglalkoznak egészségmagatartásukkal, az egészségkultúrával, fontosnak tartják-e az egészséges életmódot?
2. Részt vesznek-e a különböző szűrővizsgálatokon annak tükrében, hogy a diploma megszerzését követően önállóan végezhetnek egészségneveléssel kapcsolatos tanácsadásokat a hozzájuk forduló páciensek körében?
3. A pszicho-szociális munkakörnyezetben dolgozó szülésznők körében gyakrabban fordul-e elő egészségre káros magatartásforma, mint pl. a dohányozás, túlzott kávéfogyasztás?
4. A szülésznőknél a munkahelyi pszichés és fizikai terhelés növekedésének hatására romlik-e és, ha igen milyen mértékben az egészségi állapot?
5. Ma az egészségügyben dolgozó szülésznőknek munkakörülményei, befolyásolják-e a kiégési szindróma kialakulását?
6. Az egészségügyben dolgozó szülésznők megbecsültsége, túlterheltsége hozzájárul-e a kiégés kialakulásához?
7. Van-e összefüggés a munkában eltöltött évek száma és a kiégés dimenziói között?
8. A szülésznők körében létezik-e és ha igen, milyen mértékben a kiégés jelensége?

4 MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER

A budapesti és vidéki egészségügyi intézmények szülészeti és nőgyógyászati osztályain az intézetvezető orvos igazgatók, intézetvezető ápolók, valamint az osztályvezető főorvosok engedélyével egyenlő arányban osztottam ki 500 darab, két különböző típusú kérdőívet részben személyesen, részben a vezető szülésznők segítségével.

Az első kérdőív egy 35 kérdésből összeállított saját készítésű, strukturált felépítésű, önkitöltős, anonim kérdőív volt, mely két részből tevődik össze. Az első részben az általános szociális adatokkal foglalkoztam, míg a második részben a szülésznők egészségi szokásaira, egészségmagatartására kérdeztem rá. A kérdőív zárt és nyitott kérdéstípusokat egyaránt tartalmazott. A kitöltőknek a számukra megfelelő választ vagy válaszokat, zárt kérdések esetén előre magadott lehetőségek közül kellett kiválasztani, míg nyitott kérdéstípusok esetén tömören saját szavaikkal fogalmazhatták meg gondolataikat.

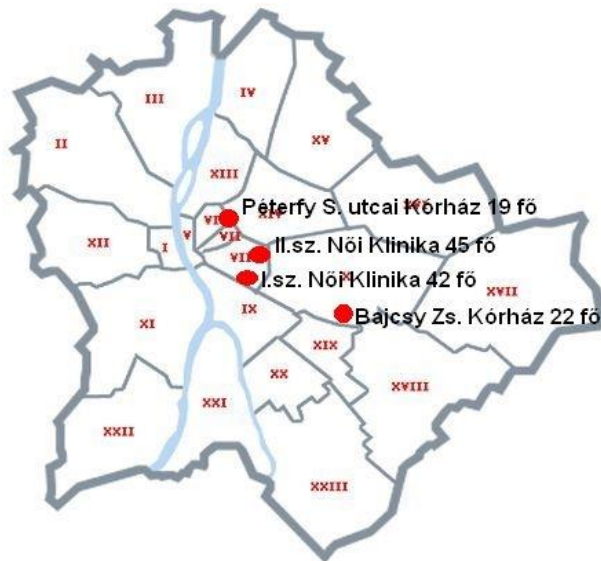
A második kérdőív a 22 tételt tartalmazó, kifejezetten a humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégettségének vizsgálatára kifejlesztett Maslach és Jackson által összeállított Maslach Burnout Inventory (MBI) kérdőív volt. A válaszadóknak egy hétfokú Likert-típusú skálán kellett válaszaikat megjelölni. Mindegyik dimenzióhoz alacsony, közepes és magas átlagérték kategóriák tartoznak, előre magadott kiértékelési utasítással. A 22 tétel közül az érzelmi kimerüléshez 8, a deperszonalizációhoz 5, míg a személyes hatékonysághoz 9 tétel tartozik.

4.1 Statisztikai analízis

Az eredmények abszolút számok, százalékos arány, átlag és szórás valamint a Spearman-féle korrelációs együttható formájában szerepelnek. Az adatokat a vizualizáción kívül statisztikai analízisnek is alávettem az IBM SPSS 23. statisztikai programcsomag segítségével. Ezzel a standard korreláció paramétereit és a szignifikancia szinteket állapítottam meg. Akkor tekinthető a populációra jellemzőnek, ha a szignifikancia érték (p) kisebb, mint 0,05.

5 EREDMÉNYEK

A 2012. március 1. – 2012. július 30. között végzett kutatás 4 fővárosi és 7 vidéki kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán dolgozó 500 szülésznő körében történt. A vizsgálatba bevont szülésznők 26,5%-a (128/500) a fővárosban 23,2%-a (116/500) az ország nyugati és 6,2%-a (31/500) az ország keleti felében dolgozik.



4. ábra: A kutatásban résztvevő egészségügyi fekvőbeteg ellátó budapesti intézmények területi megoszlása

n= 128 fő



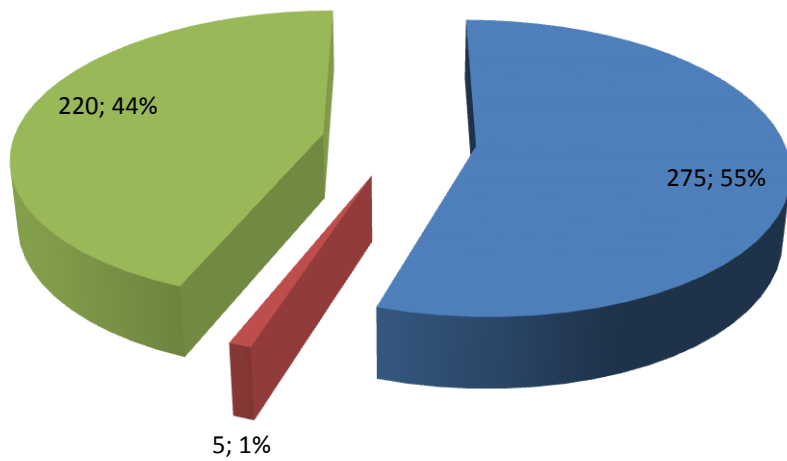
5. ábra: A kutatásban résztvevő egészségügyi fekvőbeteg ellátó vidéki intézmények területi megoszlása

n= 147fő

A vizsgálat során az általános szociodemográfiai adatokra és a szülésznők egészségi szokásaira, egészségmagatartására irányuló 35 kérdésből álló saját készítésű önkitöltős kérdőívet, valamint a kifejezetten humanszolgáltató szektorban dolgozók kiégettségének vizsgálatára kifejlesztett, könnyen kitölthető és jól értékelhető, 22 tételt tartalmazó MBI kérdőívet használtam.

Az 500 kiosztott kérdőív 56 %-a (280/500) érkezett vissza, melyek 98%-a (275/280) bizonyult értékelhetőnek. Az értékelésből a hiányosan kitöltött öt kérdőívet kizártam. Ennek oka, hogy a hiányos kérdőívek több mint 50%-ára nem kaptam választ a kutatás során. A hiánytalanul kitöltött kérdőívek száma 275 (55%), a hiányosan kitöltött kérdőívek száma 5 (1%), míg a vissza nem érkezett kérdőívek száma 220 (44%).

■ hiánytalanul kitöltött kérdőívek ■ hiányosan kitöltött kérdőívek
■ vissza nem érkezett kérdőívek



6. ábra: A kiadott és visszaérkezett kérdőívek megoszlása
(n=500)

A 2. táblázat adatai azt mutatják, hogy a feldolgozásra került 275 kérdőív között, akadtak olyanok, akik egy-egy kérdéstípusra nem válaszoltak. Mindig csak a tényleges, valós válaszokat vettem alapul, ezért bizonyos kérdéstípusok esetén az elemszám ennek függvényében változott. A „Sorszám” megnevezésű oszlop zárójeles részébe azokat a sorszámadatokat jelöltem, amely szerint az általam készített kérdőívben szerepelnek (1. melléklet).

2. táblázat: A visszaérkezett és feldolgozásra került kérdőívek esetén az egyes kérdésekre nem válaszolók megoszlása

Sorszám (kérdéssor szerinti sorszám)	Kérdések	Feldol- gozott válaszadók száma	Nincs adat (Na) Budapest	Nincs adat (Na) Vidék
1. (1.)	A válaszadók életkori megoszlása	273	1	1
2. (1.)	A válaszadók családi állapot szerinti megoszlása	274	1	0
3. (2.)	A szülésznőképzés területén milyen iskolai végzettséggel rendelkeznek?	274	1	0
4. (1.)	Egészségügyben eltöltött évek száma?	268	2	5
5. (5.)	Ön dohányzik?	255	5	15
6. (8.)	Fogyaszt-e Ön alkoholt?	255	5	15
7. (9.)	Fogyaszt-e Ön kávé?	255	5	15
8. (31.)	Mennyire érzi megbecsültnak magát választott hivatása tükrében?	273	2	0
9. (30.)	Mennyire érzi magát elégedettnek a választott hivatásában?	272	2	1
10. (16.)	Hogyan jellemezné egészségét?	274	0	1
11. (19.)	Részt szokott-e venni egészségügyi szűrővizsgálatokon?	255	5	15
12. (11.)	Megítélése szerint Ön egészségesen táplálkozik?	270	1	4
13. (25.)	Mennyi időt alszik naponta?	274	1	0

A kutatás során nem tettem különbséget, hogy a szülésznői végzettséggel rendelkezők a szülészet-nőgyógyászaton belül mely területen dolgoznak. A kérdőívek 56%-át (154/275) a szülőszobán, 65,5%-át (180/275) a szülészet-nőgyógyászati osztályon és 13,8%-át (38/275) a szülészethez tartozó ambulanciákon dolgozó szülésznők között osztottam ki. A válaszadók közül többen jelölték, hogy a szülőszobán és osztályos munkakörben is dolgoznak párhuzamosan. A kérdőív kiosztása 30% (150/500) személyesen, 70% (350/500) az intézetvezető, vagy osztályvezető főnövérek segítségével az adott intézet/osztály igazgatójának/osztályvezető főorvosának engedélyével történt.

3. táblázat: A szülőszobai munkaterületen dolgozó szülésznők számának megoszlása

Szülőszoba	Gyakoriság	%-os megoszlás	Valid Percent	Cumulative Percent
igen	154	56,0	56,0	56,0
Valid nem	121	44,0	44,0	100,0
Total	275	100,0	100,0	

4. táblázat: A szülészet-nőgyógyászatban dolgozó szülésznők számának megoszlása

Osztály	Gyakoriság	%-os megoszlás	Valid Percent	Cumulative Percent
igen	180	65,5	65,5	65,5
Valid nem	94	34,2	34,2	99,6
999	1	0,4	0,4	100,0
Total	275	100,0	100,0	

5. táblázat: Az ambulanciákon dolgozó szülésznők számának megoszlása

Ambulancia	Gyakoriság	%-os megoszlás	Valid Percent	Cumulative Percent
igen	38	13,8	13,8	13,8
Valid nem	237	86,2	86,2	100,0
Total	275	100,0	100,0	

A saját készítésű kérdőív adatainak elemzése

A szociodemographiai adatok és az egészségkultúra felmérésére kiosztott kérdőívek közül 280 érkezett vissza, melyből 275 volt értékelhető.

6. táblázat: Saját készítésű visszaérkezett kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása

(n=275)

A saját készítésű önkitöltős visszaérkezett kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása							
Sorsz.	Főváros	Vidék	Összesen (fő)	Iskolai végzettség szerinti megoszlás			
				Szülésznő	OKJ 5.4.	OKJ 5.5.	BSc
1.		Siófok	20	11	2	7	0
2.		Tatabánya	23	9	5	5	4
3.		Jászberény	7	0	3	4	0
4.		Dombóvár	6	4	0	2	0
5.		Pécs	49	18	17	7	7
6.		Cegléd	24	17	3	4	0
7.		Nagykanizsa	18	11	3	3	1
		Összesen:	147	70	33	32	12

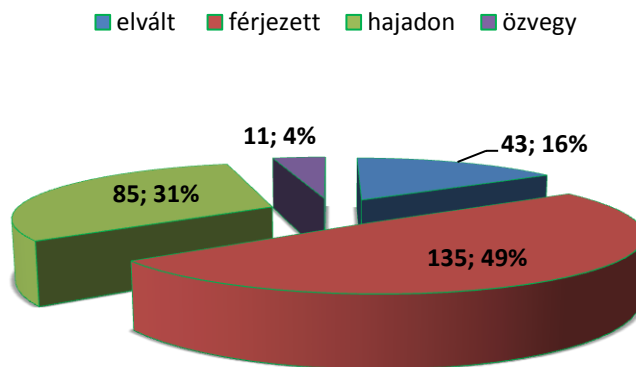
8.	I.sz. Női Klinika		42	14	3	11	10
9.	II. sz. Női Klinika		45	16	5	14	10
10.	Bajcsy Zs. Kórház		22	16	4	5	2
11.	Péterfy S. utcai Kórház		19	11	3	2	2
		Összesen:	128	57	15	32	24
		Mindösszesen:	275	126	48	64	36

A megkérdezett szülésznők átlagosan 19,8 éve vannak a pályán. A legfiatalabb 1 éve, a legrégebben dolgozó 42 éve dolgozik szülésznőként. A szülészet-nőgyógyászat különböző területein 20-30 éve dolgozó szülésznők aránya több mint 50%-ra tehető (6. táblázat).

7. táblázat: Egészségügyben eltöltött évek megoszlása a válaszadók megoszlása alapján

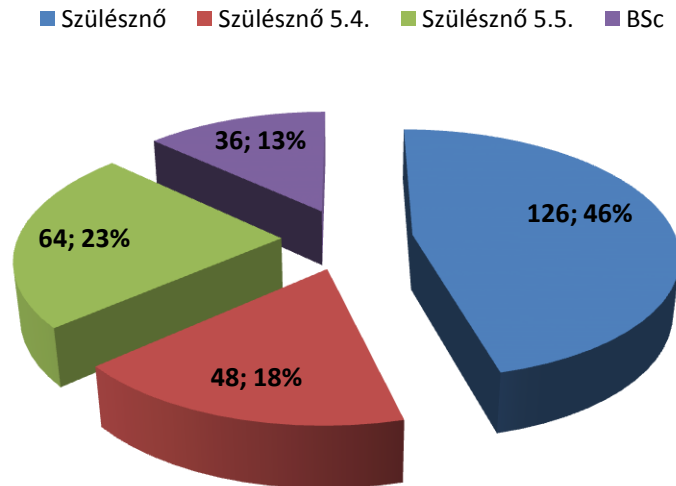
	Gyakoriság	%-os megoszlás	Valid Percent
- 4	32	11,6	11,9
5- 9	31	11,3	11,6
10-19	54	19,6	20,1
20-29	82	29,8	30,6
30-	69	25,1	25,7
Total	268	97,5	100,0

A családi állapotra vonatkozó kérdésre egy kivétellel mindenki válaszolt. A válaszadók közel fele (49%; 135/274) családban él, közel egyharmada (31%; 85/274) hajadon, 16 %-a (43/274) sikertelen párválasztás után vált el, míg 4% (11/274) özvegy.



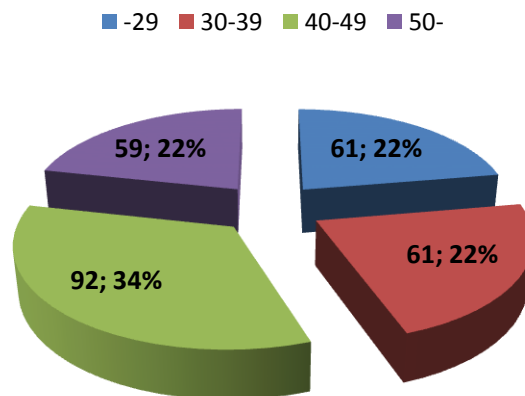
7. ábra: A válaszadók családi állapot szerinti megoszlása
(n=274)

A kutatásban résztvevő szülésznők között a BSc szakot végzettek aránya a legalacsonyabb. Az iskolai végzettség tekintetében magas azon dolgozó szülésznők aránya, akik a 10 hónapos (Szülésznő) illetve kettő éves OKJ (Szülésznő 5.4.) szülésznői végzettséget szereztek.



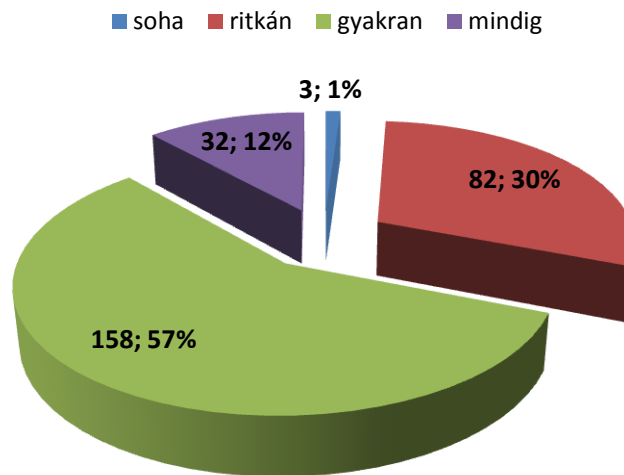
8. ábra: A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása
(n=274)

A következő 9. ábra a válaszadók életkori megoszlását mutatja és szemlélteti. A vizsgálatban résztvevő szülésznők közül a legfiatalabb válaszadó 22, míg a legidősebb 62 éves volt. Az átlagéletkor 40,15 év.



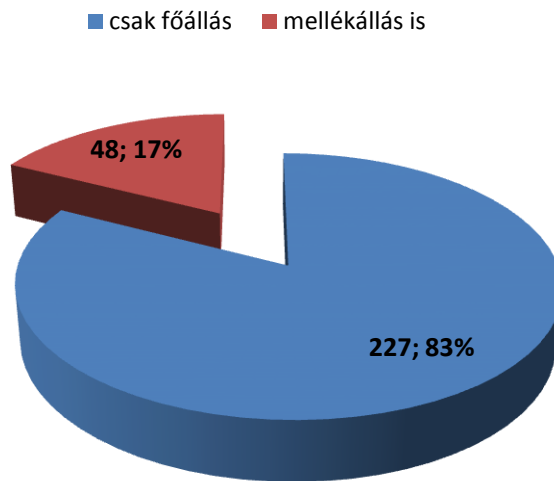
9. ábra: A válaszadók életkor szerinti megoszlása
(n=273)

Választ kerestem arra is, hogy a szülésznők körében a túlterheltség mennyire figyelhető meg, milyen mértékben van jelen. A 10. ábra jól szemlélteti, hogy a válaszadó szülésznők jelentős része (57,4%; 158/275) jelölte be a túlterheltség kérdésénél a „gyakran” kifejezést, míg összesen 3 fő adott olyan választ, hogy „soha” nem érzi magát túlterheltnek.



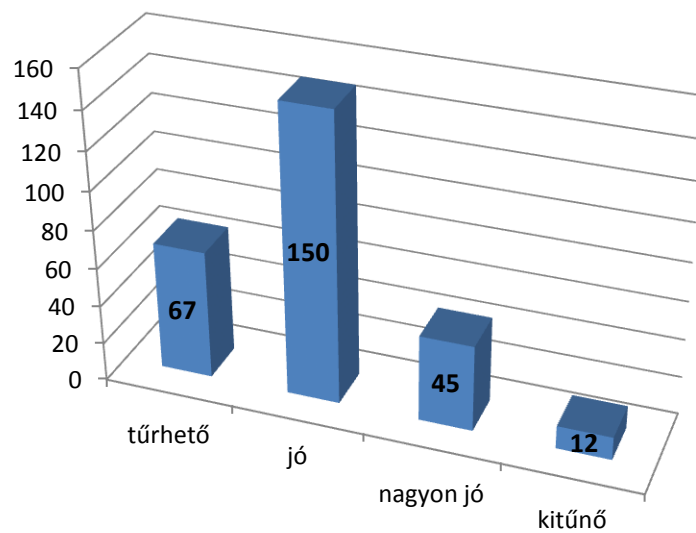
10. ábra: A túlterheltség-érzés megoszlása a válaszadók válaszai alapján (n=275)

A 275 megkérdezett szülésznő közül mindössze 48 fő (17%) nyilatkozott úgy, hogy a meglévő munkahelyén kívül mellékállást is vállal. Ezt szemlélteti a 11. ábra.



