

Személyes és szakmai autonómia attitűdök vizsgálata hazai ápolók körében

NAGY ÉVA

NAGY ÉVA: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék –
nagyeva@se-etk.hu

ABSZTRAKT Jelen tanulmány arra a kérdésre keresi a választ, hogy az ápolói professzió erősödő szakmai autonómiatörekvései hogyan jelennek meg a hivatást gyakorlók személyes autonómiafelfogásában. Két dimenzió, az autonómia professzionális-szervezeti és az általános-egyéni aspektusának összekapcsolásával lehetőség nyílik arra, hogy képet alkossunk az autonómiatörekvések hatásairól, illetve arról, hogy az ápolói hivatás egyes szintjeinek képviselői által megfogalmazott autonómiatapasztalatok és igények hogyan érik el egymást.

A fogalmi keretek kidolgozásához három koncepcionális kérdést taglal részletesen a tanulmány. Az elérhető nemzetközi szakirodalom alapján egyfelől azt vizsgálja, hogy milyen megközelítések állnak rendelkezésre a szakmai autonómia fogalmi meghatározásához az egészségügyi/ápolói hivatás kontextusában. Másrészt a professionalizmus diskurzus áttekintésével fontosnak látjuk annak tisztázását, hogy milyen szereplők között és milyen folyamatok révén jön létre a szakmai autonómia jelentése. Harmadrészt definiálnunk kell a személyes autonómia jelentését is.

Ezen elméleti sarokpontok kijelölését követően, a SE-ETK, Társadalomtudományi Tanszékén 2016 és 2018 között folytatott „Ápolók komplex szocioökonómiai státusza és annak szociokulturális kontextusa” című kutatás keretében összegyűjtött adatokra támaszkodva az ápolók egyéni autonómia megélésének mérésére szolgáló mutatók megalkotását tűztük ki célul. A létrejött mutatók elemzésén alapuló eredményeket ismerteti a tanulmány második része.

Kulcsszavak: szakmai autonómia attitűdök, ápolói hivatás, személyes autonómia percepció, ápolók szocioökonómiai státusza

Attitudes toward personal and professional autonomy among Hungarian nurses

ABSTRACT The present paper analyses the correspondence of the strengthening autonomy aims of nurse profession and the personal autonomy perception of nurses. The linkages between the general-personal and organizational – professional aspects of autonomy give us a conceptional tool to identify the effects of professional autonomy objectives on nurse experiences.

To outline the theoretical frames, the study discusses three conceptional questions. First with the analyses of the literature, it examines the interpretations of professional autonomy in the context of health care/ nurse professions. Second, with the analyses of professionalism discourse in the relating sociology resources, we aim to identify the actors and processes of professional autonomy interpretations. Third, it is important to conceptualize the meaning of personal autonomy of nurses. On this theoretical basis, we aimed to determine and measure the main variables of Hungarian nurses' personal autonomy experiences.

Our results elaborated within the frame of the research „Complex socioeconomic status and its sociocultural context of Hungarian nurses” conducted by Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Sciences, between 2016 and 2018. Although our research has not specifically focused on professional and personal autonomy of nurses, but due to the undoubted



significance of the term in health protection and understanding of social and health status of the respondents, autonomy has been involved as a main dimension of the research.

Keywords: personal autonomy perception, nurse profession, professional autonomy attitudes, socio-economic status of nurses

BEVEZETÉS

Az elmúlt másfél évtized ápolástudományi szakfolyóiratait áttekintve az autonómia-fogalom iránti egyre erősödő érdeklődést tapasztalhatunk: az ápolásmenedzsmenttől az ápolói pályaszocializáció vizsgálatáig, az ápolásetikától az ápolók mentális egészségének alakulásáig mindenhol megjelenő fogalomról van szó. Direkt és indirekt módokon kapcsolódik a kiégés, a pályaelhagyás, vagy a munkával, munkahellyel való elégedettség kérdéseihez. A terebélyesedő szakirodalom az ápolók szakmai autonómiáját egyre inkább a professzionális ápolás gyakorlatát alapvetően befolyásoló tényezőként határozza meg (Stewart – Stansfield – Tapp 2004). A téma növekvő népszerűsége ellenére a hazai ápolók autonómia-megélését feltáró, az ápolói autonómia fogalmát komplex és szisztematikus módon vizsgáló kutatás nem született a korábbiakban. Ebben a térben helyezhető el jelen tanulmány, amely célját tekintve az ápolók egyéni és szakmai autonómia-tapasztalatának megértéséhez kínál kiindulópontokat.¹