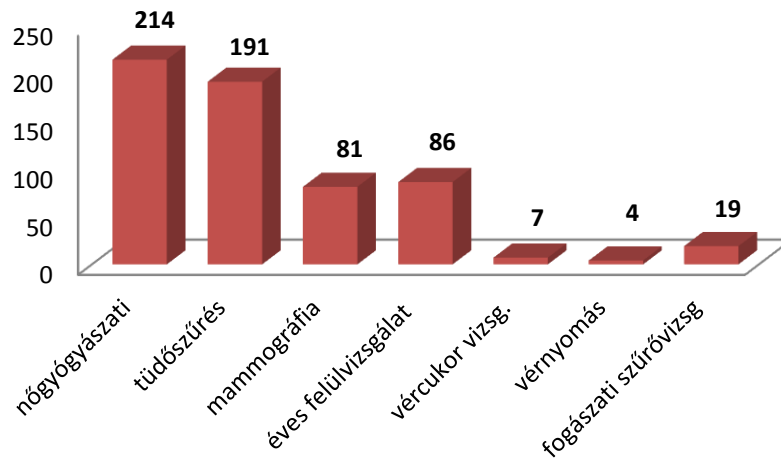
11. ábra: A válaszadók munkahelyen kívüli munkavállalásának megoszlása
(n=275)

A 12. ábrán azt szemléltetem, hogy a kutatásban résztvevő szülésznők milyenek ítélik meg egészségi állapotukat. A 274 válaszadó közül 150 fő jónak, míg 45 fő nagyon jónak ítélte meg egészségi állapotát.



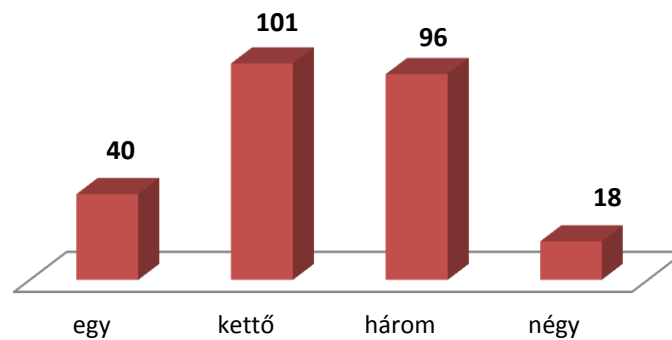
12. ábra: A válaszadók egészségi állapotának megítélése
(n=274)

Az egészségmagatartás szerves részét képezi a szűrővizsgálatokon való részvétel fontossága is. A szülésznők kimagasló számban vesznek ezeken részt, melyet a 13. ábra szemléltet.



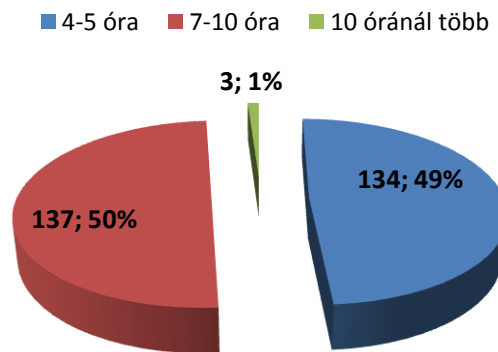
13. ábra: A válaszadók szűrővizsgálatokon való részvételének megoszlása
(n=255)

A szülésznők között magas a kettő vagy három szűrővizsgálaton résztvevők aránya is (14. ábra).



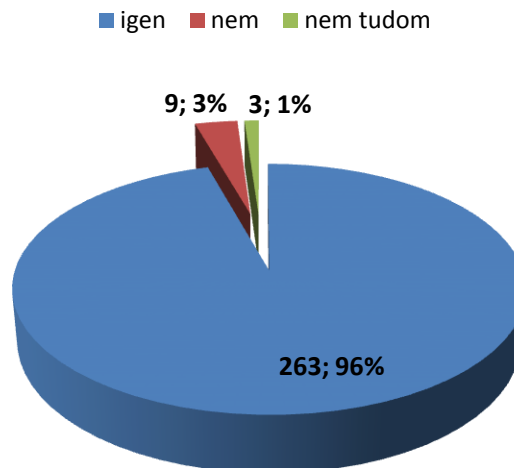
14. ábra: A válaszadók szűrővizsgálatokon való részvételének gyakorisága
(n=255)

A szülésznők alvási idejének megoszlását szemlélteti a 15. ábra, melyen jól látszik, hogy a szülésznői munkakört betöltő válaszadók fontosnak tartják, hogy megfelelő mennyiségű alvási időt biztosítsanak maguknak, mely elengedhetetlenül szükséges a megfelelő és biztonságos munkavégzéshez.



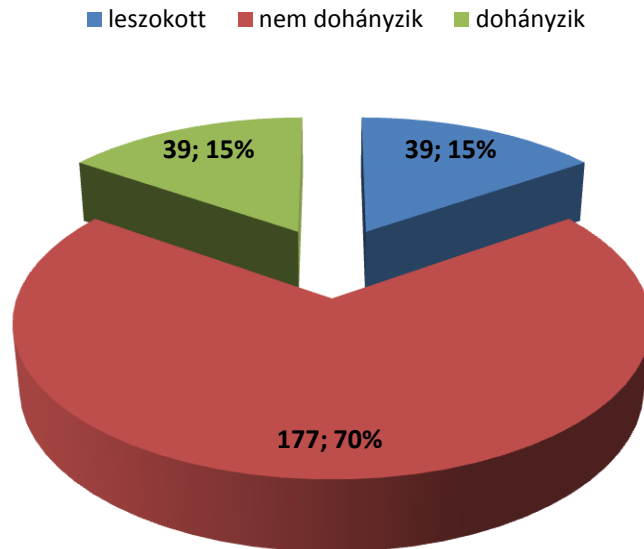
15. ábra: A szülésznők alvási idejének megoszlása
(n=274)

A következő 16. ábrán azt szeretném szemléltetni, hogy a válaszadók közül 96% jelezte, hogy fontosnak tartja az egészséges életmód meglétét.



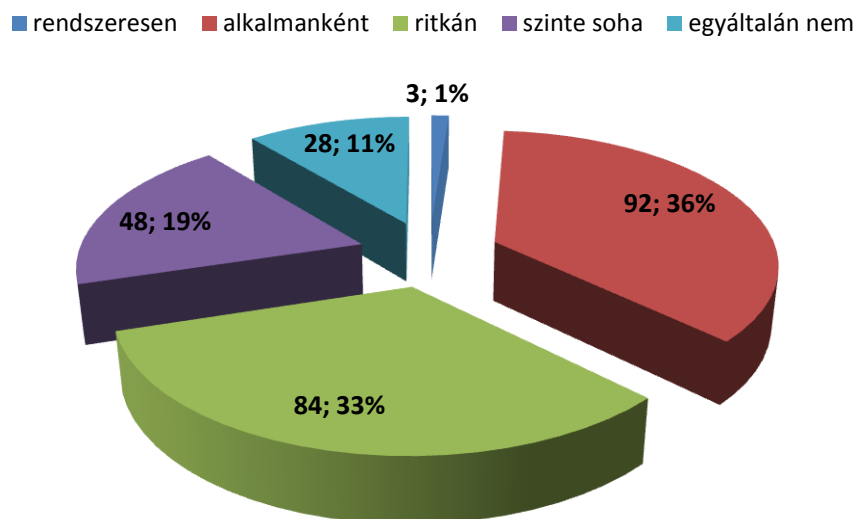
16. ábra: Az egészséges életmód meglétése
(n=275)

A dohányzást tekintjük a legelterjedtebb szenvedélybetegségek egyikének, amely sok áldozattal járó betegség kialakulását eredményezi.



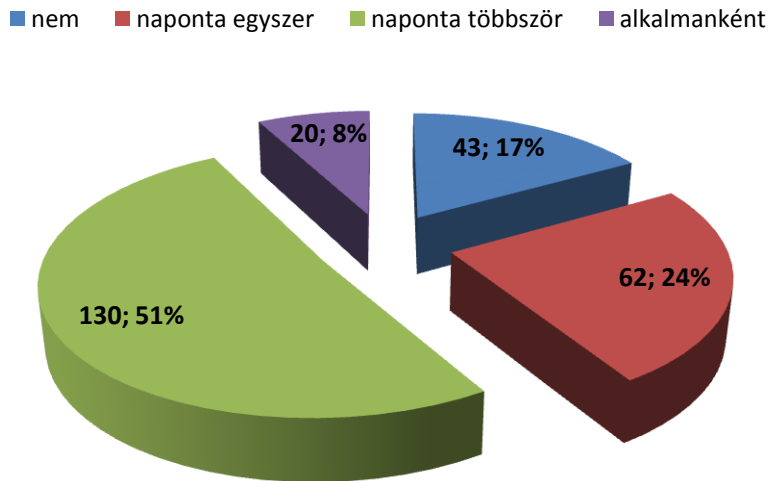
17. ábra: A szülész nők dohányzási szokásai
(n=255)

A megkérdezett válaszadók csupán 1%-a vallotta magát rendszeres alkoholfogyasztónak, amely annyira alacsonynak mondható, hogy a vizsgálat szempontjából nem releváns.



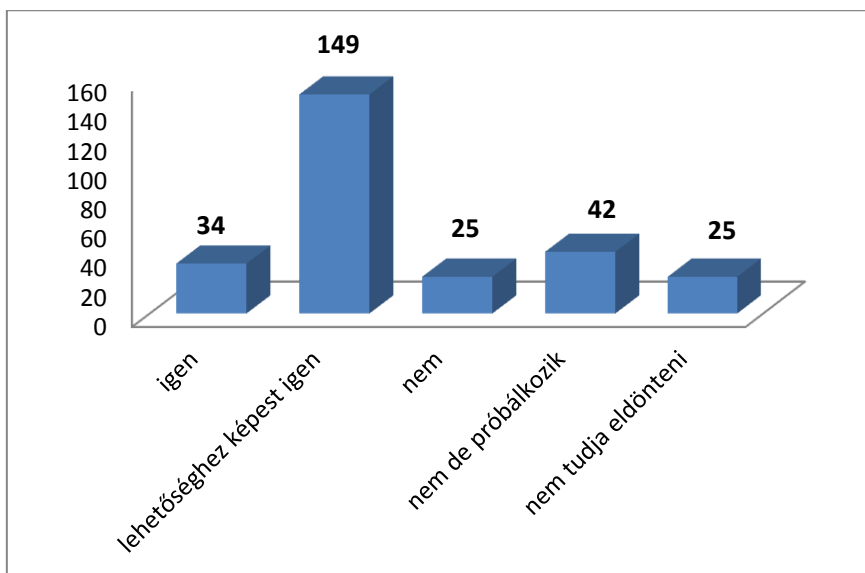
18. ábra: A megkérdezett szülész nők alkoholfogyasztási szokásai
(n=255)

A kávéfogyasztás tekintetében viszont jelentős eltérés látható, hiszen kiemelten magas a kávéfogyasztási gyakoriság. Ezen felül jelentős a napi többszöri kávéfogyasztók aránya, mint azt a 19. ábra szemlélteti, 51%.



19. ábra: Szülész nők kávéfogyasztási szokásai
(n=255)

A 20. ábrán látható, hogy milyen válaszarány megoszlást mutat a szülész nők körében egészséges táplálkozásuk megítélése.



20. ábra: A válaszadók egészséges táplálkozási szokásainak megítélése
(n=275)

Az MBI kérdőív adatainak elemzése

A kérdőívvel a kiégés vizsgálata volt a célom. A 8. táblázat az értékelhető 275 kérdőív területi és a végzettség szerinti megoszlást szemlélteti.

8. táblázat: MBI visszaérkezett kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása
(n=275)

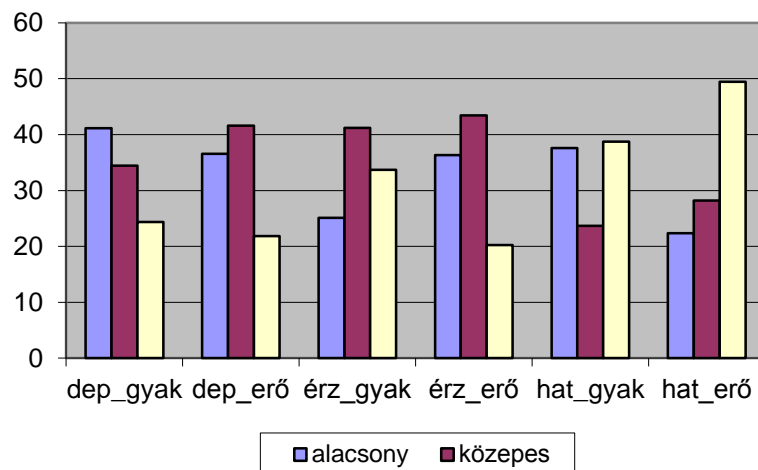
A kiégés szindróma vizsgálatára visszaérkezett értékelhető MBI kérdőívek területi és végzettség szerinti megoszlása							
Sorsz.	Főváros	Vidék	Össz. (fő)	Iskolai végzettség szerinti megoszlás			
				Szülésznő	OKJ 5.4.	OKJ 5.5.	BSc
1.		Siófok	20	11	2	7	0
2.		Tatabánya	23	9	5	5	4
3.		Jászberény	7	0	3	4	0
4.		Dombóvár	6	4	0	2	0
5.		Pécs	49	18	17	7	7
6.		Cegléd	24	17	3	4	0
7.		Nagykanizsa	18	11	3	3	1
		Összesen:	147	70	33	32	12
8.	I.sz. Női Klinika		42	14	3	11	10
9.	II. sz. Női Klinika		45	16	5	14	10
10.	Bajcsy Zs. Kórház		22	16	4	5	2
11.	Péterfy S. utcai Kórház		19	11	3	2	2
		Összesen:	128	57	15	32	24
		Mindösszesen:	275	126	48	64	36

A kérdőív alapján dimenzióként meghatározott, határpontok segítségével megállapíthatóak a kiégés paramétereireihez tartozó alacsony, közepes és magas szintek sávértékei. Az eredményeket a 9. táblázat foglalja össze, úgy, hogy a szinthez tartozó válaszolók számát az összes válaszoló számához viszonyítva százalékban fejezi ki.

9. táblázat: MBI dimenziók megoszlása és szintje a válaszadók százalékában kifejezve (n=275)

MBI dimenzió	MBI szinteken lévők %-os megoszlása			
	alacsony	közepes	magas	N
Deperszonalizáció gyakoriság	41	34	24	238
Deperszonalizáció erősség	37	42	22	238
Személyes hatékonyság gyakoriság	38	24	39	266
Személyes hatékonyság erősség	36	28	49	267
Érzelmi kimerülés gyakoriság	25	41	34	267
Érzelmi kimerülés erősség	36	43	20	267

A fenti táblázat diagram formában ábrázolva.



21. ábra: MBI dimenziók megoszlása és szintje grafikusán ábrázolva (n=275)

A 10. táblázat egy részletező táblázat, mely szintén a kiégés különböző dimenzióhoz tartozó összerendelt kérdés csoportok eredményeit szemlélteti, melyet az átlag és szórás eredményeinek meghatározásával egészítettem ki a részletesebb, átfogóbb kép elérése érdekében, amely konzekvensebb, megbízhatóbb eredményt ad.

10. táblázat: MBI dimenziók megoszlása és szintje a válaszadók válasza alapján átlag és szórás tekintetében

szintek		dep_ gyak	dep_ erő	érv_ gyak	érv_ erő	hat_ gyak	hat_ erő
alacsony	Átlag	2,90	3,78	11,72	16,42	5,09	7,93
	N	98	87	67	97	100	61
	Szórás	1,36	1,68	4,91	6,62	2,26	3,14
közepes	Átlag	7,89	9,95	23,63	31,91	11,49	16,90
	N	82	99	110	116	63	77
	Szórás	1,64	2,13	3,42	4,08	1,69	1,95
magas	Átlag	17,05	18,85	38,62	46,70	23,78	28,35
	N	58	52	90	54	103	135
	Szórás	6,48	2,94	6,91	5,33	9,85	9,84
total	Átlag	8,07	9,64	25,69	29,27	13,84	20,56
	N	238	238	267	267	266	273
	Szórás	6,52	6,00	11,59	12,39	10,41	10,98

A konzekvens válaszok szinte egy irányba tolják az adott válaszadó pontjait az egyes dimenziók esetén. Az elemzés alapján úgy tűnik, hogy a kiégési-szindróma az átlagosnál jóval kisebb mértékű a szülésznők körében.

MBI kérdőív dimenzióinak összevetése a saját készítésű kérdőívben szereplő kiegészítő tényezők kialakulásában szerepet játszó okokkal

A deperszonalizáció, a személyes hatékonyság és az érzelmi kimerülés gyakoriságának és erősségének mértékét összevettem a túlterheltséggel, az elégedettséggel, a megbecsültséggel, a szülésznők iskolai végzettségével, a válaszadók életkorával valamint az egészségügyben eltöltött éveik számával. Ezt szemlélteti a 11. táblázat.

Sárga színnel emeltem ki azokat az adatokat, ahol szignifikáns különbség figyelhető meg a változók között.

A 11. táblázatból jól kitűnik, hogy az MBI különböző dimenziói és az életkor valamint az egészségügyben eltöltött évek száma között szignifikáns különbség nem látható, míg a túlterheltség, elégedettség, megbecsültség tekintetében viszont szignifikáns különbség, összefüggés figyelhető meg. Vagyis a munkakörülményekre utaló dimenziók összefüggnek az összes kiegészítő-dimenzióval, melyeket az iskolai végzettség, az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma viszont nem befolyásol.

11. táblázat: Az MBI dimenzióinak összevetése a túlterheltséggel, elégedettséggel, iskolai végzettséggel, megbecsültséggel, életkorral és az egészségügyben eltöltött évek számával

K=Korreláció Sz=Szignifikancia	Milyen gyak- ran érzi magát túlter- heltnek?	Meny- nyire érzi magát elége- dettnek a válasz- tott hiva- tásában?	Mennyire érzi meg- becsültnek magát választott hivatása tükrében?	A szülésznő -képzés területén, milyen iskolai végzett- séggel rendel- kezik?	Élet- kor	Egész- ségügy- ben eltöltött évek száma	
dep_gyak	K	0,24**	-0,35**	-0,20**	0,13*	-0,09	-0,11
	Sz	0,00	0,00	0,00	0,02	0,12	0,07
	N	275	272	273	272	273	268
dep_erő	K	0,23**	-0,38**	-0,25**	0,07	-0,06	-0,06
	Sz	0,00	0,00	0,00	0,24	0,30	0,30
	N	275	272	273	272	273	268
érz_gyak	K	0,44**	-0,43**	-0,31**	0,06	-0,08	-0,08
	Sz	0,00	0,00	0,00	0,31	0,19	0,16
	N	275	272	273	272	273	268
érz_erő	K	0,41**	-0,45**	-0,36**	-0,00	-0,03	-0,01
	Sz	0,00	0,00	0,00	0,96	0,62	0,87
	N	275	272	273	272	273	268
hat_gyak	K	0,23**	-0,36**	-0,12*	0,02	-0,01	-0,00
	Sz	0,00	0,00	0,04	0,69	0,83	0,87
	N	275	272	273	272	273	268
hat_erő	K	0,16**	-0,32**	-0,04	-0,00	-0,01	-0,03
	Sz	0,00	0,00	0,46	0,96	0,86	0,59
	N	275	272	273	272	273	268

A kutatás során megvizsgáltam, hogy vajon a kiégés dimenziói és az egészségügyben eltöltött évek száma között van-e valamilyen összefüggés, és ha igen milyen mértékben? A kutatás során kapott adatokat a 12. táblázat tartalmazza. Megfigyelhető, hogy nincs szorosabb összefüggés az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés dimenziói között. Érdekes megfigyelni azt is, hogy magas a hosszabb időn át (20-30 éve) a pályán dolgozók aránya és ennek ellenére a kiégés tünetei nem jellemzőek.

12. táblázat: Az egészségügyben eltöltött évek számának összevetése a kiégés dimenzióival
(n=268)

Egészségügyben eltöltött évek		dep_ gyak	dep_ erő	érz_ gyak	érz_ erő	hat_ gyak	hat_ erő
- 4	Átlag	8,03	8,84	26,34	28,00	11,63	19,91
	N	32	32	32	32	32	32
	Szórás	5,75	6,17	8,93	11,26	7,52	9,31
5- 9	Átlag	7,32	8,90	25,39	26,45	13,87	21,45
	N	31	31	31	31	31	31
	Szórás	5,38	6,31	13,67	13,76	10,94	11,01
10-19	Átlag	7,44	8,89	26,63	30,69	13,78	20,28
	N	54	54	54	54	54	54
	Szórás	6,24	6,92	12,92	14,35	10,64	11,29
20-29	Átlag	5,94	7,72	23,20	28,32	13,46	20,26
	N	82	82	82	82	82	82
	Szórás	5,69	6,23	11,61	12,90	11,18	11,63
30-	Átlag	7,03	7,90	24,72	27,86	12,81	19,78
	N	69	69	69	69	69	69
	Szórás	8,63	6,30	12,56	12,54	10,45	10,75
Total	Átlag	6,93	8,27	24,91	28,42	13,19	20,24
	N	268	268	268	268	268	268
	Szórás	6,64	6,37	12,09	13,00	10,43	10,94

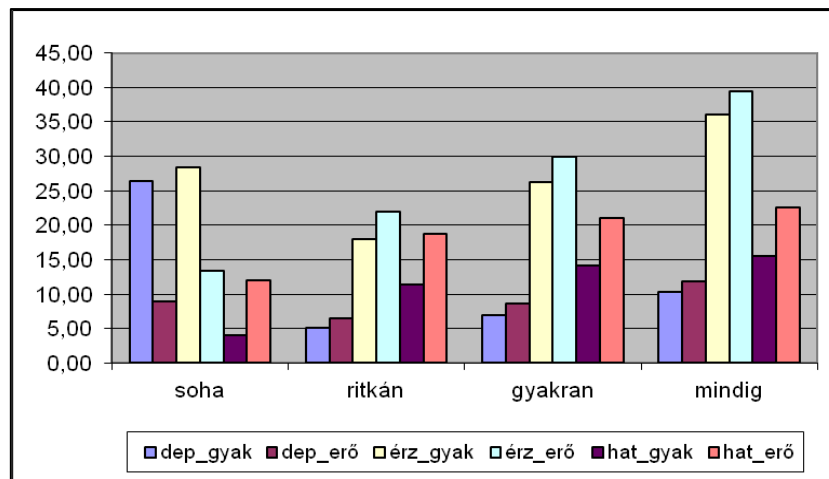
Választ kerestem arra is, hogy a szülésznők körében a túlterheltség mennyire figyelhető meg, és milyen mértékben van jelen. Az, hogy egy vajúdo hogyan éli meg a szülést, nagymértékben függ attól, milyen segítők közreműködésével hozza világra megszületendő gyermekét. Ha a szülésznő túlterhelt, nem érzi magát megbecsültnek a választott hivatásában, akkor az kihatással van mindennapi munkájára is. A válaszadó szülésznők jelentős része jelölte be a túlterheltség kérdésénél a „gyakran” kifejezést. A kapott eredményeket összevettem a kiegészítő dimenzióival egy részletesebb táblázatban, mely szórás és átlag tekintetében is mutatja az eredményeket. Az eredmények kiértékelése során jelentős eltérést nem tapasztaltam. (3 fő esetén, akik a „soha” meghatározást jelölték be tapasztalható viszonylag magas átlag- és szórásbeli eltérés, de az alacsony elemszám miatt ezen eredmények nem tekinthetők megbízhatóknak.) Az átlag eredményeit figyelembe véve tapasztalható egy folyamatos és enyhe, de ugyanakkor egyenletes növekedés az MBI egyes dimenzióival, míg a személyes hatékonyság esetén az átlag a többihez képest kisebb. Ezt szemlélteti a 13. táblázat.

13. táblázat: Túlterheltség megítélésére kapott válaszok összevetése az MBI dimenzióival
(n=275)

Milyen gyakran érzi magát túlterheltnek?		dep_ gyak	dep_ erő	érz_ gyak	érz_ erő	hat_ gyak	hat_ erő
soha	Átlag	26,33	9,00	28,33	13,33	4,00	12,00
	N	3	3	3	3	3	3
	Szórás	29,36	2,64	32,31	10,69	3,00	11,53
ritkán	Átlag	5,04	6,45	17,98	21,90	11,40	18,68
	N	82	82	82	82	82	82
	Szórás	5,35	6,18	10,08	12,29	11,56	11,97
gyakran	Átlag	6,95	8,60	26,25	29,87	14,13	21,02
	N	158	158	158	158	158	158
	Szórás	5,77	6,30	10,76	11,67	10,29	10,69
Mindig	Átlag	10,31	11,84	36,03	39,41	15,56	22,59
	N	32	32	32	32	32	32
	Szórás	6,00	6,85	11,51	13,08	8,59	10,07

	Átlag	6,98	8,34	24,95	28,42	13,37	20,41
Total	N	275	275	275	275	275	275
	Szórás	6,66	6,48	12,21	13,16	10,56	11,08

Ugyanezen eredményeket grafikus megjelenési formában is szemléltetem, a 22. ábrán. Itt jobban megfigyelhető, hogy az érzelmi kimerülés erősség esetén lehet kisebb emelkedő tendenciát megfigyelni, amely növelheti a krónikus kimerültség esélyét. A nehéz fizikai és szellemi munka következményeként a válaszadók közül 158 fő érzi „gyakran” túlterheltnek magát. A folyamatos munkabeosztás, a nehéz fizikai, szellemi megterhelés folyamatosan igénybe veszi a szervezetet, mely szintén a kiégés kialakulását eredményezheti.



22. ábra: A túlterheltség és a kiégés dimenzióinak grafikus ábrázolása (n=275)

A kutatás során arra is választ kerestem, hogy a szülésznők körében milyen a mellékállás vállalásának gyakorisága, mert a mellékállás vállalása hozzájárul a túlterheltséghez. Majd ezt követően, a mellékállás meglétét szintén összevettem a kiégés dimenzióival, ahol jelentős eltérés az érzelmi kimerülés gyakoriság és erősség esetén figyelhető meg. Ezt szemlélteti a 14. táblázat. Ezen táblázat eredményei közül az érzelmi kimerülés tekintetében az átlag és a szórás kiszámítása során kapott eredményeknél lehet magasabb számadatokat megfigyelni, amely teljes mértékben alátámasztja az előző 22. ábrán látható eredményeket.

14. táblázat: A főállást és mellékállást is végző szülésznők eredményeinek összevetése az MBI dimenzióival
(n=275)

Hivatalos munkahelyén kívül van Önnek mellékállása?		dep_gyak	dep_erő	érez_gyak	érez_erő	hat_gyak	hat_erő
nincs	Átlag	7,14	8,34	24,85	28,16	13,54	20,78
	N	227	227	227	227	227	227
	Szórás	6,85	6,44	11,84	12,57	10,22	10,58
van	Átlag	6,25	8,33	25,42	29,67	12,56	18,67
	N	48	48	48	48	48	48
	Szórás	5,74	6,72	13,93	15,77	12,13	13,17
total	Átlag	6,98	8,34	24,95	28,42	13,37	20,41
	N	275	275	275	275	275	275
	Szórás	6,66	6,48	12,21	13,16	10,56	11,08

A 15. táblázat adatai szerint a kutatásban résztvevő szülésznők egészségi állapotát tekintetbe véve jelentős határ húzható az egészségi állapot jellemzésénél „tűrhető” kifejezés megnevezésénél. A kiégettségi mutatókat e felett a megnevezés felett jóval alacsonyabbak, azaz a nem jó egészségi állapot, mint ok, és mint okozat is szerepet játszhat a kiégés kialakulásában.

15. táblázat: Az egészségi állapot megítélésére adott válaszok összevetése a kiégés dimenzióival
(n=274)

Hogyan jellemezné egészségét?	dep_gyak	dep_erő	érz_gyak	érz_erő	hat_gyak	hat_erő
Átlag	8,82	10,00	30,36	32,45	16,42	23,36
tűrhető N	67	67	67	67	67	67
Szórás	6,81	6,65	10,90	11,50	9,19	8,63
jó Átlag	6,41	7,43	23,29	26,99	13,41	21,07
N	150	150	150	150	150	150
Szórás	7,17	6,47	12,54	13,49	11,30	12,02
nagyon jó Átlag	6,24	9,24	23,53	29,02	9,87	15,80
N	45	45	45	45	45	45
Szórás	4,18	5,88	8,99	11,31	7,45	7,04
kitűnő Átlag	6,08	6,67	18,67	19,33	9,25	13,67
N	12	12	12	12	12	12
Szórás	5,40	6,03	15,10	16,10	13,88	15,89
Total Átlag	6,96	8,32	24,86	28,32	13,38	20,44
N	274	274	274	274	274	274
Szórás	6,66	6,48	12,14	13,08	10,58	11,08

A 16. táblázatban a „Mennyire érzi magát elégedettnek választott hivatásában?” kérdésre adott válaszokat vettem össze a kiegészítő dimenzióival. Jelentős eltérést csak az „egyáltalán nem” válaszlehetőségnél találtam, amely nagyban összefügg az érzelmi kimerülési faktortal.

16. táblázat: A választott hivatással való elégedettség megítélése és a kiegészítő dimenzióinak összevetése
(n=272)

Mennyire érzi magát elégedettnek választott hivatásában?		dep_gyak	dep_erő	érz_gyak	érz_erő	hat_gyak	hat_erő
egyáltalán nem	Átlag	10,63	12,00	40,63	43,50	16,25	20,88
	N	8	8	8	8	8	8
	Szórás	7,44	8,71	9,89	12,62	6,77	9,17
nem eléggé	Átlag	9,12	11,29	30,94	35,00	16,71	24,00
	N	17	17	17	17	17	17
	Szórás	6,24	6,59	10,11	11,69	11,73	11,88
közepesen	Átlag	9,65	11,63	29,51	33,49	16,47	24,01
	N	68	68	68	68	68	68
	Szórás	6,78	6,82	11,95	11,97	9,50	9,25
többnyire	Átlag	6,03	7,57	23,93	28,06	13,31	20,24
	N	122	122	122	122	122	122
	Szórás	4,68	5,46	10,57	11,96	11,19	11,23
teljes mértékben	Átlag	4,74	4,74	17,75	19,30	8,23	15,07
	N	57	57	57	57	57	57
	Szórás	8,67	5,20	12,08	12,04	8,77	11,13
Total	Átlag	6,99	8,36	24,96	28,47	13,33	20,35
	N	272	272	272	272	272	272
	Szórás	6,66	6,45	12,25	13,22	10,60	11,12

A 17. táblázatban a „Mennyire érzi megbecsültnek magát választott hivatása tükrében?” kérdésre kapott válaszokat vettem össze a kiégés dimenzióival. Jelentős eltérést csak az „egyáltalán nem” válaszlehetőségnél találtam, amely nagyban összefügg a kiégés mindhárom dimenziójával, de a legjelentősebb eltérés itt is az érzelmi kimerülés meghatározása esetén található.

17. táblázat: A választott hivatásban való megbecsültség megítélése összevetve a kiégés dimenzióival
(n=273)

Mennyire érzi megbecsültnek magát választott hivatása tükrében?		dep_gyak	dep_erő	érez_gyak	érez_erő	hat_gyak	hat_erő
egyáltalán nem	Átlag	9,41	11,32	33,49	37,46	13,22	18,86
	N	37	37	37	37	37	37
	Szórás	6,79	6,96	11,13	12,15	7,35	8,31
nem eléggé	Átlag	6,54	8,49	25,44	30,87	12,33	20,00
	N	85	85	85	85	85	85
	Szórás	5,31	6,14	9,88	10,36	9,12	9,54
közepesen	Átlag	8,18	9,51	25,24	27,94	16,52	23,29
	N	82	82	82	82	82	82
	Szórás	6,39	6,51	12,43	12,68	11,37	11,30
többnyire	Átlag	5,02	5,43	21,25	23,13	10,70	17,97
	N	60	60	60	60	60	60
	Szórás	8,26	5,51	12,00	12,77	10,50	10,88
teljes mértékben	Átlag	4,44	3,56	9,89	9,44	10,00	18,33
	N	9	9	9	9	9	9
	Szórás	3,81	3,35	10,96	11,54	15,63	20,85
Total	Átlag	7,02	8,35	25,04	28,48	13,27	20,33
	N	273	273	273	273	273	273
	Szórás	6,67	6,47	12,16	13,07	10,38	10,86

A 18. táblázatban a „túlterhelt” és „nem megbecsült” kifejezéseket vettem össze a kiégési dimenziókkal. Eredményként megállapítható, hogy ha valaki túlterheltnek, és ugyanakkor nem érzi magát megbecsültnek, akkor sokkal erősebb a deperszonalizációs és érzelmi kimerülés hatása. Jelen esetünkben a 275 válaszadó közül, mindösszesen 8 főnél lehetett ezt kimutatni.

18. táblázat: A „túlterhelt” és „nem megbecsült” kifejezések összevetése a kiégési dimenziókkal
(n=275)

Túlterhelt=4 és Megbecsült=1		dep_ gyak	dep_ erő	érz_ gyak	érz_ erő	hat_ gyak	hat_ erő
0,00	Átlag	6,78	8,14	24,38	27,84	13,30	20,33
	N	267	267	267	267	267	267
	Szórás	6,55	6,32	11,84	12,76	10,68	11,17
Túlterhelt és nem megbecsült	Átlag	13,63	15,00	43,88	48,00	15,88	22,88
	N	8	8	8	8	8	8
	Szórás	7,53	8,36	9,21	12,23	5,22	7,24
Total	Átlag	6,98	8,34	24,95	28,42	13,37	20,41
	N	275	275	275	275	275	275
	Szórás	6,66	6,48	12,21	13,16	10,56	11,08

A kutatási eredmények alapján feltételezhető, hogy a szülésznői munkakörben dolgozók esetén ennek a faktornak kevésbé van szerepe a kiégés kialakulása során.

Összegezve, minél elégedettebbek a válaszadók, annál kevésbé jelenik meg körükben a kiégésre való hajlamosság.

Ha a kiégettséget eredményező, előbb elemzett független változók közötti összefüggéseket vizsgáljuk, akkor a munkakörülményekkel összefüggő tényezők (túlterheltség, elégedettség, megbecsültség) egymással is elég erősen összefüggnek, ugyanakkor ezeknek az iskolai végzettséggel, életkorral, munkatapasztalattal gyakorlatilag nincs vagy csak nagyon gyenge a kapcsolata. Az iskolai végzettség és az életkor tekintetében negatív korreláció figyelhető meg.

19. táblázat: Túlterheltség, elégedettség, megbecsültség, iskolai végzettség, életkor, egészségügyben eltöltött évek számának vizsgálata korreláció és szignifikancia függvényében

K=Korreláció Sz=Sznifi- kancia		„A”	„B”	„C”	„D”	„E”	„F”
„A”	K	1,00	-0,24 ^{**}	-0,14 [*]	-0,01	0,02	0,01
	Sz		0,00	0,01	0,84	0,69	0,87
	N	275	272	273	272	273	268
„B”	K	-0,24 ^{**}	1,00	0,33 ^{**}	0,08	-0,10	-0,12 [*]
	Sz			0,00	0,18	0,08	0,04
	N	272	272	270	269	270	265
„C”	K	-0,14 [*]	0,33 ^{**}	1,00	0,14 [*]	-0,09	-0,09
	Sz		0,00		0,02	0,12	0,14
	N	273	270	273	270	271	267
„D”	K	-0,01	0,08	0,14 [*]	1,00	-0,65 ^{**}	-0,68 ^{**}
	Sz		0,18	0,02		0,00	0,00
	N	272	269	270	272	270	265
„E”	K	0,02	-0,10	-0,09	-0,65 ^{**}	1,00	0,95 ^{**}
	Sz		0,08	0,12	0,00		0,00
	N	273	270	271	270	273	266
„F”	K	0,01	-0,12 [*]	-0,09	-0,68 ^{**}	0,95 ^{**}	1,00
	Sz		0,04	0,14	0,00	0,00	
	N	268	265	267	265	266	268

20. táblázat A 19. táblázat kérdéseinek jelölése

Jel	Kérdés
„A”	Milyen gyakran érzi magát túlterheltnak?
„B”	Mennyire érzi magát elégedettnak a választott hivatásában?
„C”	Mennyire érzi megbecsültnak magát választott hivatása tükrében?
„D”	A szülésznő-képzés területén, milyen iskolai végzettséggel rendelkezik?
„E”	Életkor
„F”	Egészségügyben eltöltött évek száma

A 21. táblázat egy részletező táblázat is egyben, melynek lényege, hogy a helyes táplálkozás megítélésére adott választ összevettem a kiégés dimenzióival, kibővítve az átlag és szórás értékeivel. A deperszonalizáció tekintetében az átlageredmények meghatározásánál egyenletes emelkedés figyelhető meg. Jelentősebb eredmény inkább itt is az érzelmi kimerülési gyakoriság és erősség esetén mutatható ki.

21. táblázat: A táplálkozás megítélésére adott válaszok összevetése a kiégési dimenziókkal

Megítélése szerint Ön egészségesen táplálkozik?		dep_gyak	dep_erő	érz_gyak	érz_erő	hat_gyak	hat_erő
igen	Átlag	5,28	7,44	24,03	28,44	13,88	18,66
	N	32	32	32	32	32	32
	Szórás	5,41	6,21	14,07	16,64	13,10	14,67
lehető- ség szerint igen	Átlag	6,46	7,52	23,76	27,23	12,97	20,57
	N	170	170	170	170	170	170
	Szórás	6,73	6,10	11,43	12,29	10,43	11,01
nem, de próbál	Átlag	7,90	9,52	26,17	28,93	14,02	20,93
	N	42	42	42	42	42	42
	Szórás	6,72	7,06	11,80	12,58	10,24	9,71
nem	Átlag	10,42	12,42	32,23	36,12	13,38	19,27
	N	26	26	26	26	26	26
	Szórás	6,48	6,61	13,33	13,38	9,06	8,85
Total	Átlag	6,93	8,30	24,99	28,49	13,28	20,27
	N	270	270	270	270	270	270
	Szórás	6,66	6,47	12,21	13,20	10,58	11,09

Amint a 22. táblázat mutatja, a szülésznők lehetőségeikhez képest törekednek a megfelelő mennyiségű alvásidő elérésére. Némi eltérés figyelhető csak meg az emocionális kimerülés esetén, amelyet nagymértékben meghatároz a folyamatos és váltott műszakokban való beosztás.