Az autonómia értelmezésmódjainak átfogó elmélete nem csak az ápolástudományon, de a társadalomtudományos elméletalkotás szélesebb keretein belül sem jött létre, nem csak a magyar, de a nemzetközi kontextusban sem. Kialakultak persze tematikus csomópontok: az utóbbi tudományterület esetében az autonómiát középpontba állító témakörök közül a munka modern társadalmakban betöltött szerepére reflektáló megközelítések alkotnak ilyen, melyek többek között a munkavégzésben megnyilvánuló autonómia problémájára helyezik a hangsúlyt (Lallement 2015). Ide horgonyozhatók le a professzionalizáció jelenségét tanulmányozó kérdésfelvetések is, amelyek megkerülhetetlen kulcsszava az autonómia.

A kétezres évek közepére a professzionalizmusra egyre inkább olyan dinamikus jelenségek-ként tekintünk, amelynek tanulmányozásával pontosabban érthetjük nem csak a foglalkoztatás terében bekövetkező, de a szélesebb társadalmi jelenségeket – például a társadalmi mobilitást, egyenlőtlenségi viszonyokat stb. – érintő változásokat is. A klasszikus nagy professziók térvésztesét jósló állásfoglalásokkal párhuzamosan, a professzionalizmus kifejezés széleskörű elterjedésének lehetünk tanúi. A professzionalizmus a magas szintű foglalkozási autonómia ígéretét magában sűrítő varázsígévé vált a feltörekvő és a régóta a professzionalizáció útján járó pályák esetében egyaránt. A közjót célzó szolgáltatásokat biztosító, zömében nők által művelt szakmák esetében, amilyen az ápolói, szülésznői hivatás, pedagógusi, gyógypedagógusi pálya, vagy a szociális munka különösen fontossá válik a professzió-tartalmak újratárgyalása, s ezzel új, genderizált kontextusba helyeződnek az autonómia és kontroll kérdései is (Ackroyd 2016, Evetts 2003b).

Jelen tanulmány részben ehhez a problémakörhöz köthető, ugyanakkor túl is mutat azon, amikor arra a kérdésre keresi a választ, hogy az ápolói professzió erősödő szakmai autonómia-

¹ A tanulmányban bemutatott eredmények az „Ápolók komplex szocioökonómiai státusa és annak szociokulturális kontextusa” című kutatás keretében születtek, amely 2016 és 2018 között zajlott, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszékén. A kutatás vezetője: dr. Vingender István.



törekvései hogyan jelennek meg a hivatást gyakorlók személyes autonómia-felfogásában. Két dimenzió, az autonómia professzionális-szervezeti és az általános-egyéni aspektusának összekapcsolásával lehetőség nyílik arra, hogy képet alkossunk az autonómiatörekvések hatásairól, illetve arról, hogy az ápolói hivatás egyes szintjeinek képviselői által megfogalmazott autonómiatapasztalatok és igények hogyan érik el egymást.

A fogalmi keretek kidolgozásához szükségesnek látszott tisztázni három koncepcionális kérdést. Egyfelől azt, hogy milyen megközelítések állnak rendelkezésre a szakmai autonómia fogalmi meghatározásához az egészségügyi/ápolói hivatás kontextusában. Másrészt a professzionalizmus-diskurzus áttekintésével fontos annak tisztázása, hogy milyen szereplők között és milyen folyamatok révén jön létre a szakmai autonómia jelentése. Harmadrészt definiálnunk kell a személyes autonómia jelentését is.

Ezen elméleti sarokpontok kijelölését követően, a kutatásunk keretében összegyűjtött adatokra támaszkodva az ápolók egyéni autonómia megélésének mérésére szolgáló mutatók megalkotását tűztük ki célul. Ezek kiindulópontul szolgálhatnak a személyes és a szakmai autonómia dimenziók közti kapcsolatok megértéséhez is. A tanulmány második felében ezen összefüggések feltárására kerül sor.

I. AZ AUTONÓMIA JELENTÉSVÁLTOZÁSAI A PROFESSZIONALIZMUS-DISKURZUSBAN

Az autonómia kifejezés ókori görög eredetű, etimológiáját tekintve az *auto* (ön) és a *nomos* (törvény, szabály) szavakból származik, eredeti jelentése szerint a saját törvény megalkotásának jogára utal. A szakirodalomban elérhető számtalan meghatározás az autonómia szinonimáiként használja a szabadság, függetlenség, szuverenitás, az önirányítás, önrendelkezés képességének fogalmait (Wade 1999).