22. táblázat: Az alvásidő összevetése az MBI dimenzióival
(n=274)

Mennyi időt alszik naponta?		dep_gyak	dep_erő	érz_gyak	érz_erő	hat_gyak	hat_erő
4-6 óra	Átlag	7,32	9,00	26,98	30,03	13,23	20,35
	N	132	132	132	132	132	132
	Szórás	5,66	6,10	11,59	12,64	10,34	10,59
7-10 óra	Átlag	6,59	7,62	22,99	26,86	13,49	20,51
	N	140	140	140	140	140	140
	Szórás	7,49	6,74	12,30	13,25	10,73	11,36
10 óránál több	Átlag	12,00	13,50	24,50	27,00	4,50	5,50
	N	2	2	2	2	2	2
	Szórás	8,48	10,60	33,23	36,77	4,95	6,36
Total	Átlag	6,98	8,33	24,93	28,39	13,30	20,32
	N	274	274	274	274	274	274
	Szórás	6,68	6,48	12,23	13,18	10,52	11,01

A kutatás során bizonyosságot nyert, hogy a szülésznők fontosnak tartják a helyes életmód kialakítását, melyet alátámaszt a 23. táblázat. A 275 válaszadó közül 262-en válaszoltak „igen”-nel. Fontos, hogy csak azok tudják megtanítani másoknak az egészséges életmód kialakításának helyes elvét, akik folyamatosan nyomon követik saját egészségi állapotukat, érzékelik a belső és külső környezeti tényezőkből adódó pozitív és negatív hatásokat, ezáltal képessé válnak a veszélyeztető tényezők csökkentésére. A szülésznők körében arra lehet következtetni, hogy az egészség pozitív fogalomként jelenik meg, mely során az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekintik.

23. táblázat: Az egészséges életmód megítélésére adott válaszok összevetése a kiégés dimenzióival
(n=275)

Fontosnak tartja-e az egészséges életmódot?		dep_gyak	dep_erő	érz_gyak	érz_erő	hat_gyak	hat_erő
igen	Átlag	6,72	8,10	24,64	28,14	13,15	20,20
	N	262	262	262	262	262	262
	Szórás	6,51	6,33	11,98	12,92	10,47	11,03
nem	Átlag	12,23	13,31	31,15	34,15	17,85	24,62
	N	13	13	13	13	13	13
	Szórás	7,76	7,69	15,41	17,03	11,81	11,58
Total	Átlag	6,98	8,34	24,95	28,42	13,37	20,41
	N	275	275	275	275	275	275
	Szórás	6,66	6,48	12,21	13,16	10,56	11,08

Az egészséges életmód fontosságának megítélése csak a kiégés deperszonalizációs dimenzióját érinti.

Ha az egészségkárosító szokásoknak a kiégéssel való kapcsolatát vizsgáljuk, akkor az alábbi táblázatban bemutatott összefüggéseket kapjuk. Ebben sárga színnel jelöltem azon számadatokat, ahol szignifikáns eltérést tapasztaltam.

24. táblázat: Az egészségkárosító, az egészségmagatartási tényezők és a kiégés kapcsolatának vizsgálata

K=Korre- láció	dep_ gyak		dep_ erő		érz_ gyak		érz_ erő		hat_ gyak		hat_ erő	
	K	Sz	K	Sz	K	Sz	K	Sz	K	Sz	K	Sz
„A”	-	0,00	-	0,01	-	0,02	-	0,04	-	0,64	0,00	0,96
„B”	0,22	0,00	0,25	0,00	0,17	0,00	0,18	0,00	0,15	0,00	0,13	0,02
„C”	-	0,54	-	0,15	-	0,47	-	0,01	-	0,00	-	0,02
„D”	0,06	0,36	0,03	0,55	-	0,84	-	0,89	-	0,42	-	0,79
„E”	0,20	0,00	0,18	0,00	0,14	0,01	0,10	0,10	0,05	0,37	0,09	0,11
„F”	-	0,00	-	0,00	-	0,01	-	0,01	-	0,07	-	0,02
„G”	0,16	0,00	0,14	0,01	0,11	0,05	0,09	0,12	0,11	0,06	0,09	0,11
„H”	-	0,07	-	0,25	-	0,00	-	0,01	-	0,00	-	0,00
„I”	-	0,54	-	0,74	-	0,00	-	0,01	-	0,13	-	0,03
„J”	0,11	0,06	0,08	0,16	0,02	0,64	-	0,70	0,03	0,54	0,03	0,51
„K”	-	0,70	-	0,49	-	0,53	-	0,67	-	0,11	-	0,01

A 24. számú táblázat nagy terjedelme miatt a kérdéseket „A”-„K”-ig betűkkel jelöltem, az ezekhez kapcsolódó kérdőív kérdéseket tartalmazza a 25. számú táblázat.

25. táblázat: Az egészségkárosító, az egészségmagatartási tényezők és a kiégés kapcsolatának vizsgálata kérdések jelölése

Jel	Kérdés
„A”	Ön dohányzik?
„B”	Fogyaszt-e Ön alkoholt?
„C”	Fogyaszt-e Ön kávé?
„D”	Kávé-fogyasztás gyakorisága?
„E”	Megítélése szerint Ön egészségesen táplálkozik?
„F”	Véleménye szerint naponta hány perc munkahelyen kívüli mozgásra van szüksége egy felnőtt embernek?
„G”	Fontosnak tartja-e az egészséges életmódot?
„H”	Hogyan jellemezné egészségét?
„I”	Az egy évvel ezelőttihez képest milyennek tartja egészségi állapotát most?
„J”	Részt szokott-e venni egészségügyi szűrővizsgálaton?
„K”	Hányszor fordult orvoshoz betegség, panasz esetén az elmúlt két évben?

6 MEGBESZÉLÉS

A vizsgálataimat két fő témakör köré építettem. Az egyes témakörök az eredmények sorrendjében kerülnek megbeszélésre, melyhez a nemzetközi és hazai szakirodalmi adatokat és eredményeket is áttekintettem. A kutatás során nehézséget okozott, hogy a hazai és a nemzetközi szakirodalomban kevés hasonló átfogó jellegű vizsgálat, kutatás található.

A Magyarországon működő 69 szülészeti intézmény közül teljesen véletlenszerűen választottam ki azokat a vidéki és budapesti intézményeket, ahol az 500 kérdőív kiosztásra került.

A magyarországi egészségügyi rendszerben 2014-ben a MESZK adatai alapján 3749 regisztrált szülésznő dolgozott (26. táblázat). Végzettségük szerint négy csoportra oszthatók:

- gimnáziumi érettségi után kétéves iskolarendszerű képzés keretében, vagy egészségügyi szakközépiskolai érettségi után 10 hónapos képzés keretében szakirányú képesítést szerzett szülésznő
- OKJ 5.4 képzés keretében képesítést szerzett szülésznő
- OKJ 5.5 képzés keretében képesítést szerzett szülésznő
- BSc képzés keretében képesítést szerzett szülésznő.

26. táblázat: MESZK aktív tagok szülésznői szakképesítéssel képzettségi szint szerint
2014
(102)

Szakképesítések (fő)				
Szülésznő	Szülésznő (5.4)	Szülésznő (5.5)	Szülésznő (BSc)	Összesen
1596	1859	153	141	3749

A kutatásban a szülésznők 7,3 %-a (275/3749) vett részt. Nem tettem különbséget a meglévő végzettségek között, mivel a gyakorlatban a hivatás során végzett munkafolyamatok nem határolódnak el élesen egymástól. A képzési szintek közti különbség az elméleti és gyakorlati oktatási időben különül el egymástól. A kezdetleges

három majd tíz hónapos képzési forma mára négy éves képzési formává változott, amely során a hallgatók jóval több elméleti és gyakorlati tudásra tesznek szert. A magyarországi szülésznők a jogszabályi előírásokban megfogalmazott kompetenciákhoz képest a gyakorlati életben jóval kevesebb kompetenciával dolgozhatnak, szinte asszisztensi szerepet töltenek be a szülész- nőgyógyász szakorvos mellett. Míg ezzel párhuzamosan az európai unió más országaiban dolgozó szülésznők teljesen önállóan vezetnek szülést, sőt szükség esetén burokrepesztést, gátmetszést és gátvarrást is végeznek. Prof. Dr. Gardó Sándor szavait idézve „a szülésznők többre lennének hivatottak, mint amire most lehetőségük nyílik”. (103)

Az egészségügyi dolgozók munkaköréhez tartozó önálló autonómia biztosítása jelentős mértékben csökkentheti a kiégés kialakulását. Ezt támasztja alá egy alapellátásban végzett kutatás is, melynek során az a megállapítás született, hogy az ápolók körében a munkahelyi tényezők kedvezően hatnak az autonómiára, a szakmai kihívásokra, a munkahelyi szervezeti támogatottságra. (104, 105)

Ugyanezen tényekre hivatkozik egy Angliában végzett kutatás is, amelyet a szülésznők körében végeztek. Itt szintén bizonyítást nyert, hogy az autonómia véd a kiégés ellen. A munkával töltött idő pozitív kapcsolatban van a kiégéssel. Vagyis fontos feladat, hogy támogatni kell a munka-élet egyensúly megteremtését. (106)

A 2006-os tanévtől megszűntek az OKJ képzési formák a szakirányon, helyüket a főiskolai szintű BSc képzési forma vette át. A szülésznői szakirány elnyerte méltó helyét a diplomás végzettségek kategóriájában, a jelentkezők létszáma is évről évre emelkedő tendenciát mutat.

A képzés során nagy mérföldkőnek számított, hogy 2014. július 1-től a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendeletben megfogalmazottak értelmében a szülésznők már nem csak a szülésnél vannak jelen és nyújtanak végzettségüknek, szakmai tudásuknak megfelelő segítséget, hanem önálló kompetencia keretén belül várandósgondozást is végezhetnek, mint „felelős személy”, „kizárólag szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított alacsony rizikójú várandósság esetén. Alacsony rizikójú várandósságról akkor beszélünk: ” ha a várandós családi, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja.” (107)

Ez a hír sokakban örömet, míg másokban bizalmatlanságot váltott ki. Fontos a képzés erősítése (108, 109, 110) akár azáltal is, hogy felelős kompetenciakörrel ruházzuk fel a szülésznőket. A magas kockázatú terhesség okait a 27. táblázat foglalja össze.

27. táblázat: A veszélyeztetett terhességekben szerepet játszó tényezők
(111)

Gazdasági	Kulturális- magatartásbeli	Biológiai - Genetikai	Reproduktív	Egészségügyi
Szegénység vagy alacsony szintje	Hiányzó vagy nem megfelelő terhesgondozás	Előző gyermek kis súlyú	Előzetes császármetszés	Diabetes mellitus
Munkanélküliség	Alacsony egészségügyi kultúra	Anya születési súlya alacsony	Előzetes infertilitás	Hypertensio
Egészségbiztosítási hiánya	Alkohol, drog, dohányzás abusus	Magassághoz képest alacsony testsúly	Túlhoradás	Veleszületett szívbetegség
Terhes gondozási szakasz hozzájárása	életkor 16 év alatt vagy 35 év felett	Alacsony termet	Elhúzódó vajúdás	Sarlósejtes anaemia
	Terhességek között rövid szünet	Rossz táplálkozás	Előző gyermek agyi bénulással, szellemi elmaradással, szülési traumával, congenitalis anomáliákkal	TORCH fertőzés
	Nincs támaszt nyújtó közösség (férj, család, egyház)	Rokon házaság (autoszomális, recesszív öröklődés)	Rendellenes fekvés (medencevégű fekvés)	Intercurrens műtét vagy trauma

A veszélyeztetett terhességekben szerepet játszó tényezők (folytatás)

	Pszichológiai tényezők	Generációk között ható tényezők	Többes terhesség	Szexuális úton terjedő betegségek
	Stressz (fizikai, pszichikai)	Örökletes betegségek (veleszületett anyagcserezavar)	Idő előtti burokrepedés	Szexuálisan átvihető fertőzések
	Fekete bőrű		Fertőzések (szisztémás, amniális, extraamniális)	
			Preeclampsia, eclampsia	
			Méhüri vérzés (abrupcio placentae, placenta praevia)	
			Eddigi terhességek száma (0 vagy több mint 5)	
			Uterus vagy cervix anomáliák	
			Magzati betegségek	
			Rendellenes magzati növekedés	
			Idiopathiás koraszülés	
			Iatrogén koraszülés	

Kutatásomat kétféle kérdőíves módszerrel végeztem:

1. A saját 35 kérdésből álló önkitöltős kérdőív (1. melléklet) két részből tevődik össze. Az első részben az általános szociodemográfiai adatokra, míg a másodikban a szülésznők egészségi szokásaira, egészségmagatartására kérdeztem rá, kiegészítve a Herzbergi modell szerinti faktorokkal, „motivátorokkal” mint pl. elégedettség, megbecsültség, amelyek nagyban hozzájárulhatnak az egyén önmegvalósításához. Herzbergnél ezek a motiváló tényezők elsősorban munkakör központúak, vagyis a munka szerves részét képezik.
2. Az MBI kérdőív 22 tételt tartalmaz (2. melléklet). A kérdőív könnyen kitölthető és jól értékelhető, kifejezetten a humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégettségének vizsgálatára fejlesztették ki. Tény, hogy a humán szektorban, különösen az egészségügyben dolgozók magukban hordozzák a kiégési szindróma veszélyét. Azt az állapotot, amikor egy motivált, empátikus, lelkes és érzelem gazdag dolgozó telítődik mindazokkal a problémákkal, amelyekkel nap – mint nap, a munkája során találkozik. A 22 tétel három dimenzió mentén mér, a deperszonalizáció, a személyes hatékonyság és az érzelmi kimerülés terén. Mindegyik dimenzióhoz alacsony, közepes és magas átlagérték kategóriák tartoznak, előre magadott kiértékelési utasítással. A 22 tétel közül az érzelmi kimerüléshez 8, a deperszonalizációhoz 5, míg a személyes hatékonysághoz 9 tétel tartozik.

A saját készítésű kérdőív adatainak értelmezése

A szülésznői szakmaterületen magas az idősödő korosztály aránya a fiatalokhoz képest, ami néhány éven belül a szakma „előregedését” eredményezheti. A 2014-es évre lebontott életkori adatokat és az általam megkérdezett szülésznők életkori adatait szemlélteti a 28. táblázat.

28. táblázat: MESZK aktív tagok szülésznői szakképesítéssel korcsoport szerint 2014
(112)

MESZK aktív tagok szülésznői szakképesítésének korcsoport szerinti megoszlása										
2014 év/fő										
Életkor	21- 25	26- 30	31- 35	36- 40	41- 45	46- 50	51- 55	56- 60	61- 65	66-
Fő	147	282	263	544	591	664	621	531	81	25
%	3,9	7,5	7,0	14,5	15,8	17,7	16,6	14,2	2,2	0,7
Minta	-30		31-40		41-50		51-			
Fő	69		65			92				47
%	25,3		23,8			33,7				17,2
Összesen: 3749 fő az aktív tagok száma										
Összesen: 273 fő a mintában résztvevő szülésznők száma										

Házasságban és családban élni és gyógyulni sokkal jobb, mint egyedül. A házasságban és családban élő személyek egészségkilátásai, valamint a már kialakult betegségek gyógyulási és rehabilitációs esélyei is jobbak azoknál, akik családban élnek, hiszen az érzelmi támogatottság a családtagok részéről erősen befolyásolólag hat. Az általam végzett kutatásban résztvevők közül 48% volt férjezett, míg egy 2011-ben Ausztráliában végzett átfogó tanulmány szerint a minősített szülésznők 72,42%-a, a gyakorlatban dolgozók 52,62%-a élt a vizsgálat időpontjában házasságban. (113) Ezen adatok arra engednek következtetni, hogy a szülésznők körében fontos a család szerepe, jelentősége.

Ugyanezen érzelmi szempontoknak nem csak a család megléte esetén van jelentősége, hanem abban az esetben is, ha a személy olyan hivatást és küldetést vállal, mint a szülésznő, amely érzelmileg és fizikailag is igen nagy terhet ró az egyénre. A több éves gyakorlatom során számtalanszor megtapasztaltam, hogy a szülésznői munka egy nagyon összetett folyamat, mivel a szülőszobán az anyai–magzati életjelek észlelése, a szülés haladásának nyomon követése állandó figyelmet, döntésképességet, nagy szaktudást és veszélyeket rejt magában. Az egészségügynek ezen a területén 120%-os

teljesítményt kell nyújtani, hiszen a társadalom azonnal ítélkezik, itt rosszul dönteni, hibázni nem szabad. (114)

A szülésznők érzelmi megterhelése munkájuk során meghatározó jelentőséggel bír. A szülésznő az a személy, aki nap, mint nap átéli és átélheti - ha nem is közvetlenül - az élet csodájának szépségét, azt a sok örömet, boldogságot, amikor a szülők kilenc hónap elteltével először pillanthatják meg gyermeküket, amikor az érzelmek egész arzenálja járja át a szülőszoba levegőjét, azt, amikor a szülőkön az öröm, a büszkeség és nem utolsósorban a megkönnyebbülés lesz úrrá. A megszületés pillanatában különféle reakciók jelei figyelhetők meg, mint pl., a szülők, az egészségügyi dolgozók (szülésznő, szülész-nőgyógyász szakorvos) arcán megjelenő széles mosoly, könnyek a meghatódottságtól vagy a rövid ideig tartó néma csend, amikor az újonnan alakult család körül megáll az idő, nézik, csodálják gyermeküket, tudomást sem véve a körülöttük zajló eseményekről. Ezen csodának részese a szülésznő, akinek segítségével érvényesülnek a szülő nő jogai. (115)

Egy munkahelyen talán az első, legfontosabb szempont a jó munkahelyi légkör, a megfelelő kollegiális viszonyrendszer megteremtése. Ennek függvényében tudunk csak a betegekkel bizalmas, jó kapcsolatot kialakítani, amellyel jelentősen hozzá tudunk járulni a gyógyulási folyamataikhoz. A munkával, munkakörnyezeti jellemzőkkel kapcsolatos faktorok szintén kiemelkedő jelentőségűek. Erre világít rá egy iráni ápolók körében végzett kutatás is, melynek során az a megállapítás született, hogy ha javítunk a nővérek munkakörülményein, életminőségén, ezáltal javul a nővérek részéről a betegellátás minősége is. Ugyanezen állítást támasztja alá egy zágrábi tanulmány is. (116, 117)

20-25 év elteltével mára már elmondható, hogy a szülészeti osztályokon, a szülőszobákon jelentős szemléletváltozás történt. A korábbi poroszos, szigorú rendszabályok szerint működő szülőszobák és a hozzá kapcsolódó gyermekágyas osztályok sokkal nyitottabbá váltak, dacára az infekcióktól való félelemnek, mely az 50-es évektől a hazai szülészeti intézményeket jellemezte. Az egész országban az elsők között alakították át a szülőszobákat, a szülészeti osztályokat a szülők igényeihez igazodva, ezáltal megkönnyítve a szülésznők mindennapi munkáját is. A vajúdok nem közös helyiségekben élhetik át a vajúdas és a szülés nehézségeit, hanem az intimitásra odafigyelve minden vajúdok külön szülőszobai részben van elszeparálva, ahol ott lehet az

apuka is, de a vajúdo kívánságának megfelelően még plusz egy személyt beengednek. Az elkülönített részekben lehetősége van a vajúdonak arra, hogy megválassza a számára legmegfelelőbb vajúdasí, szúlesi testhelyzetet, a hagyományos horizontális, vagy vertikális helyzetben való vajúdasít, illetve szúlést. A szúlószobai „boxok” szépek, színesek, függönyökkel díszítettek, légkondicionáltak, a bútorok modernek. Az osztályok vezetói igyekeztek barátságos, családias légkört teremteni nem csak a vajúdo-szúló nő számára, hanem a szúlésnél jelenlevő hozzátartozók számára is. Fontos szempont volt továbbá megteremteni a családközpontú szúlészeti ellátás feltételeit, aminek a lényege, hogy a családot alkotó újszúlott-anya-apa közötti harmonikus fejlődés segítse elő a harmonikus családi kapcsolatrendszer kialakítását. A szúlészeti intézményi ellátás során arra kell törekedni, hogy az anya és a gyermek ne csak szomatikus, hanem pszichés, mentális szempontból is egészségesen hagyja el az intézményt, melyhez jelentős mértékben járul hozzá a környezet és a szúlésznő empátikus magatartása is. (118)

Egy Ausztráliában végzett tanulmány szerint is fontos szempont, hogy a szúlésznők részt vegyenek a szúlószobai „boxok” tervezésében, az esztétikus berendezés kialakításában. Fontos, hogy legyen megfelelő tér, világítás, az alternatív szúlésvezetéshez megfelelő eszközök. A szúlószobák esztétikus kivitelezése biztonságot jelenthet a vajúdo, szúló nők számára (119, 120)

Mint már utaltam rá, az általam vizsgált mintában a szúlésznők átlagosan 19,8 éve vannak a pályán, a legrégebben dolgozó 42 éve. A válaszadók több mint 50%-a azon szúlésznők aránya, akik közel 20-30 éve dolgoznak a szúlészet-nőgyógyászat különböző területein. Az érzelmi munka jelentősége és az egészségügyben eltöltött idő, jelentős mértékben befolyásolja egy szúlésznő mindennapi munkavégzését.

Az Egyesült Királyságban 2004-ben végzett kutatás során (szúlésznő hallgatók, valamint a már dolgozó szúlésznők körében végzett vizsgálat) bizonyítást nyert, hogy a szúlésznői érzelmi munkavégzést jelentősen befolyásolja az egészségügyben eltöltött évek során szerzett gyakorlati tapasztalatok megléte. Az idősebb szúlésznők igyekeznek pozíciójukat megőrizni, erősíteni azáltal, hogy számukra fontosabb a szakmában eltöltött évek során szerzett munkatapasztalat, mint a különböző iskolai végzettségek megszerzése. (121) Egy másik kutatás eredményei szerint szintén találtak összefüggést

a munkában eltöltött évek száma valamint a többműszakos munkaidő beosztás között.
(122)

A kutatásom során arra is kerestem választ, hogy a szülésznők körében mennyire gyakori a mellékállás vállalás, amely szintén jelentős mértékben hozzájárulhat a túlterheltséghez. Az egészségügyben dolgozók bére alacsony, ezért többen kényszerülnek arra, hogy másodállást vállaljanak, akár szakmán kívül is. Az általam vizsgált mintában a mellékállást vállalók aránya 17,5% volt. Ez a szám nem jelentős. Oka feltehetően abban rejlik, hogy a magyarországi szülészeti intézmények jelentős részében a kórházvezetés és a szülészeti osztályvezetők együttes engedélyével lehetőség van előzetes megbeszélés alapján a szabad szülésznőválasztásra, melynek célja, a bábai szülészeti ellátás hatékonyabb működése. Az elsődleges szempont a személyes kapcsolaton alapuló személyre szabott gondoskodás, ahol van a bábának ideje a beszélgetésre, a szülőnő tájékoztatására kompetencia határon belül. Megfelelő partneri viszony tud így kialakulni, melynek a gyökere a bizalomban rejlik. Fontosnak tartom, hogy a bába/szülésznő a terhesség kezdetétől kapcsolatban legyen a várandós nővel, mert csak a megfelelő kapcsolat révén tudja felkészíteni a szülésre és a gyermekágyas időszakra.

Választ kerestem arra is, hogy a szülésznők körében a túlterheltség mennyire figyelhető meg, milyen mértékben van jelen. Az, hogy egy vajúdo hogyan éli meg a szülést, nagymértékben függ attól, milyen segítők közreműködésével hozza világra megszületendő gyermekét. Ha a szülésznő túlterhelt, nem érzi magát megbecsültnek a választott hivatásában, akkor az kihatással van mindennapi munkájára is. A válaszadó szülésznők jelentős része jelölte be a túlterheltség kérdésénél a „gyakran” kifejezést. Az egyre fokozódó munkatempó, a folyamatos fizikai és lelki túlterheltség, a folyamatos munkabeosztás előbb-utóbb azonban valamilyen egészségügyi probléma kialakulását is eredményezi. A válaszadók közül összesen 3 fő adott olyan választ, hogy „soha” nem érzi magát túlterheltnek.

Az általam vizsgált szülésznők több mint 70%-a (71,2%) jónak, illetve nagyon jónak ítélte meg egészségi állapotát. Ez arra enged következtetni, hogy a szülésznők odafigyelnek és fontosnak tartják egészségkultúrájukat, egészségmagatartásukat. A szülésznő hallgatók négyéves képzésük során megtanulják az egészségkultúrájukra való odafigyelés fontosságát, amelyet később teljes hitelességgel tudnak pácienseik számára

továbbadni. A végzést követően kompetenciájuk között is szerepel a rájuk bízott nők tudatos felvilágosítása az egészségmagatartás területén. A szülésznői munkának nagyon fontos feladata van az egészség megőrzésében, az egészség fenntartásában, olvasható egy Svédországban végzett kutatásban is. (123)

Saját egészségéhez mindenki maga teheti a legtöbbet, mégpedig a megerősítő, fenntartó, támogató, fejlesztő tevékenységekkel. Így, az egészséggel szemben fellépő sebezhetőségünket, a külső stresszorokat, a különféle rizikófaktorokat az egyén egészséges állapotában, tudatos tevékenységével, készségével és a társas támogató rendszerek (pl. harmonikus családi környezet, kiegyensúlyozott munkahelyi légkör stb.) segítségével képes kiegyensúlyozni. (89)

A felelős gondolkodás inkább a női nemre jellemző, ők azok, akik többet tesznek egészségükért, amelyet a szűrővizsgálatokon való megjelenési gyakoriság esetünkben alátámaszt. A szűrések megítélése a lakosság körében még mindig alapvetően alacsony, de mint a kutatási minta is mutatja, a szülésznők körében ez pozitív eredményként jelenik meg, hiszen az egészségmagatartás szerves részét képezi a szűrővizsgálatokon való részvétel fontossága is.

A helyes egészségmagatartás kialakításához elengedhetetlenül fontos, egy határozott szemléletváltás, amely során növekszik az egyéni feladat- és felelősségvállalás, az egészségtudatos gondolkodás az egészség megőrzésével kapcsolatosan. Amíg nem vagyunk betegek, nem is törődünk az egészségünkkel, de amikor beteggé válunk, akkor kezdünk el gondolkodni, hogy mit kellett volna másképpen cselekedni? Mára már beigazolódott az tény, hogy az orvos és kezelésközpontú szemlélet helyett a megelőzés felé kell elmozdulni. Felértékelődött az egyéni életvitel szerepe. Feltehetnénk azt az általános kérdést, hogy vajon ki fog segíteni a megelőzésben, hiszen az orvossal csak a megbetegedés kezdetén találkozunk? A válasz egyértelmű. A megelőzés minden embernek a saját felelőssége, hiszen a megelőzésre irányuló tevékenység jelentősége legalább akkora nagyságú, mint a gyógyítása. A szülésznőknek is lehetőségük van arra, hogy az egészségmegőrzés, a szűrővizsgálatok fontosságára már a várandósság elején fel tudják hívni a figyelmet, hiszen a családalapítás kezdetétől jelen vannak egy család életében.

A kutatás során bizonyosságot nyert, hogy a szülésznők fontosnak tartják a helyes életmód kialakítását, hiszen a válaszadók 95%-a így nyilatkozott. Fontos, hogy csak

azok tudják megtanítani másoknak az egészséges életmód kialakításának helyes elvét, akik folyamatosan nyomon követik saját egészségi állapotukat, érzékelik a belső és külső környezeti tényezőkből adódó pozitív és negatív hatásokat és ezáltal képessé válnak a veszélyeztető tényezők csökkentésére. A szülésznők körében arra lehet következtetni, hogy az egészség pozitív fogalomként jelenik meg, mely során az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekintik.

A szülésznők egészségtudatosságát tükrözi az a tény is, hogy a folyamatos, váltott műszakok mellett is fontosnak tartják, a megfelelő mennyiségű alvási idő biztosítását, mely elengedhetetlenül szükséges a megfelelő és biztonságos munkavégzéshez. Egy fiatal egészséges felnőttnek a napi alvási igénye is 8-9 óra, de természetesen az egyéni eltérések nagyban meghatározók. Jelen felmérés alapján a szülésznők 50%-a napi 7-10 órát alszik naponta. Az alvás ideje alatt tud a szervezet megfelelő mértékben regenerálódni. A kielégítő alvás nélkülözhetetlen a jó egészség és közérzet szempontjából, míg a tartós alváshiány a kognitív teljesítmény és az életminőség romlásához vezethet, a kiegészítő tünetei jelenhetnek meg.

Ausztráliában végzett kutatás során (41 szülésznő és 21 ápoló bevonásával) vizsgálták az alvás hiány okozta stressz meglétét és annak következményeit. A kutatást 2005 – 2009 között végezték, önkéntes alapon. Fontos kritériuma volt a kutatás menetének, hogy minden résztvevőnek napi részletességgel le kellett jegyeznie az alvással és a napi munkával töltött idő mennyiségét. A vizsgálat kitért a kávéfogyasztási szokások mérésére is. Az eredmény tekintetében elmondható, hogy az álmatlanságból adódó kiegészítő szint igen magas volt. Az egészségügyi dolgozók folyamatosan szenvedtek az álmatlanságtól, küzdöttek az ébren maradással, melynek következményeként megnőtt az utazási balesetek előfordulására való hajlam. A tényleges alvási idő és a munkaórák száma szignifikánsan növelte a kávéfogyasztási gyakoriság mértékét. A kutatás további érdekességét adta, hogy kutatásban bevont egészségügyi dolgozók 60%-a „elalvási segítséget” vett igénybe. Az ápolók/szülésznők 20%-a altatószert szedett, míg az ápolók 44%-a a szülésznők 9%-a alkohollal próbálta az elalvást elősegíteni a vizsgált időszakban. A stressz megléte és a munkanapok száma szignifikánsan növelte a nyugtatószerek használatát. A résztvevők 22%-a mérsékelten volt elégedett a meglévő munkakörülményekkel a munkavégzés során. Az alvási problémákból adódó kimerülési

állapot magas szintje és a munkával való alacsony elégedettség volt az uralkodó a vizsgálat során. (124)

Az egészségmagatartás szerves részét képezi a megfelelő táplálkozás is. A válaszadók 63%-a jelölte azt a válaszlehetőséget, hogy „lehetőség szerint egészségesen táplálkozik”. Ez a szám szintén alátámasztja azon feltevésemet, hogy a szülésznők egészségmagatartása tudatosságra épül. Az egészséges táplálkozás esetén fontos szempont, hogy minél változatosabban, minél több élelmiszerből állítsuk össze étrendünket, fogyasszunk sok zöldséget, gyümölcsöt, vigyázzunk a só-, fűszerbevitelre, és lehetőség szerint teljes kiőrlésű gabonából készült pékárukat vásároljunk.

A munkahelyi stressznek is számos következménye lehet. Belfasti egyetem kutatócsoportja 171 végzős nővér körében végzett kutatást, mely szerint a stressz faktorok megingatják a jólétet is. A feladatokkal való megbirkózás elkerülése a legerősebb előrejelzője a kiégésnek még akkor is, ha csak alkalmanként használtuk. (125) Ugyanezt támasztja alá egy másik cikk is, miszerint a stressz az önbecsülés csökkenését eredményezheti a tanulók körében. (126) A szülésznők körében a kiégés kialakulásának hátterében állhat a szülés körüli szövődmények és az ebből adódó stressz élmény feldolgozásának a hiánya is. Ezen tényezők jelentős mértékben befolyásolják a magán és a szakmai jólétet is. (127, 128)

A fokozott, hosszan tartó stressz hatására megjelenhetnek az egészségügyi dolgozók körében az önpusztító magatartásformák, a káros szenvedélyek irányába való fordulás, mint pl. dohányzás, alkohol, több kávé vagy akár a különböző típusú drogok fogyasztása. Ezen tényezők közül kutatásom során a dohányzási-, alkohol- és a kávé fogyasztási szokásokat vizsgáltam a szülésznők körében.

A dohányzást mindig is a feszültség-levezetés egyik eszközének tartották és tartják ma is. Az elmúlt években bizonyítást nyert, hogy a dohányzás nem oldja a stresszt, hanem jelentős mértékben hozzájárul annak kialakításához, melynek oka, hogy a nikotin megváltoztatja az idegrendszer aktivitását, ezáltal növelve annak vérellátását, amely fokozza a szív működését. Függő dohányosok esetén, amikor a vérben jelentősen lecsökken a nikotinszint, amely erős stresszt válthat ki az egyénben. Valójában ezen érzésen segít egy szál cigaretta elszívása.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni azt a tényt sem, hogy a passzív dohányzásnak ugyanolyan egészségkárosító hatásai vannak, mint az aktív

dohányzásnak. Sőt bizonyítást nyert mára az is, hogy a mellékfüst több károsító anyagot tartalmaz, mint a főfüst.

A dohányzást tekintjük a legelterjedtebb szenvedélybetegségek egyikének, amely sok áldozattal járó betegségek kialakulását eredményezi. A dohányzás nyújtotta örömök mellett sem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy tartós dohányzás esetén olyan súlyos betegségek valós kockázatai is jelen vannak, mint a tüdőrák, a légzőszervi betegségek valamint a szívbetegségek. A szív- és érbetegségek 25-30%-a, a krónikus hörgőgyulladás és tüdőtágulat okozta halálozások 75%-a, a tüdőrákos halálozások mintegy 90%-a tulajdonítható közvetlenül a dohányzásnak. (129)

Az egészségügyi dolgozók, kiemelten a szülésznők különösen fontos szerepet játszhatnak a dohányzás ellenes kampány olyan fontos területein, mint a nevelés, az oktatás, hiszen munkájukhoz szorosan kapcsolódik a gyerekek, tinédzserek és fiatal felnőttek hiteles tájékoztatása, ezen a téren is.

A legálisan hozzáférhető addikciót okozó szerek közül a dohánytermékek mellett, az alkoholfogyasztás a második legjelentősebb problémát okozó tényező mind egyéni, mind társadalmi szinten. Az alkoholfüggőség is a többi függőség mellett testi és lelki tünetek meglétét eredményezi. A megkérdezett válaszadók csupán 1%-a vallotta magát rendszeres alkoholfogyasztónak, amely annyira alacsonynak mondható, hogy a vizsgálat szempontjából nem releváns.

Elmondható, hogy a szülésznők körében a dohányzási arány és alkoholfogyasztás mértéke nem magasabb, mint az átlagpopulációban.

A kávéfogyasztás tekintetében viszont jelentős eltérés látható, hiszen kiemelten magas a kávéfogyasztási gyakoriság. Ezen felül jelentős a napi többszöri kávéfogyasztók aránya, 51%. Ennek hátterében szintén a váltott műszakos 12 órás folyamatos munkabeosztás lehet tekinteni. A gyakori kávéfogyasztás szintén fenntartja és fokozhatja a stresszes állapot meglétét. A kávé elfogyasztása után a koffein a szervezetben gyorsan és szinte teljes mértékben felszívódik, ezáltal növelve a szervezet koncentráló képességét, javítja a szellemi teljesítményt, éberré és aktívá teszi a fogyasztót és nem utolsósorban javítja a hangulatot is. Természetesen, mint mindennek a túlzott kávéfogyasztásnak is lehetnek ártalmas hatásai, mint pl. a fejfájás, nyugtalanság, hevesebb szívdobogásérzés, alvászavar.

Kávéfogyasztás közben lehetőség van arra, hogy a dolgozó néhány percre kiszakadjon a napi rutinból, picit megpihenjen. Továbbá nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt sem, hogy a kávéfogyasztásnak közösségformáló szerepe is van, ahol a hasznos és kevésbé hasznos információáramlás gördülékenyen tud áramolni.

A szabadidőben végzett mozgás fontos, mely kutatásomban a kiégés mindhárom tényezőjével összefüggésbe hozható, azaz szignifikáns összefüggést mutat. Vagyis, a passzív pihenés helyett, az aktív pihenést kell választani, amely érzelmileg befolyásolólag hat, és segíti a jó közérzet kialakítását, kikapcsolja a gondolatokat, segíti a vérkeringés működését stb.

Az MBI kérdőív adatainak értelmezése

A kérdőív kiértékeléséhez egy ajánlott kiértékelő sablont használtam, amely meghatározta a különböző dimenziók szerint összerendelt kérdés csoportok eredményeinek minősítését.

Maslach Burnout Inventory (MBI) Maslach nevéhez fűződő kérdőív. A kérdőív három dimenzió mentén mér: 1. Az érzelmi kimerülés (a kérdőív legerősebb dimenziója, a kiégés vezető tünete), amely arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai teljes mértékben kiapadtak. 2. A deperszonalizáció, vagyis a negatív és személytelen attitűd kialakítása a beteggel szemben, illetve azokkal, akikkel a napi munkája során együtt dolgozik. 3. A személyes hatékonyság, a teljesítmény csökkenése, amely arra utal, hogy az egyén teljesítménye eltér attól, amit önmagától elvár, melyhez még negatív önértékelés is társul.

Az MBI dimenziók közül a deperszonalizáció vagyis elszemélytelenedés a kiégés egy mélyebb stádiumában jelenik meg és mutat kimagasló értéket. Itt az egyén elveszti reális önérzékelő képességét, amikor az egyén cinikussá válik a betegekkel/páciensekkel szemben és egyre kevésbé tud kapcsolatot teremteni kollégáival és a rábízott betegekkel. Ennek függvényében a deperszonalizáció egyfajta negatív hatást fejez ki. Az érzelmi kimerülés tapasztalható jelei között lehet említeni az alvászavart, vagy a növekvő megbetegedési hajlamot. A személyes hatékonyság esetén a személyes sikerek, teljesítmények csökkenő mértékű megjelenése tapasztalható. (130, 131)

A szakirodalomban adott dimenzióként meghatározott, határpontok segítségével megállapíthatóak a kiégés paramétereireihez tartozó alacsony, közepes és magas szintek sávértékei.

A konzekvens válaszok szinte egy irányba tolják az adott válaszadó pontjait az egyes dimenziók esetén, mely elemzés alapján úgy tűnik, hogy a magyarországi egészségügynek van egy kicsi területe, ahol a kiégési-szindróma az átlagosnál kisebb mértékű. Ennek magyarázatát egyrészt abban látom, hogy ezen osztályokon szolgálatot teljesítő szülésznők forgórendszerben dolgoznak, vagyis 1-2 évente az osztályokon belül más területre kerülnek, mint pl. gyermekágy, szülőszoba, terhes osztály, nőgyógyászat. A másik magyarázatot abban látom, hogy a szülésznők munkáját nagymértékben befolyásolja az orvosok jelenléte, segítsége, melyből kifolyólag kisebb felelősséggel, kevesebb kompetenciakörrel végzik mindennapi tevékenységüket. Itt elsősorban a szülőszobán dolgozó szülésznők munkájára gondolok, akik a kompetenciájukkal ellentétben önállóan nem végeznek suturát, szülésvezetést, holott az Európai Parlament és Tanács 2005/36/EK Irányelve a szakmai képesítések elismeréséről szóló rendeletben – a szülésznők képzés szakmai követelményeiről – pontosan meg van határozva melyek azok az önálló és nem önálló kompetenciák, melyekkel a szülésznőknek rendelkeznie kell. A magyarországi képzés az Unióban elfogadható szülésznői oklevél érdekében az uniós normákhoz teljes mértékben igazodott, azonban a szülésznők által végezhető szakmai feladatok nem követik a gyakorlatot.