A fogalom megkerülhetetlen az ápolói hivatás professzionalizációs folyamatainak vizsgálatában, noha az egyes professzionalizmus-megközelítések elméleti horizontjuktól függően eltérő módon fogalmazzák meg jelentését és jelentőségét. A professziók gyakorlói a társadalmi-gazdasági-kulturális változások nyomán maguk is folyton újrafogalmazzák autonómia-elvárásaikat, és reflektálnak autonómiatapasztalataikra, ami tovább erősíti a fogalom sokszínűségét. Mindez egyértelműen rámutat a szakmai autonómia jelenségének kettős, aggregált (Wade 1999) – szociális és egyéni, vagy másképpen fogalmazva strukturális és attitűd szintű (Hall 1968) – természetére. Eszerint a szakmai autonómia fogalma egyszerre utal egy hivatás társadalmi térben kivívott autonómiájára, másrészt az egyes szakemberek által megélt autonómia tapasztalatára, illetve az autonóm munkavégzésről alkotott nézeteire, elvárásaira. A professzionalizmus-diskurzus alakulásával egyre nagyobb hangsúlyt kap ez utóbbi, személyes, attitűd szintű dimenzió. Emellett az autonómia fogalmának új értelmezési perspektívái – így az autonómia relacionális jellegét hangsúlyozó megközelítések – tovább bővítik azon vizsgálatok körét, amelyek a szakmai autonómiát az egyén szociális világába ágyazva próbálják megérteni. Az alábbiakban ezt a perspektíva változást igyekszem bemutatni, áttekintve az autonómia fogalom helyét a professzionalizáció diskurzusban. Ennek segítségével megtalálhatjuk azokat az értelmezésmódokat, amelyek segítségünkre lehetnek az ápolók személyes autonómia megélésének vizsgálatához is.



Julia Evetts 2013-as tanulmányában a professziókutatást meghatározó hangokat három megközelítés mentén csoportosítja, melyeket *a professzió*, *a professzionalizáció* és *a professzionizmus* címke-fogalmával jelölt. Attól függően, hogy hogyan változik ezek dominanciája a professziókutatás terében, nyomon követhetők azok a fókuszváltások is, amelyek a professzionizmus és autonómia kapcsolatát jellemzik (Evetts 2013).

A professzió-fókuszú megközelítés azokra a szociológiai kísérletekre utal, amelyek a professzió megkülönböztető kategóriájának kidolgozására törekuszenek, kijelölve a professziókat más foglalkozásoktól elválasztó definíciós sajátosságait. Az ekkor születő tanulmányokban közölt, többé-kevésbé ad hoc módon listába szedett professzió-jegyek közé került a munka felé mutatott altruisztikus viszonyulás, a szisztematikusan kidolgozott tudás, melyet az adott professzió gyakorlói kizárólagosan birtokolnak egy adott területtel kapcsolatban, a laikus kontroll hiánya, illetve a tudás elsajátításához szükséges formális képzés. Ezekén túl fontos tényező a terület belső ellenőrzését (így a képzést, a rekrutációt és a munkavégzés kontrollját is) ellátó szakmai testület fenntartása, ami a szakmai önszerveződés biztosítása mellett voltképpen a professzionális autonómia kivívásának és fenntartásának kulcsa (Saks 2016, Kleisz 2002).

Bár e klasszifikáción alapuló kezdeti megközelítéseket számos kritika érte, a strukturális szintű szakmai autonómia tartalmi meghatározásához fontos elemeket kínálnak. Freidson a klasszikus professzió-meghatározások kulcselemeként említi, hogy ezek szerint a professziók más szakmákhoz képest nagymértékben mentesülnek a társadalmi kontroll hierarchikus formáitól, ezzel szemben inkább az önszabályozás, a munka belső hivatás-kontrollja jellemző rájuk (Freidson 1984). A professzióként számon tartott pályákat jellemző egyéni kontroll a szakemberek kiemelten specializált tudásából fakad, s ezen alapul a szakmai autonómia két fő komponense: a munkavégzés során érvényre jutó szabad döntéshozás, valamint a külső szabályozásnak, ellenőrzésnek való ellenállás képessége.