A deperszonalizáció, a személyes hatékonyság és az érzelmi kimerülés gyakoriságának és erősségének mértékét összevettem a túlterheltséggel, az elégedettséggel, a megbecsültséggel, a szülésznők iskolai végzettségével, a válaszadók életkorával valamint az egészségügyben eltöltött éveik számával. A folyamatos túlterheltség, az elégedettség hiánya valamint a megbecsültség érzéséből adódó negatív attitűdök megléte előbb utóbb a szülésznők körében is a kiégettség megjelenéséhez, valamint a fizikális jólét romlásához vezethet. Ezzel szemben megállapítható, hogy az iskolai végzettségnek, az életkornak és az egészségügyben töltött időnek nincs lényeges és közvetlen hatása egyik kiégés-dimenzióra sem.

A kiégés tényezőit Kína 3 tartományának 7 kórházában 1212 nővér bevonásával végzett kutatásban hozták összefüggésbe a társadalmi támogatottság mértékével. A válaszadási

arány 94,4% volt. Az eredmények tekintetében elmondható, hogy a válaszadók 66%-ánál érzelmi kimerülés, 65%-nál alacsony deperszonalizáció, míg 63%-nál alacsony személyes hatékonyság volt megfigyelhető. Szignifikáns kapcsolat volt a környezet támogatottsága és az érzelmi kimerülés között. A társadalom támogatottsága negatív irányba toltta el a deperszonalizációhoz kapcsolódó értéket, míg pozitív irányba a személyes hatékonysági tényezőket, ahol szerepet játszott az életkor, a nem, a családi állapot és az egészségügyben eltöltött évek száma. Végeredmény, hogy a társadalmi támogatottság szignifikáns hatást gyakorol a kórházakban dolgozó ápolók deperszonalizációs érzésére. (132)

A kiegészítő tényező, a munkába való belefásultság ezen a szakterületen kisebb mértékben van jelen, mint az egészségügy más területein. Ennek okát abban látom, hogy a szülésznő az egészségügynek a „szép, érzélem dús” oldalán dolgozik.

Az általunk vizsgált mintában a munka belső tényezői (túlterheltség, megbecsültség, elégedettség) szignifikáns összefüggést mutatnak a kiegészítő dimenziókkal, mely arra enged következtetni, hogy ha a dolgozók elégedettek a munkájukkal, akkor tovább lehet növelni a teljesítményüket, a motivációjukat. Megfigyelhető továbbá az is, hogy a túlterheltségi, megbecsültségi és elégedettségi tényezők a kiegészítő dimenziók közül elsősorban az érzelmi hatékonysággal vannak összefüggésbe a legnagyobb mértékben. Ebből arra lehet következtetni, hogy a szülésznők körében is az érzelmi kimerülés bizonyos szinten jelen van, de a szakma jellegéből adódóan a teljes kiegészítés még nem jelent meg. A szülészet az egészségügyi rendszeren belül, a „szép” oldalon jelenik meg, ahol étellel, vidámsággal, örömmel találkozunk napi szinten a munkánk során. Természetesen ennek a területnek is vannak árny oldalai. Azok a szülésznők, akik a nőgyógyászati vagy terhespatológiai osztályokon teljesítenek műszakokat sokkal több beteggel, súlyos betegséggel, szenvedő emberekkel találkoznak, mint pl. az ápolók egy belgyógyászati osztályon. A szülőszobai munkavégzés során is előfordulhatnak kritikus esetek, amelyek szintén az érzelmi kimerülés határait súrolhatják. (133)

Kutatási eredményeimből úgy tűnik, hogy ez még nem lépte át a kritikus határt, a szülésznők megfelelő mértékben még képesek kezelni a munkavégzésből adódó stresszhelyzeteket. Itt nincsenek megszokott munkafolyamatok, munkavégzés, hiszen

minden szülőpár más, mindenkinek más igényei vannak, amelyhez a szülésznők igyekeznek alkalmazkodni. A betegforgalom is gyorsan változik ezen a területen.

Az egészségügy minden területén lévő segítő szakmák gyakorlása, többé-kevésbé folyamatos empátiát követel meg a szakember részéről, akik a beteg emberek akut vagy krónikus problémáival foglalkoznak. A segítségre szoruló emberek sokszor állítják kritikus döntések, szituációk elé az egészségügyi személyzetet, ahol az érzelmi feszültség igen erős szinten van jelen. Az állandó megfelelni akarás, a folyamatos pozitív támogató szerep az ápoló/szülésznő részéről az évek folyamán megerőltető lehet. Ugandában 224 szülésznőt vizsgáltak, melynek során arra keresték a választ, hogy van-e összefüggés a szülésznők érzelmi állapota és a betegek iránti érzékenység között. A válaszadók 36,9%-nál volt jelen igazoltan a kiégés megléte, míg 22,9%-nál a másodlagos traumás stressz állapota. A vizsgálat során igazolást nyert továbbá az is, hogy szignifikáns kapcsolat van a betegek iránti részvét és a szülésznők érzelmi állapota valamint a munkakörülményeket befolyásoló munkavégzés között. (134) Egy másik kutatás szintén ezen tényezőket támasztja alá. Egy iráni kutatás eredménye során bizonyítást nyert, hogy a kiégés kialakulásában leginkább a betegek szenvedésének a látványa okozza a legnagyobb problémát a kiégés szindróma kialakulásában. (135)

Az évekig tartó nehéz fizikai és érzelmi munka, amely során az szülésznők a nőgyógyászati onkológiai területen folyamatosan csak a betegek szenvedéseit, fájdalmaikat látják, rövidebb-hosszabb idő után másodlagos traumás stressz kialakulását eredményezi. (136)

A belső tényezőkből adódó okok nagymértékben az egyén személyiségéből tevődnek össze, és olyan személyek esetén figyelhető meg, akik folyamatosan a tökéletességre törekednek, miközben az önértékelésük viszont alacsony.

A munkával való elégedettséget befolyásoló tényezők között szerepel elsősorban a munka jellege, amely alatt azt kell érteni, hogy minél változatosabb egy munka, annál nagyobb a munkavállaló elégedettsége a munkával szemben. Nem szabad hagyni, hogy egy munka monotonná váljon, mert akkor az, gyorsan a kiégés kialakulását eredményezheti.

Az elégedettséget befolyásoló tényezők között szerepel a vezetés jellege is. Egy jó vezető a munkakörülmények megteremtése során arra törekszik, hogy a munkavállalók véleményét is figyelembe veszi. A bérek alakulás és az előrelépési lehetőségek is az

elégedettséget befolyásoló tényezők között szerepelnek. Mindig a korrekt fizetési és jutalmazási rendszert kell kialakítani. A dolgozóknak folyamatosan érezniük kell munkavégzésük során, hogy a felelteseik megbecsülik, és értékelik az elvégzett munkafeladatokat. Egy pozitív értékelés mindig ösztönzőleg hathat a teljesítmény további növelésére.

Általában a túlterheltséget szokás a legnagyobb stresszornak tekinteni. A fizikailag és emocionálisan megterhelő munka, a túlterheltség növelheti a munkahelyi balesetek előfordulási gyakoriságát is. Dél-Írországban végzett kutatás során is beigazolódott, hogy a túlterheltségből adódó problémák 80%-ban játszanak szerepet a kiégés kialakulásában. (137)

Számos megbetegedés előfordulási gyakoriságát eredményezheti az a tény is, ha egy dolgozó kevésbé érzi magát megbecsültnek munkahelyén. A kutatási eredmények alapján feltételezhető, hogy a szülésznői munkakörben dolgozók esetén ennek a faktornak kevésbé van szerepe a kiégés kialakulása során.

Összegezve, minél elégedettebbek a válaszadók, annál kevésbé jelenik meg körükben a kiégésre való hajlamosság.

Ha a kiégettséget eredményező, előbb elemzett független változók közötti összefüggéseket vizsgáljuk, akkor a munkakörülményekkel összefüggő tényezők (túlterheltség, elégedettség, megbecsültség) egymással is elég erősen összefüggnek, ugyanakkor ezeknek az iskolai végzettséggel, életkorral, munkatapasztalattal gyakorlatilag nincs vagy csak nagyon minimális a kapcsolata. Az iskolai végzettség és az életkor tekintetében negatív korreláció figyelhető meg. A négy éves főiskolai diplomát adó szülésznőképzés során a hallgatók megfelelő elméleti és gyakorlati tudást szereznek a szakma elsajátításához, az önálló szülésznői munkavégzéshez, melyet a kompetenciájuk előír.

„A szakemberek közötti közös munka, a család, a szakemberek részéről egyaránt indokolt, hiszen a sikeres együttműködés, a jó munkakapcsolat, a családok elégedettsége, a közösen megfogalmazott célok elérése csak úgy lehetséges, ha az együtt dolgozó szakemberek ismerik és tiszteletben tartják egymás kompetenciáját, lehetőségeit”. (96)

Összevettem a „*Mennyire érzi magát elégedettnek választott hivatásában?*” kérdésre adott válaszokat a kiégés dimenzióival. Jelentős eltérést csak az „egyáltalán nem”

válaszlehetőségnél találtam, amely nagyban összefügg az érzelmi kimerülési faktorial. Ennek magyarázatát abban látom, hogy a szülésznői szakmában részben hiányzik az autonómia megléte. Mint már korábban is utaltam rá a szülésznők négy évet tanulnak azért, hogy a munkába állásukat követően nem dolgozhatnak (vagy csak nagyon kevesen) a kompetenciájuknak megfelelően. A szülésznői szakma szépsége a szülőszobai munkavégzés során tud igazán kiteljesedni, vagyis a várandós nő vajúadásának és szülésének levezetése során. Abban az esetben, ha a szülésznőknek nincs meg a lehetőségük arra, hogy ezen feladatott önállóan, orvosi felügyelet nélkül végezzék, akkor előbb-utóbb elvesztik a munka szépségének érzését, vagyis elégedetlenség alakul ki a választott hivatásukkal szemben. Amennyiben ehhez még az anyagi elismerés hiánya is társul, vagy a vezetőség részéről a megbecsültség hiánya, akkor egyenes az út a kiegészítés felé, pedig a „munka nemesít – a hivatás boldogít” tartja a mondás.

Vizsgálatom során kitértem a „Mennyire érzi megbecsültnek magát választott hivatása tükrében? A kérdésre kapott válaszokat vettem össze a kiegészítés dimenzióival. Jelentős eltérést csak az „egyáltalán nem” válaszlehetőségnél találtam, amely nagyban összefügg a kiegészítés mindhárom dimenziójával, de a legjelentősebb eltérés itt is az érzelmi kimerülés meghatározása esetén található. A szülésznői hivatással való választási elégedettség és a megbecsültség összevetése a kiegészítési dimenziókkal szinte azonos eredményeket hozott, mégpedig legjelentősebb eltérést az érzelmi kimerülés terén. Ezt hivatott alátámasztani, a társadalom részéről való megbecsültség hiánya, illetve az egészségügyi dolgozók körében lévő alacsony bérezés megléte. Ezzel párhuzamosan az egészségügyi dolgozóknak, így a szülésznőknek is a napi munkavégzéshez további nagyfokú türelemre, empátiára van és lesz szükségük, hogy oda tudjanak állni a betegágy mellé és ott a maximumot tudják kihozni magukból.

Ezt követően a „túlterheltség” és „nem megbecsült” kifejezéseket vettem össze a kiegészítési dimenziókkal. Eredményként megállapítható, hogy ha valaki túlterheltnek, és ugyanakkor nem megbecsültnek érzi magát, akkor sokkal erősebb a deperszonalizációs és érzelmi kimerülés hatása. Jelen esetünkben a 275 válaszadó közül, mindösszesen 8 főnél lehetett ezt kimutatni. Ennek magyarázata, hogy ezen dolgozók esetében az érzelmi kimerülés szintje már megjelent, társulva a negatív attitűdök megjelenésével,

amely az osztályon fekvő betegek vagy kollégák irányában fordulhat. Ezen dolgozók esetében a szülésznői munkának már nincs újdonságtartalma, varázsa, állandósultak a fizikai – lelki munkaterhelésből adódó problémák, melyek mögött még a társadalmi – anyagi megbecsültség hiányát is érezni lehet.

A kutatás során megvizsgáltam, hogy vajon a kiégés dimenziói és az egészségügyben eltöltött évek száma között van-e valamiféle összefüggés, és ha igen milyen mértékben? Megfigyelhető, hogy hazai viszonylatban nincs szorosabb összefüggés az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés dimenziói között. Érdekes megfigyelni azt is, hogy magas a hosszabb időn át (20-30 éve) a pályán dolgozók aránya, és ennek ellenére a kiégés tünetei nem jellemzőek. Vannak azonban olyan kutatások a szülésznők körében, ahol ellenpélda figyelhető meg. Egy Ausztráliában végzett kutatás során szintén az MBI kérdőívet használták a szülésznők vizsgálatához, amelynek során 152 szülésznő körében vizsgálták a kiégés összefüggéseit a munkával kapcsolatosan. A kutatás érdekességét az adta, hogy a vizsgált minta 60,7%-ban mérsékelt vagy magas volt az érzelmi kimerülés, míg 30,3%-uknál alacsony a személyes hatékonyság. Szignifikáns különbség volt tapasztalható a munkában eltöltött évek száma és a kiégési gyakoriság között. Azok a szülésznők, akik hosszabb ideje voltak a pályán magasabb gyakorlati tapasztalattal rendelkeztek, de ezzel párhuzamosan alacsony volt a kiégési szintjük. (138)

Egy ehhez köthető másik kutatás eredményei alapján szintén találtak összefüggést a munkában töltött évek száma valamint a többműszakos munkaidő beosztás között. Ezt a kutatást Ausztráliában végezték. (138)

Tehát, az egészségügynek van egy nagyon kis területe, ahol a kiégési szindróma nem igazolható teljes mértékben. Mint már korábban utaltam rá, a magyarországi szülőszobai körülmények nagyon jók, megfelelnek az Európa Unió előírásoknak, feltételeknek. Világos, tágas helyiségek, melyekhez a legtöbb intézményben saját fürdőszoba is tartozik. Berendezésük, színviláguk megfelelő otthoni körülményeket tükröz. Az elektromos szülőágyak mindenféle szülési pozíciók kivitelezésére alkalmasak, melyet a vajúdo saját maga állít be. Ezek nem csak a szülési élmény széppé tételéhez járulnak hozzá, hanem nagyban segítik a szülésznők munkáját is azáltal, hogy biztonságosabb, korszerűbb munkafeltételek mellett sokkal jobb dolgozni. Úgy gondolom, hogy a munkakörülményeket tovább erősítheti egy jó kollektíva, melynek

hatására jelentősen le tud csökkenni a munkahelyi stressz mennyisége és intenzitása. Hiszen az egészségügyet jellemezhetjük úgy is, mint egy „nagy üzemet”, ahol az egészségügyi dolgozóknak nap, mint nap a legjobb tudásukon kívül a személyiségüket is bele kell adni a munkába, amely a nehéz fizikai és érzelmi kihívások közepette elhasználódik, elkopik, tehát folyamatos ún. „karbantartást” igényel. Ezen egy jó munkakörnyezet, jó kollektíva, jó vezető sokat tud segíteni. A szülésznő a napi munkája során folyamatosan megtapasztalja, hogy a szülésre, mint természetes folyamatra kell tekinteni, hisz az egy normál élettani folyamat. Kísérni egy család egy nő életének ezen szakaszát, mikor anyává válik azáltal, hogy világra hozza gyermekét a szülésznőnek megtiszteltetés. A szülés csodája a női test csodájaként is jellemezhető. Aki átélte és megtapasztalta az tudja, hogy a nő élete abban a pillanatban megváltozik, amikor a gyermeke világra jött, hiszen a gyermek születésével együtt az anya is „megszületett”. A szülés során kiáramló oxitocin átkódolja az agyi működést is, ezáltal neurológiai változásokat hoz létre. A megszületett újszülött látványa, első sírásának hangja kitörölhetetlenül bevésődik az anyai agyba, és ezzel beindul az életre szóló anyai oltalmazó és védő magatartásforma.

A szülésznők helyzetének jobbá tételére tett javaslatok

Tisztában vagyunk azzal, hogy az egészségügyi társadalom előregedőben van, hiszen nap mint nap szembesülünk azzal a problémával, hogy a fiatalok közül csak kevesen választják az egészségügyi pályát. A fiatalok közül, akik mégis az egészségügy mellett döntenek, a végzés megszerzését követően sokan a külföldi munkavállalást választják. Fontos a **szülésznői pálya vonzóvá tétele** azáltal, hogy a **szülésznők önállóan a kompetenciájuknak megfelelően** végezzék azt a munkát, amelyre a képzésük során alkalmassá válnak. Az egészségügyben végzett munkavégzés terén ez azt jelenti, hogy a szülésznők a képzésük befejeztével ne csak az általános ápolói feladatokra legyenek alkalmasak, hanem rendelkezzenek azokkal az átfogó készségekkel, melyek lehetővé teszik számukra az egyes munkafeladatok naprakészé tételét, mint például az önálló szülésvezetés, episiotómia, sutura elvégzését. 2001-ben az Egészségügyi Minisztérium megbízásából elkészített képzési útmutató kimondja, hogy a szülésznőnek végezni kell: magas minőségű, színvonalú egészségnevelést és egészségügyi szolgáltatást a közösség minden tagja számára azért, hogy elősegítse az egészséges családi életet, a tervezett

terhességeket és a pozitív szülői szerepvállalást. (139) Fontos kihívás annak elérése is, hogy a szülésznői oklevél megszerzésével a megszerzhető kompetenciák teljes mértékben igazodjanak az uniós normákhoz.

A **bérek rendezése**, mely egy örökös probléma az egészségügyi ágazatban. Intézkedések ugyan folyamatosan folynak, de a megígért béremelések nem valósulnak meg teljes mértékben. A végső és kívánatos cél az lenne, ha a bérek nyugat-európai szintet érnének el, mivel a hazai egészségügyi rendszerben dolgozó szülésznők elméleti – és gyakorlati tudásuk azon a szinten van, mint a nyugati országokban dolgozó kollégáiké. Amíg ezt nem sikerül rendezni, addig a szülésznők is, az ápolókhoz hasonlóan kénytelenek szabad idejükben másodállást vállalni azáltal, hogy a jövedelmüket ki tudják egészíteni. Ennek következményeként, kevesebb idejük marad a pihenésre, a családjukra, és gyorsabban következik be a testi-lelki egészségük romlása is. Erre az egyetlen megoldás a béremelés rendezése lenne, nem is említve a béren kívüli juttatások fontosságát. Ezen intézkedésekkel a szülésznői pálya vonzóbbá válna a fiatalok számára, és nagy részben megelőzhető lenne az elvándorlás más munkaterületekre, illetve külföldre.

A **továbbtanulás** is gyakori vita forrását képezi a szakmai körökben. Nagyon sokan vannak, akik szeretnék minél magasabb iskolai végzettséget szerezni, de vagy a munkahely nem járul hozzá létszámbővítésre, anyagi forrás hiányára hivatkozva, vagy nincs olyan postgraduális képzés Magyarországon, amely a szülésznőket érinti – MSc képzés –, mellyel még nagyobb kompetenciát tudnának szerezni. Érdemes lenne azon a szemléletmódon változtatni, hogy erre nincs szükség, hiszen a nagyobb tudással még biztonságosabb és holisztikusabb ellátást tudnának nyújtani a szülésznők.

Nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a **munkahelyi légkör javítására**, egy **támogató környezet létrehozásával**, melyek által a lelki egészség is javulni fog, hiszen ennek hiánya a betegellátás folyamatát is nagymértékben veszélyeztetheti. Fontos, hogy a szülésznők olyan munkahelyi feltételeket teremtsenek, ahol egymás munkáját segítik, támogatják és nem a féltékenykedés a jellemző. (140) Az összetartás sikerének elérése érdekében szükségesnek tartom a rendszeres csapatépítő tréningeken való részvétel fontosságát is, ahol őszintén beszélhetnek érzéseikről. Ezzel párhuzamosan szükségesnek tartom a munkahelyi elismerés országos szinten történő bevezetését,

mégpedig „Az év Szülésznője” szakmai díj bevezetésével. Ezzel együtt nem csak a munkahelyi megbecsülés növekedne, hanem nagy valószínűség szerint a szülésznői szakma társadalmi megbecsültsége is. A nem megfelelő légkör a kiégés növekedését is befolyásolja. Ennek ellensúlyozására leghatékonyabb megoldási mód a **prevenció** azon része, amikor az önismeret révén egy kreatív, növekedni képes személyiséget megóvunk a fokozatos frusztrálódástól. A burn-out szindróma prevenciójában igen nagy szerepe van a képzéseknek, továbbképzéseknek, tréningeknek, a támogató jellegű munkahelyi kapcsolati háló kialakításának. (38)

A szülésznők egészségének fejlesztésére tett javaslatok

A felmérésből kiderült, hogy a szülésznők testi és lelki egészsége nem romlott az elmúlt években. Az egészségügyi rendszerben dolgozó szülésznők nagy többsége rendszeresen eljár a különböző szűrővizsgálatokra, melyekkel az egészségüket igyekeznek megtartani. Fontosnak tartom, a szűrővizsgálatokkal szemben negatívan érvelő kollégák figyelmét felhívni arra, hogy igen is fontos a betegség jeleinek észlelése esetén azonnal orvoshoz fordulni. Tisztában kell lenni azzal, hogy a megfelelő és szakszerű orvosi kezelést követően mihamarabb munkába tudnak állni. Minden egyes szakdolgozónak tudnia kell azt, hogy milyen fontos az egészségük. Betegség esetén azonnal orvoshoz kell fordulni, és nem a munkahelyen betegen dolgozni, mellyel nagyon sok akár krónikus betegség is megelőzhető. Gyakran elfelejtjük, hogy időnk nagy részét a munkahelyünkön töltjük, így fontosnak tartom a minél jobb munkahelyi kapcsolat kiépítését, akár a munkaszüneti napokon közös programok szervezésével. Továbbá szükségesnek tartom a munkahelyeken egészségfejlesztő tréningek, programok szervezését, melynek fontos eleme kell, hogy legyen a helyes táplálkozás, a dohányzásról való leszoktatás, a szűrővizsgálatok fontosságának hangsúlyozása, de akár szabadidős, rekreációs tevékenységek szervezése is. A testi egészségvédelem mellett a lelki egészségvédelem fontosságára is szeretném a figyelmet felhívni. A stresszhatásokat nem tudjuk az életünkben kizárni, hiszen azok folyamatosan jelen vannak, mivel maga a mindennapi élet is tele van terhelésekkel, amelyek stresszel járnak, és melyekhez meg kell tanulni alkalmazkodni. Ugyanez tapasztalható a munkahelyeken is. Fontos megtanulni ezen faktorok kezelését, ha szükséges szakemberek segítségének igénybevétele. A stressz jelenléte a munkahelyeken lehet

akár pozitív is, akár motiváló tényező is, amikor segíthet céljaink elérésében vagy a jobb teljesítés elérésében, de amikor már a ránk nehezedő nyomás túlzottá válik, akkor az már negatív hatásokat vált ki. (140) A jó közösségben az ember őszintén megmutathatja önmagát, megszabadulhat szorongásaitól, bízhat abban, hogy értékeit elismerik, problémáit nyugodtan feltárva megbeszélheti a barátokkal, vagy családtagokkal, ami a legfontosabb: együttérzést kaphat. (141) A szülésznők mentális állapota igaz, hogy még csak kis mértékben, de romlik. A segítségnyújtás hatékony módszerének azt tartanám, ha a kórházakban működnének olyan pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek, akik szakmai tudásukkal segíteni tudják az arra rászoruló dolgozókat, ezzel is megakadályozva a kiégés kialakulását.

7 KÖVETKEZTETÉSEK

1. A szülésznők egész pályafutásuk során fontosnak tartják a helyes egészségmagatartás kialakítását, egészségük megőrzését, az egészséges életmódot. Az általam vizsgált szülésznők több mint 70%-a (71,2%) jónak, illetve nagyon jónak ítélte meg egészségi állapotát. A munkájuk során, kompetenciájukon belül nagy hangsúlyt fektetnek az egészségnevelésre, a hozzájuk fordulókat megismertetik a helyes egészségkultúrával.
2. A szűrővizsgálatokra rendszeresen elmennek. Felelős gondolkodásukat tükrözi a szűrővizsgálatokon való aktív részvétel is, ahol a szülésznők kimagasló számban vesznek részt, hiszen a válaszadók 84%-a rendszeresen eljár nőgyógyászati rákszűrésre, míg, 75%-uk tüdőszűrésre. A válaszadók 40%-a a vizsgált időszak során legalább két különböző szűrővizsgálaton is megjelent. Fontosnak tartják a hozzájuk fordulókat figyelmeztetni a prevenció fontosságára, melynek része a szűrővizsgálatokon való aktív részvétel.
3. A pszicho-szociális munkakörnyezetben dolgozó szülésznők körében az egészségre káros magatartásformák, mint pl.: alkohol, koffein és nikotin abusus, előfordulási aránya nem magasabb, mint az átlagpopulációban. Kisebb eltérés inkább a kávéfogyasztásnál figyelhető meg, melynek oka a munkarend, a 12 órás folyamatos, váltott műszakok.

4. A szülésznőknél a munkahelyi pszichés és fizikai terhelés növekedésének hatására sem figyelhető meg az állapotukban bekövetkező egészségi állapot romlás. A válaszadók 70%-a jónak ítélte meg egészségi állapotát.
5. Az egészségügyben dolgozó szülésznők munkakörülményei, nem mutatnak jelentős eltérést a kiégés faktoraival. A magyarországi szülőszobákat és szülészeti osztályokat az elmúlt évek során folyamatosan fejlesztették, esztétikai változáson mentek át, melynek eredménye a világos, tiszta, igényesen berendezett és jól felszerelt helyiségek.

A kiégés hiányának hétértékesen több tényezőnek lehet szerepe:

- .A szülésznők a magyarországi egészségügyi intézményrendszerben 3-6 havi forgórendszerben dolgoznak a szülőszoba és az osztályok között.
 - A szülés/születés, mint pozitív pszichés élmény jelenik meg.
 - Az európai direktívával szemben jelenleg a szülésvezetés felelőssége és a szülés közben esetlegesen kialakuló szövődmények polgári és büntető jogi következménye nem a szülésznőket, hanem a szakorvosokat terheli.
6. Az egészségügyben dolgozó szülésznők megbecsültség érzete, a túlterheltsége és a kiégés dimenziói szignifikáns összefüggést mutatnak.
 7. Az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés dimenziói között, annak ellenére, hogy a kutatásban részt vett szülésznők körében magas volt a hosszabb időn át (20-30 éve) a pályán dolgozók aránya, szignifikáns összefüggés nem igazolódott.
 8. Magyarországi egészségügyi rendszeren belül a szülésznők körében ilyen jellegű átfogó tanulmány még nem született.

A kutatás során a kapott válaszok alapján nem lehet egyértelműen kijelenteni, hogy a szülésznők körében a kiégés jelen van, hiszen, a megadott válaszok szinte egy irányba tolják az adott válaszadó pontjait az egyes dimenziók esetén. Jelen kutatás adatai alapján, az átlagosnál jóval kisebb mértékű a kiégési-szindróma a szülésznők körében.

8 ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A folyamatos és hosszú ideje fennálló stressz hatására képződő kiégés kialakulásában egyéni és környezeti tényezők egyaránt szerepelhetnek. Az egészségügy bármely területén dolgozzon valaki, fokozottan veszélyeztetett a kiégési szindróma kialakulása szempontjából. Az egészségügyi rendszeren belül a szülésznők kis csoportot képviselnek, más jellegű betegkörrel dolgoznak, mint az ápolók. Ők azok, akik az élet születésénél jelen vannak.

Célkitűzések: A vizsgálat célja kettős volt. Megvizsgálni, hogy a szülésznők körében jelen van-e és ha igen milyen mértékben a kiégés, továbbá, hogy a szülésznők, akik önálló kompetenciakörön belül adhatnak egészségnevelési tanácsokat a hozzájuk fordulóknak, mennyire veszik komolyan saját egészségükre való odafigyelést, a helyes egészségmagatartás kialakítását.

Anyag és módszer: A vizsgálatot 2012. március 1. – 2012. július 30. között végeztem. A kérdőívek kiosztása 500 szülésznő körében történt. A vizsgálatba bevont szülésznők 26,5%-a (128/500) a fővárosban 23,2%-a (116/500) az ország nyugati és 6,2%-a (31/500) az ország keleti felében dolgozik. Az 500 kiosztott kérdőív 56 %-a (280/500) érkezett vissza, melyek 98%-a (275/280) bizonyult értékelhetőnek. Az értékelésből a hiányosan kitöltött öt kérdőívet kizártam. A vizsgálatához kétféle kérdőívet használtam. Az egyik, az MBI kérdőív a kiégés vizsgálatához, a másik egy saját készítésű kérdőív, mely a szülésznők egészségkultúrájára, egészségmagatartására irányult. Az adatokat az IBM SPSS 23. statisztikai programcsomag segítségével dolgoztam fel.

Eredmények: A szülésznői munkakörben dolgozók körében a kiégést igazolni nem sikerült.

A szociodemográfiai tényezők (életkor, iskolai végzettség, családi állapot, a szülészet-nőgyógyászatban belüli munkaterületi megoszlás) és a kiégés kapcsolatának vizsgálatakor egyik esetben sem igazolódott szignifikáns eltérés. Jelentős eltérés volt az érzelmi munka jelentősége és az egészségügyben eltöltött idő között, amely jelentős mértékben befolyásolja a szülésznő mindennapi munkavégzését.

A magyarországi szülésznők 7,3%-át vizsgáló mintában a több mint 70%-a (71,2%) jónak, illetve nagyon jónak ítélte meg egészségi állapotát. A szülésznők fontosnak tartják a helyes életmód kialakítását, a megfelelő mennyiségű alvási időt. A dohányzás és alkoholfogyasztás (1%) mértéke sem magasabb, mint az átlagpopulációban.

A kiégés vizsgálata esetén azt tapasztaltam, hogy a válaszok szinte egy irányba tolják az adott válaszadó pontjait az egyes dimenziók esetén, kimagasló eredmény nem volt tapasztalható.

Az általam vizsgált mintában a munka belső tényezői (túlterheltség, megbecsültség, elégedettség) szignifikáns összefüggést mutattak a kiégési dimenziókkal. A túlterheltségi, megbecsültségi és elégedettségi tényezők a kiégési dimenziók közül elsősorban az érzelmi hatékonysággal mutatnak összefüggést. Elégedettségük választott hivatásukkal, a szülésznői hivatással és a megbecsültség összevetése a kiégési dimenziókkal szinte azonos eredményeket hozott. Legjelentősebb eltérés az érzelmi kimerülés terén volt.

Következtetések: A szülésznők fontosnak tartják egészségük megőrzését a helyes egészségmagatartás kialakítását. Ezt a szemléletet igyekeznek továbbadni a hozzájuk fordulók számára is. Felelős gondolkodásukat tükrözi az a szemlélet is, hogy folyamatos rendszerességgel vesznek részt a különböző szűrővizsgálatokon, kerülnek az egészségre káros magatartásformákat, mint pl. a dohányzás, alkoholfogyasztás.

A kutatás során a kapott válaszok alapján nem lehet egyértelműen kijelenteni, hogy a szülésznők körében a kiégés jelen van. Magyarországi szülésznők körében ilyen jellegű átfogó tanulmány még nem született.

9 SUMMARY

Introduction: Personal and environmental factors may equally contribute to the evolution of burnout resulting from constant and long-standing stress. No matter in which area of healthcare one works, he or she is increasingly exposed to the evolution of the burnout syndrome. Within the healthcare system, midwives represent a small group, and serve a different type of clientele than nurses do. They are present at the birth of new lives.

Objectives: We had two aims with this survey. To analyse if midwives are affected by burnout, and if yes, to what extent, and to investigate how seriously midwives, who have the independent competence to provide advice in health matters and educate those who seek help from them, take paying attention to their own health and the development of the right attitude to health.

Material and method: The survey was carried out between 1 March 2012 and 30 July 2012. Questionnaires were distributed to 500 midwives. 26.5% of the (128/500) of the midwives involved in the survey work in the capital city, 24.4% (116/500) of them in the western, and 6.2% in the eastern part of the country. 56% (280/500) of the distributed questionnaires were returned, and 98% of the latter (275/280) proved to be suitable for evaluation. The five deficiently filled questionnaires were excluded from evaluation. I used two kinds of questionnaires for the survey. One of them, the MBI questionnaire, was used for analysing burnout, while the other, a questionnaire compiled by myself, was directed at surveying midwives' health culture and maintenance. I processed the data with the help of an IBM SPSS 23 statistical program package.

Findings: No evidence of burnout could be detected among ladies working as midwives.

Social and demographic factors (age, qualifications, family status and the division of areas within obstetrics and gynecology), and no significant difference could be evidenced by surveying relationship with burnout in either case. There was a considerable difference between the importance of emotional work and the time spent in healthcare, which has a significant impact on midwives' daily work.

In this sample, representing 7.3% of Hungarian midwives, more than 70% (71.2%) thought that her physical fitness was good or very good. Midwives attach significance

to the development of an appropriate life style and to having sufficient time to sleep. The ratio of smoking and alcohol consuming midwives (1%) does not exceed the corresponding ratio in the overall population.

During the analysis of burnout, I concluded that responses practically pushed the respondent's points into a single direction in the case of the individual parameters, and no outstanding result was obtained.

In the sample I analysed, the internal factors of work (overburden, appreciation, satisfaction) significantly correlates with the burnout dimensions. The factors of overburdening, appreciation and satisfaction primarily correlate to emotional efficiency from among the burnout dimensions. A comparison of their satisfaction with their chosen profession, midwifery, and their appreciation yielded nearly the same results. The most important difference was identified in the field of emotional burnout.

Conclusions: Midwives attach significance to the maintenance of their health and to the development of an appropriate health-conscious behaviour. They make efforts at passing this approach on to those who turn to them. Their responsible thinking is also reflected by the attitude that they regularly attend the various screen tests and avoid conducts that destroy health, e.g. smoking and the consumption of alcohol.

Based on the replies received in the course of the research, it cannot be clearly affirmed that midwives are affected by burnout. No such a comprehensive study of midwives in Hungary has been made so far.

10 IRODALOMJEGYZÉK

1. Rendelet és utasítás okleveles bábák számára (A belügyi m. kir. miniszternek a vallás-és közoktatásügyi miniszterrel egyetértőleg kiadott 1902. évi 95 000. számú rendelete).
[http://library.hungaricana.hu/hu/view/OGYK_RT_1902/?pg=991&layout=s&query=SZO%3D\(95.000%2F1902.%20B.M.](http://library.hungaricana.hu/hu/view/OGYK_RT_1902/?pg=991&layout=s&query=SZO%3D(95.000%2F1902.%20B.M.) letöltés: 2015. november 11.)
2. R. Várkonyi Á. (1990) Közgyógyítás és boszorkányhit. *Ethnographia*, Budapest, 101:384-438
3. Horn-Zoltán. A szülészet tankönyve, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1958:11.
4. Buda J. Az anyaság és bábaság története, Pécs Kiadó, Pécs, 1996:14-67.
5. Szent István Társulat. Az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, Budapest, 1979:45. (Ter 35, 16-17.)
6. Deáky Z. A baba a magyarországi népi társadalomban, Centrál-Európa Alapítvány, Budapest, 1996:39-42.
7. Werling J, Forrai M. A magyarországi bábaképzés főbb állomásai,
<http://vmek.oszk.hu/01800/01887/html/ezersz13.htm> letöltés: 2014. december 15.
8. Katona Z. A szülésznőképzés története Magyarországon a kezdetektől 1945-ig. *Batthyány-füzetek* 2. szám, Budapest 1991:1-10.
9. Varga K, Suhai G. Szülés és születés: lélektanon innen és túl, Pólya Kiadó, Budapest, 2010:5-30.
10. Fekete S. A bábaoktatás története Magyarországon,
http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk05/pdf/4.11.2/1970_055_056_fekete_san_dor_babaoktatasi_tortenete.pdf letöltés: 2015. november 2.
11. <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727>, letöltés: 2015. november 11.
12. Egészségügyi Közlöny. Az egészségügyi miniszter 8/1972. (Eü.K.5.) Eü.M. számú utasítása
13. Népjóléti Minisztérium. A szülésznő szakképesítés központi programja Budapest, 1994.

-
14. http://www.nefmi.gov.hu/letolt/ds/bologna_yes_hun_080311.pdf, letöltés dátuma: 2016. május 11.
 15. Fitzpatrick R. Lay concepts of illness. Fitzpatrick, R. Hinton J. Newman S, Scambler G, Thompson J. *The Experience of Illness*. Tavistock, London, 1984:11-31.
 16. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In Jaco, E, Gartley E. *Patiens, Physicians and Illness. A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. Collier-Macmillan, London, 1972:165-187.
 17. Dubos R. *The mirage of health*. New York, Harper, 1959:23.
 18. Badura B. Journal Article (PUB-ID: 1647829) Towards a conceptualization of stress as a subjective phenomenon. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1992: 354-363.
 19. Seedhouse D. *Changing Ideas in Health Care* Alan Cribb Wiley, 1989:236.
 20. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publ., San Francisco, 1979:1-255.
 21. Kishegyi J, Makara P. *Az egészségfejlesztés alapelvei. (Az egészségfejlesztés nemzetközi dokumentumai)* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2004:9-14.
 22. World Health Organization Basic Documents. WHO, Alapdokumentum, Genova, ([1948] 2001).
 23. Kéri K. *Az egészség kultúrtörténeti megközelítése (az ókortól a 18. századig)* 2007. In: Kállai J, Varga J, Oláh A. *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, Medicina Budapest, 2007. 37-50.
 24. *Britannica Hungarica Világenciklopédia VIII. kötet*, Budapest, 1997:688.
 25. Mark G. *Galen on food and diet*, Routledge Taylor and Francis Group, London, 2000:224.
 26. Schulteisz E. *Egy orvosi tanköltemény, a salerno „Regimen sanitatis”*, Orvostörténeti olvasmánytár, Budapest, 2012:1-3.
 27. Minker E. *Compendium Pharmacologicum*, SZOTE, 1987:247.

-
28. Apáczai Csere J. Magyar Encyclopaedia, Szépirodalmi Kiadó, Budapest, ([1655]1959:17-30. fejezet.
 29. Füstí Molnár S. A könyv az általános és egészségi művelődésben, Egészségügyi Felvilágosítás,1972:249-257.
 30. Kopp M. A 21. század lelke, Debreceni szemle, 2009:60-66.
 31. Petróczi E. Kiegész-elkerülhetetlen? Eötvös József Könyvkiadó Budapest, 2007.
 32. Fekete S. (1991) Segítő foglalkozások kockázatai. Helyer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 1:17-29.
 33. Beckstead W.J. (2006) Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39:785-792.
 34. Ádám Sz, Györffy Zs, Csoboth Cs. (2006) Kiegész (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, Budapest, 2:113-117.
 35. Pálfi F. (2002) A kiegész jelenségének vizsgálata ápolók körében. *Egészségügyi Menedzsment*, 2:20-24.
 36. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions. A socialpsychological analysis. In: Sanders GS, Suls J (eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. NJ Erlbaum, Hillsdale, 1982: 227-247.
 37. Kanste O, Miettunen J, Kyngäs H. (2006) Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 8:201-207.
 38. Pálfi F, Vranesicsé H. I, Németh K, Betlehem J. (2007) Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiegészi szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, Budapest, 4:3-13.
 39. Szemplédy I. (2004) A kiegész jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében. *Nővér*, Budapest, 3:10-17.
 40. Pálfi F. „Amikor már kihűlt a láng” – A kiegész vizsgálata ápolók körében. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet Ápolásmenedzsment Medicina, 2000. II. Járóbeteg szakdolgozói Konferencia
 41. http://www.stresszdoktor.hu/Egyre_gyakoribb_a_kieges_szindroma.html letöltés dátuma: 2016. április 27.