A korai professzió-elméleteket kritizáló interakcionizmus professzió-értelmezése szerint a professzióként azonosított csoportok befelé egyáltalán nem homogének, tagjai nem egyformán autonómak és nem egyenlő mértékben osztoznak a megszerzett privilégiumokban sem. Ezért meglátásuk szerint a kutatói figyelemnek inkább azokra a professzionalizációs folyamatokra kellene irányulnia, amelyek során a professzióként megjelölt foglalkozások a mindennapi életben megszervezik önmagukat annak érdekében, hogy a szolgáltatások piacán különleges pozíciót vívjanak ki maguknak, létrehozzák és fenntartsák professzionális autonómiájukat, illetve a tevékenységükre és a tudásra vonatkozó monopóliumukat és az ezzel járó előnyöket (Larson 1977). Ezzel a szempontváltással a szakmai autonómia tartalma meghatározott szereplők között zajló egyezkedés eredménye, mely a professzionalizációs folyamat részeként konstruálódik. Így fontos kérdéssé válik, hogy mely szereplők és hogyan töltik fel tartalommal az autonómiatörekvéseket.

Az egyes professziók közt is versengés folyik annak érdekében, hogy az egyes hivatássterületek biztosítsák a maguk számára a weberi értelemben vett társadalmi kizárás lehetőségét („social closure” vagy Freidson „market shelter” fogalma). A professzionalizáció tulajdonképpen olyan határteremtési folyamat, amely során az állammal folytatott alkudozás és az egyes foglalkozások közti verseny eredményeként megszületnek azok a jogi garanciák, amelyekkel egy professzió által elfoglalt piaci tér uralható. Az egyes professziókön belül működésbe lépnek a belső szolidaritást és a kívülről kizárását biztosító mechanizmusok, körvonalazódnak



a professzió hivatalos gyakorlóit megillető előnyök, így a kiemelkedő státusz és presztízs (Magos 2017). Mindezek alapján a professzionalizmus két fő értelmezési modellje rajzolódik ki (Evetts 2013), amelyek szakmai autonómia-megközelítése jelentősen eltér egymástól. Az egyik olyan minőségként definiálja a professzionalizmust, amely a foglalkozások meghatározott köréhez kapcsolódó értékrendben fejeződik ki. A professzionalizmus az alapvető erkölcsi normák képviseletében, a közjó szolgálatában, és az ezzel járó altruista gyakorlatokban mutatkozik meg, alapvetően hozzájárulva így a modern társadalom működéséhez. Ezen önfeláldozó attitűdért és a szakértelem kompromisszum nélküli alkalmazásáért cserébe az állam nagyfokú autonómiát biztosít e professzionális csoportok számára. Ugyanakkor épp a professzionális autonómiával járó túlzott kontrollt bírálják azok a megközelítések, amelyek a professzionalizmust inkább ideológiai konstrukciónak látják, amely mögött az elvont, magasztos értékek képviselete helyett a professziók gyakorlóinak saját érdekeik érvényesítésén munkálkodnak. A professzionalizmus ideológiája egyfajta hegemon hitrendszer formáját ölti, amelynek fenntartásával biztosítható a társadalmi ellenőrzés a klasszikus professziók – így például az orvosi és a jogi pálya – aktorai számára, többek között a laikus gyakorlatok világának szakértői uralmán keresztül, körbebástyázva így az egyes professziók kivívott monopóliumait (Macdonald 1995, Kleisz 2002, Evetts 2013).

Az 1970-es évek közepe óta időről időre megjelennek olyan álláspontok, amelyek a professzionalizáció tévesztéséről, proletarizációjáról, a professziók eltűnéséről, a deprofesszionizáció (Haug 1972) folyamatáról szólnak. A változások megingatni látszanak a klasszikus professziók pilléreinek stabilitását: az egyes tevékenységterületekre vonatkozó tudás-monopóliumok megkérdőjelezhetetlenségét, vagy a pozíciókra, jogokra vonatkozó álammal kötött alkuk tartalmát (Evetts 2003a) és a kivívott osztályelőnyöket (Macdonald 1995), különösen csorbítva ezzel a szakmai függetlenségen és önrendelkezésen alapuló professzionális autonómiát. Emellett újabb és újabb professzió aspiránsok jelentek meg a piacon, amelyek a hagyományos nagy professziók által kivívott előnyök részeként erős autonómia megszerzését ígérnek tagjaiknak.