-
42. Ádám Sz, Györffy Zs, Csoboth Cs. (2006) Kiegész (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. Hippocrates, Budapest, 2:113-117.
43. <http://www.mindenamiember.hu/kieges-burnout-fazisai> letöltés: 2015.november 29.
44. Gogola I. (2010) A tanári hivatás nehézségei egy kutatás tükrében. Acta Beregsasiensis, 1:127-132.
45. Hézszer G. Miért? Rendszerszemlélet és lelkipozói gyakorlat.
Pasztorálszichológiai tanulmányok. Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadó, Budapest, 2001:83-88.
46. Komlósi P. A továbbképzések szerepe a kiegész megelőzésében.
http://epa.oszk.hu/02900/02943/00058/pdf/EPA02943_kapocs_2013_3_24-28.pdf,
letöltés dátuma: 2016. április 28.
47. Ágh D. A segítők betegsége – a kiegész. Katedra, Dunaszerdahely, 2013/14:15-16.
<http://katedra.sk/2013/11/24/agh-david-a-segitok-betegsege-a-kieges/> letöltés dátuma:2016. április 20.
48. Dávid I, Fülöp M, Pataky N, Rudas J. Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest, 2014:99-100.
49. Ónody S. Kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. Új Pedagógiai Szemle, Budapest, 2001:80-85.
<http://epa.oszk.hu/00000/00035/00049/2001-05-ta-Onody-Kiegesi.html> letöltés dátuma: 2016. február 10.
50. Selye J. (1976) Stressz distressz nélkül. Akadémia Kiadó, Budapest.
http://www.magtudin.org/SELYE_JANOS_Stressz_distressz_nelkul.pdf
51. http://stressz.blog.hu/2014/01/26/selye_janos
52. Ferenc K. (2015) A megküzdés egyéni és megküzdési módjai. Ki a főnök, a stressz vagy Ön? Élet és tudomány, Budapest, 47:1491-1493.
53. Hegedűs K, Kovács M. (2008) A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra. Hippocrates, Budapest, 2:6
54. Tandari-Kovács M: Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében. Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2010:12.
55. <http://stressz.bioenergetikus.hu/>, letöltés dátuma 2016. április 27.

-
56. Szabó N, Hegedűs K, Szabó G, Kopp M. (2008) Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. Nővér, Budapest, 1:10-16.
57. <http://docplayer.hu/7963252-Apolasugy-2009-23-evf-4-szam-minden-tagunkhoz-eljutunk-magyar-apolasi-egyesulet-1431-budapest-pf-190-felado.html>
58. Juhász Á. Munkahelyi Stressz. Munkahelyi Egészségfejlesztés Oktatási segédanyag. Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés, Budapest, 2002. <http://www.munkahelyiegeszsegfejlesztes.hu/docs/doc2.pdf>, letöltés dátuma: 2016. április 27.
59. Susánszky É, Szántó Zs. Magyar lelkiállapot. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013:89-104.
60. <http://www.oefi.hu/lelekrehangolva/utmutatomunkal.pdf> letöltés dátuma: 2016. február 20.
61. Salavecz Gy. A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Doktori értekezés, Budapest, 2011:27-28.
62. Natsja von Vegchel, Jan de Jonge, Bosma H, Schaufeli W. (2005) Reviewing the effort – reward imbalance modell: drawing up the balance of 45 empirical studies, *Social Science&Medicine* 60:1117-1131.
63. http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5580 Upstairs Consulting Elméleti és gyakorlati kézikönyv a munkahelyi stresszkezelés helyes gyakorlatának kialakításához. Letöltés dátuma: 2016. február 20.
64. <http://stressz-szorongas.hu/stressz/a-jo-stressz-eustressz>, letöltés dátuma: 2016. március 18.
65. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_pszichologia_es_szemelyisegfejlesztes_i/tananyag/JEGYZET-21-3.1._Tudat_es_aktivacio.scorml, letöltés dátuma: 2016. március 21.
66. http://old.ektf.hu/hefoppalyazat/pszielmal/a_motivci_fogalma.html, letöltés dátuma: 2016. március 25.
67. <http://www.gmconsulting.hu/2002/11/motivacio-es-motivaltsag/>, letöltés dátuma: 2016. március 24.
68. Horváth J. Fejezetek a menedzsment ismeretek tanulmányozásához <http://karrieriroda.nyme.hu/index.php/19290/>, letöltés dátuma: 2016. március 28.

-
69. Gyökér I. Menedzsment Alapjai Oktatási Segédanyag - 3. rész. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2012:7.
- 70
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007_c1_1054_1055_1057_va_lalati_gazd_tan_s_corm/4_2_3_frederick_herzberg_kettenyezoes_motivacios_elmelete_77X3I71J7qPAmrMw.html, letöltés dátuma: 2016. február 22.
71. Guiot M.J. Szervezetek és magatartásuk. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984:119-120.
- 72
http://penzugysziget.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=2258:08tetel&catid=284&Itemid=392, letöltés dátuma: 2016. március 5.
73. Fejes M. Menedzsment alapok. Budapest, 2010. <http://www.atanarur.hu/wp-content/uploads/2013/10/menedzsment-alapok.pdf>, letöltés dátuma: 2016. március 20.
74. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. (2009) Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65:2056-2066.
75. Knezevic B, Milosevic M, Golubic R, Belosevic L, Russo A, Mustajbegovic J. (2011) Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27:146-153.
76. Beaumont E, Durkin M, Caroline J, Martin H, Carson J. (2016) Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34:239-244.
77. http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5581 - Upstairs Consulting Útmutató a munkahelyi stressz kezeléséhez HR- szakemberek részére, letöltés dátuma: 2016. április 18.
78. Pikó B. Orvosi szociológia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006:33-45.
79. Pikó B. Egészségpszichológia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2002:134-147.
80. Kulcsár Zs. Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998:30-39.

-
81. Meleg Cs. Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. Magyar Pedagógia, Budapest, 2002:11-29.
 82. Benkő Zs. (2000) A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. Szennvedélybetegségek, Addictologia Hungarica, Budapest, 1:54-58.
 83. Gritz A. Semmelweis Egyetem ETK tantermi előadás, Budapest, 2006.
 84. Füstí Molnár S. (1976) Az egészségnevelés alapelveiről, elnevezésének kialakulásáról Egészségnevelés, Budapest, 5:200-204.
 85. Métneki J. 40 éves az intézményes egészségnevelés. NEVI Budapest, 1989:29-33.
 86. Métneki J. (2001) Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Történeti visszatekintés. Egészségnevelés, Budapest, 6:242-248.
 87. World Health Organisation Health Promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles, Alapdokumentum, 1984.
 88. World Health Organization. List of Basic Terms. Health Promotion Glossary, 1989:5-11.
 89. Gritz A. (2007) Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. Egészségfejlesztés, Budapest, 3:3-8.
 90. Pikó B. (2008) Életmód helyett életvezetés? Egészségkockázatok a posztmodern társadalomban. Valóság, Budapest, 5: 55-64.
 91. Székely L. Egészségnevelés múltból előre tekintve. PPEOE, Budapest, 1995:53-66.
 92. Gritz- Győry Zs. (2004) A modern egészségmagatartás-tan legújabb területe az epigenetika. Kalokagathia, Budapest, 2-4:42-64.
 93. Odor A, Tóth Gy, Csordás Á. A védőnő preventív alapeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2004:8-10.
 94. Soósné K. Zs. (2002) Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben. Egészségnevelés, Budapest, 6:276-279.
 95. Lipienné K. I, Mészáros J. (2014) A szülésznő megváltozott preventív szerepe a várandósgondozás során. Egészségnevelés, Budapest, 5-6:33-36.
 96. Soósné K. Zs. (2002) Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. Nővér, Budapest, 5:4-9.

-
97. Coolahan J. (Európa Tanács) Kulcskompetenciák. Egy kialakulóban lévő fogalom az általános kötelező oktatás területén. Eurydice, Az európai oktatási információs hálózat. 1996:26.
98.
http://pszk.nyme.hu/tamop412b/kompetencia_alapu_pedagogia/a_kompetencia_fogalm_a.html letöltés dátuma: 2016. január 25.
99. Nagy J. (2001) A személyiség alaprendszere: a célorientált pedagógia elégtelensége, a kritériumorientált pedagógia lehetősége. Iskolakultúra, Budapest, 9:22-38.
100. Motívum és tudásrendszerei
http://kompetencia.gyulaovoda9.eu/dl/Elmeleti_anyagok/Kompetenciak__kulcskompetenciak.pdf Nagy J, letöltés dátuma: 2016. január 26.
101. Udvardi-Lakos E. (2002) Lifelong learning, kompetencia. Szakképzési Szemle, Budapest, 1:18-38.
102. Csetneki J. Szülésznők Magyarországon 23. Országos Szülésznői Konferencia, Budapest, 2015. előadás (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara)
103. Gardó S. Szülésznői kompetenciák és felelősség. 17. Országos Szülésznői Konferencia, Győr, 2009. előadás
104. Lorenz R.V, Edinéis de Brito Guirardello. (2014) The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare, Rev. Latino-Am. Enfermagem 6: 926-933.
105. Lu H, Alison E. While K, Barriball L. (2007) Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. International Journal of Nursing Studies, 44:574-588.
106. Yoshida Y, Sandall J. (2013) Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. Midwifery, 29:921-926.
107. 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 1.§ (3).
108. Pezaro S, Clyne W, Turner A, Emily A. Fulton, Gerada C. (2016) 'Midwives Overboard' Inside their hearts are breaking, their make-up may be flaking but their smile still stays on. Women and Birth, 2:59-66.
109. Bogossian E. F, Long H. M, Benefer C, Dip G, Lindy J, Reid H, Susan E.M. Kellett, Grad Dip, Zhao I, Turner C. (2011) A workforce profile comparison of

-
- practising and non-practising midwives in Australia: Baseline data from the Midwives and Nurses e-cohort Study. *Midwifery*, 27: 342-349.
110. Sullivan K, Lock L, Caroline S.E. Homer (2011) Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales Australia, *Midwifery*, 27:331-335.
111. Behrman RE, Gotoff SP, Kliegman RM. A magzat és az újszülött. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC szerk. *Nelson a gyermekgyógyászat tankönyve*. Saunders. Első magyar nyelvű kiadás Szerk.: Fekete Gy. Melania Kiadó 1995:429-429.
112. Csetneki J. Szülésznők Magyarországon 23. Országos Szülésznői Konferencia, Budapest, 2015. előadás (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara)
113. Fiona E. Bogossian, Maryann H. Long, Benefer C, Grad Dip, Lindy J. Reid H, Susan E. M. Kellett, Grad Dip, Zhao I, Turner C. (2011) A workforce profile comparison of practising and non-practising midwives in Australia: Baseline data from the Midwives and Nurses e-cohort Study. *Midwifery*, 27:342-349.
114. Lipienné K. I, Dió M, Mészáros J. (2014) Burn-out Research Among Midwives. *New Medicine*, 4:146-150.
115. Hunter B. (2014) Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20:261-272.
116. Dehghan N, Negarandeh R, Vaismoradi M, Ahmadi F, Faghihzadeh S. (2009) Burnout and productivity among Iranian nurses. *Nursing and Health Sciences*, 11:263-270.
117. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. (2009) Work – related stress, education and work ability among hospital nurses. *Jurnal of Advanced Nursing*, 10:2056-2066.
118. Hammonda A, Foureur M, Caroline S.E. Homer, Davis D. (2013) Space, place and the midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women and Birth*, 26:277-281.
119. Hammond A, Foureur M, Caroline S.E. Homer (2014) The hardware and software implications of hospital birthroom design: A midwifery perspective. *Midwifery*, 30:825-830.

-
120. Stenglin M, Foureur M, GradDip ClinEpi. (2013) Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29:819-825.
 121. Hunter B, BNurs. (2005) Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21:253-266.
 122. Mollart L, Skinner M. V, Newing C, Foureur M. (2013) Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*, 26:26-32.
 123. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. (2013) Burnout in Swedish midwives. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4:87–91.
 124. Dorrian J, Paterson J, Dawson D, Pincombe J, Grech C, Ann E Rogers. (2011) Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives – Sono, estresse e comportamentos compensatórios por enfermeiras e parteiras australianas, *Rev Saúde Pública*, 45:922-930.
 125. Gibbons C. (2010) Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47:1299-1309.
 126. Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. (2010) A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30:78-84.
 127. Sheen K, Spiby H, Slade P. (2015) Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52:578-587.
 128. Halperin O, Goldblatt H, Noble A, Raz I, Zvulunov I, Michal Liebergall Wischnitzer L. M. (2011) Stressful Childbirth Situations: A Qualitative study of Midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56:388-394.
 129. <http://daganatok.hu/a-dohanyzas-es-a-rak>, letöltés dátuma: 2016. április 27.
 130. Poghosyan L, Aiken H. L, Sloane M. D. (2009) Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46:894-902.
 131. Galán F, Sammartín A, Polo J, Giner L. (2011) Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Students Survey *Int Arch Occup Environ Health*, 84:453-459.

-
132. Nie Z, Jin Y, He L, Chen Y, Ren X, Yu J, Yao Y. (2015) Correlation of burnout with social support in hospital nurses. *Int J Clin Exp. Med.*, 10:1944-1949.
 133. Thorsen C.V, Teten Tharp L. A, Meguid T. (2011) High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study *Bio Med Central Nursing*, 2011:9-10.
 134. Muliira R. S, Ssendikadiwa B.V. (2016) Professional Quality of Life and Associated Factors Among Uganda Midwives working in Mubende and Mityana Rural Districts. *Matern Child Health J*, 20:567-576.
 135. Mohammadpoorasl A, Maleki A, Mohammad H. Sahebihagh. (2012) Prevalence of professional burnout and its related factors among nurses in Tabriz in 2010 Iranian. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 7: 524-529.
 136. Leinweber J, Rowe J.H. (2010) The costs of 'being with the women': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26:76-87.
 137. McCathy G, Savage E, and Lehane E. (2006) Research priorities for nursing and midwifery in Southern Ireland. *International Council of Nurses*, 53:123-128.
 138. Mollart L, Skinner M. V, Newing C, Foureur M. (2013) Factors that may influence midwives work – related stress and burnout. *Women and Birth*, 26:26-32.
 139. Vittay K. (2001) *Ápolók és szülésznők az egészségért. Az EVSz ápoló-és szülésznő-képzési európai stratégiája.* Nővér, Budapest, 14:25-28.
 140. Országos Egészségfejlesztési Intézet. *Hogyan teremtsünk lelki egészséget támogató munkahelyet? Egészségfejlesztés*, Budapest, 2012:21-24.
 141. Pikó B. *Fiatalok pszichoszociális egészsége és magatartása a társas támogatás tükrében.* Osiris Kiadó, Budapest, 2002:4-25.

11 SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

11.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

1. **Lipienné Krémer I**, Dió M, Mészáros J. (2014) Burn-out Research Among Midwives, *New Medicine*, 28:146-150.
2. **Lipienné Krémer I**, Mészáros J. (2014) A szülésznő megváltozott preventív szerepe a várandósgondozás során. *Egészségfejlesztés*, Budapest, 55:33-36.
3. **Lipienné Krémer I**, Vincze F, Dió M, Mészáros J. (2015) Egészségmagatartási vizsgálat a szülésznők körében dohányzás, alkohol – és kávéfogyasztás tekintetében. *Egészség – Társadalom IME*, Budapest, 14:34-38.
4. Gurály E, **Lipienné Krémer I**, Mészáros J. (2015) A szülésznő egészségnevelő szerepe a humán papillomavírus-fertőzés megelőzésében. *Egészségfejlesztés*, Budapest, 56:25-33.
5. Járfás V, **Lipienné Krémer I**, Hoyer M. (2015) A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyai hangulatváltozásokra, primer prevenciók javaslatok. *Egészségfejlesztés*, Budapest, 56:10-18.
6. Ossik A, **Lipienné Krémer I**, Laky I, Mészáros J. (2015) A menstruációs higiéne ismeretének hiányából adódó leggyakoribb nőgyógyászati fertőzések a fiatalok lányok körében. *Védőnő Továbbképző szakfolyóirat*, Budapest, 25:26-32.
7. **Lipienné Krémer I**, Rados M, Pálvölgyi M, Dió M, Mészáros J, Soósné Kiss Zs. (2016) A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Medicine* 20:19-26.

11.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények

1. Szénási R, **Lipienné Krémer I**, Mészáros J. (2013) Gátmetszési gyakorlat hazánkban. *Nővér*, Budapest, 26:16-26.

2. Böcskei A, **Lipienné Krémer I**, Dobos A. (2015) A szülésznő szerepe mozgásukban korlátozott várandós nők szülőszobai ellátásában. Egészségfejlesztés, Budapest, 56:34-39.
3. Vincze F, **Lipienné Krémer I**. (2016) Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. Orvosi Hetilap 157:415–423. DOI: 10.1556/650.2016.30364

11.3 Könyvfejezetek

1. Dr. Bartusné Szabó Eleonóra – **Lipienné Krémer Ibolya**: Ápolási alapismeretek a 9.-10. évfolyam az egészségügyi és a szociális szolgáltatások szakmacsoport tanulói számára, Grafika Press nyomda, Budapest, 2004.
2. Dr. Bartusné Szabó Eleonóra – **Lipienné Krémer Ibolya**: Gondozási alapismeretek a 9-10. évfolyam az egészségügyi és szociális szolgáltatások szakmacsoport tanulói számára, Grafika Press nyomda, Budapest, 2005.
3. Dr. Bartusné Szabó Eleonóra – **Lipienné Krémer Ibolya**: Egészségkultúra, egészségtan a 9-10. évfolyam az egészségügyi és szociális szolgáltatások szakmacsoport tanulói számára, Grafika Press nyomda, Budapest, 2005.
4. **Lipienné Krémer Ibolya** - Marosiné Nemes Melinda – Póschné Bróda Ágota – Ridegné Cseke Irén: Gondozástan, Műszaki Kiadó, Budapest, 2010.
5. **Lipienné Krémer Ibolya** - Ridegné Cseke Irén: Állapotmegfigyelés, Műszaki Kiadó, Budapest, 2011.
6. Halmos Tamásné - **Lipienné Krémer Ibolya** – Ridegné Cseke Irén: Egészségfejlesztés Műszaki Kiadó, Budapest, 2011.
7. **Lipienné Krémer Ibolya** – Ridegné Cseke Irén: Betegmegfigyelés, Műszaki Kiadó, Budapest, 2016.

12 KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnék mondani témavezetőmnek Prof. Dr. Mészáros Juditnak, aki az elmúlt évek során bátorítással, biztatással hasznos beszélgetésekkel, tanácsokkal segítette munkámat. Prof. Dr. Rigó János munkahelyi vezetőmnek, aki tudományos kutatásomat figyelemmel kísérte és támogatta. Köszönöm, Dr. Pálvölgyi Miklósnak, hogy megismertette velem a statisztika világát, a statisztikai gondolkodás logikáját és azt a sok segítséget, türelmet, mellyel hozzájárult a kutatási eredményeim elkészítéséhez. Köszönöm Dr. Harmat Ágnesnek és Dr. Gritz Arnoldnének a szakmai és baráti tanácsokat, melyekkel végigkísérték dolgozatom elkészülését, valamint a szakirodalom felkutatásához nyújtott sok-sok segítséget. Köszönetet szeretnék mondani Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna kolléganőmnek, aki a publikálási lehetőségekben nyújtott számomra sok segítséget.

Végül köszönöm családomnak, férjemnek és lányomnak, akik szintén sok türelemmel, megértéssel, energiával töltöttek fel azokon a „nehéz napokon”, amikor arra a legnagyobb szükségem volt.