E változások hozzájárulnak a professzionalizációval összefüggő autonómia jelentésének újraértelmeződéséhez is. Lehetőség nyílt annak megmutatására, hogy a professzionalizáció projektje miként járul hozzá a „Más”-nak tekintett, elnyomott társadalmi csoportok – nők, kisebbségek, bevándorlók – alárendeltségét fenntartó társadalmi struktúrák újratermeléséhez (Davies 1996, Bourgeault et al. 2004, Wrede 2010). A professzionalizáció új hullámaival ugyanis azok a professziók, amelyek képviselői ezen csoportokból kerültek ki (így többek között az ápolók, szülésznők, szociális munkások) kisebb-nagyobb sikerrel lépéseket tettek a professzionális hegemonia megbontása felé (Davies 1996), rámutatva a demokratikus professzionalizáció koncepciójának szükségességére (Dzur 2008).

A professzió-fogalom ezredfordulós virágzására reagálva mind szélesebb teret kap a professzionalizáció diskurzív megközelítése. A figyelem diskurzusokra terelődésével fontossá válik az a kérdés, hogy hogyan teremtik meg a professziók gyakorlóinak a hétköznapi cselekvés során szakmai tevékenységük legitimációját, illetve miként fogalmazzák meg saját(os) valóságértelmezésüket, s hogyan győznek meg másokat ezek érvényességéről. Lehetőség nyílik tehát a professzionalizmus mikro- és makroszintű dimenzióinak összekapcsolására is, hiszen az egyes professzió-diskurzusok én- és identitásformáló erővel bírnak (Ackroyd 2016), megtestesülnek a tagok szakmai és személyes önképének elbeszélsmódjaiban is. Így a kutatói te-



kintet a társadalmi csoportok működésének szintjéről az egyes cselekvők személyes világára vetülhet.

Ezt az utat követve a szakmai autonómia értelmezése is diszkurzív keretbe helyezhető. Ennek megfelelően az autonómia folyamatos jelentésadás következménye, ami csoportszinten az egyes szakmák közti professzionalizációért folyó hatalmi versengés nyomán bontakozik ki. Az új évezredre a professzionalizmus-értelmezés több értelemben vett emancipációs dimenzióval bővült, aminek eredményeképpen a „*professionalism as power*” megközelítéssel szemben megjelenik a „*professionalism as empowerment*” megközelítés. A klasszikus értelemben a professzionalizmus néhány kiválasztott társadalmi csoport egyirányú kontrollon alapuló hatalommal való felruházását jelentette, amely tulajdonképpen az általuk kivívott széleskörű szakmai autonómia bástyájaként is szolgált. Az új szakaszban azonban a professzionalizáció ezen struktúrák alóli felszabadulást és az önrendelkezésben, érdekképviselésben megtestesülő autonómia lehetőségét hordozza a feltörekvő szakmák számára (Evetts 2014).

Ugyanakkor a szakmai autonómia kérdése nem csak a foglalkozási csoportok közti egyezkedés során, hanem az egyes szakemberek mindennapi munkáját meghatározó összetett viszonyok mentén is vizsgálható és vizsgálendő. Már G. V. Engel is, a bürokratikus szervezetekben dolgozók autonómia megélését feltáró tanulmányában, a professzionális autonómia két egymással összefüggő szintjéről beszél: az egyes szakemberek individuális és a professzió mint kollektivitás szintjét különíti el egymástól (Engel 1970). Ezek mellett a szakmai autonómia egyéni gyakorlása és megélése nem elválasztható az adott munkahely belső viszonyaitól, így például annak hatalmi rendjétől, íratlan és írott szabályaitól. Hiszen aligha járul hozzá a szakmai autonómia megélésehez az, ha formálisan rendelkezik ugyan egy egészségügyi szakember azzal a joggal, hogy önálló döntést hozzon a beteg ellátásának módjáról, ha az az intézményi kultúra, amelyben a munkáját végzi, nem támogatja a független döntéshozás gyakorlatát (MacDonald 2002). Ahogyan szakterületenként és hierarchikus viszonyait tekintve egyre inkább diverzifikálódik egy hivatás, annál nagyobb szerepe lesz az egyes intézmények autonómia-felfogásának, ami mezo-szintként a szervezeti és az individuális szint közé helyezhető.

A diszkurzív megközelítésben tehát a szakmai autonómia viszonylagos és szituációhoz kötött: az egyes szakemberek egymással és a kliensekkel folytatott érintkezése során artikulálódik. Része annak a normatív diskurzusnak, amely során egy adott professziót szabályozó és működtető elvek és gyakorlatok létrejönnek (Shore – Wright 1997).

Az elmúlt két évtizedben feminista szerzők által kidolgozott relacionális autonómia-felfogás az autonómia ezen kontextusba ágyazottságát emeli ki, miközben a korábbi, liberális autonómia-megközelítés kritikáját szolgáltatja. Utóbbi az autonómia idealizált modelljét építi fel, amikor az autonómiát az önálló, érdekeit képviselni tudó, független személyek szabad cselekvésének jellemzőjeként határozza meg azt. Ez azonban torz értelmezéshez vezet, hiszen senki sem független teljes mértékben. Az autonóm cselekvők nem atomikusan elválasztott és egyfajta szociális vákuumban működő individuumok, akiket kizárólag az önérdék vezérel. A koncepció nem veszi figyelembe az egyént és kultúráját összekötő kapcsolatokat sokszínűségét és összetettségét, ahogyan azt sem, hogy valamennyiünk világa, értékszemléletünk, identitásunk, gondolkodásmodunk társadalmi konstrukció nyomán jön létre. Az egyéni tapasztalatok, az egyént kényszerítő elnyomó társadalmi viszonyok vagy éppen a kivívott privilégiumok hatással vannak az autonómia érvényesítésének képességére is. A relacionális autonómia koncepciója a társadalomba ágyazott egyén képe köré épül, akinek személy mivolta folytono-



san formálódik, módosul az őt körülvevő társadalmi viszonyrendszerben. Az egyén másokkal való összekötöttségének köszönhetően a kölcsönös függőség ténye áthatja az én e relacionális értelmezését. Az egyéni autonómia gyakorlása így interperszonális és politikai kapcsolatok közegében konfigurálódik (Sherwin 1998, Ells et al. 2011). A relatív függő/független egyének annak módjait keresik, hogy hogyan tudják értelemtelen irányítani a sorsukat a kölcsönös függőségek átfogó hálójában.

Az ápolói autonómia tényleges gyakorlásához ennél fogva nem elég pusztán a külső befolyás nélküli, szabad szakmai döntéshozás teljesülése. Ehelyett olyan személyes és intézményi viszonyok működésére van szükség, melyek a valódi választás lehetőségét biztosítják az ápolói munka során. Mindez éppúgy magában foglalja egy egészségügyi intézmény hierarchikus viszonyait, mint az egyéni anyagi biztonság, vagy a támogató személyes struktúrák meglétét, amilyenek a család vagy a baráti kapcsolatok (MacDonald 2002).

Az itt felvázolt elméleti keret autonómia-konceptióját felhasználva fogalmazhatjuk meg azt a kérdést, ami e tanulmány megírásához vezetett: kibontakozhat-e az erősebb szakmai autonómia iránti igény akkor, ha az adott szakma képviselői személyesen a szakmai autonómiájuk korlátozottságát tapasztalják meg? Egyáltalán az adott ápolói hivatással összefonódó magas autonómia-elvárások vajon megjelennek-e az ápolók egyéni autonómia-értékeiben és egyéni, valamint személyes szakmai autonómia-megélésükben?

E kérdések empirikus ellenőrzése nem csak az érintett társadalmi csoport autonómiával kapcsolatos attitűdjeiről ad részletesebb képet. Átfogóbb keretbe helyezve az autonómia egyéni és szakmai megélése nem elválasztható az ápolók szocioökonomiai és szociokulturális sajátosságainak alakulásától, melynek komplex bemutatására kutatásunk vállalkozott.

II. A KUTATÁS MÓDSZERTANA ÉS A MINTA JELLEMZÉSE

A tanulmány alapjául szolgáló kutatást a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának Társadalomtudományi Tanszékéhez kötődő interdiszciplináris kutatócsoport végezte, 2016 és 2018 között. A kutatás célja az volt, hogy komplex képet rajzoljon az ápolókat jellemző szocioökonomiai és szociokulturális sajátosságokról, figyelembe véve az ápolók társadalmi rétegzettségét.² A vizsgálat kiterjedt az ápolói munka kompetencia-kontextusára, munkahelyi és karrierlehetőségeire, illetve az ápolói mobilitás jellegzetes útjaira is. Emellett figyelmet fordítottunk a származás, az életmód mintáinak megismerése mellett a társadalmi kirekesztettség megélésére, az objektív és szubjektív depriváció megjelenésére a hazai ápolók körében. A kutatás kiterjedt az ápolók életvilágának megismerésére, amelynek részeként az ápolói szerepet, szakmai identitást meghatározó értékekkel kapcsolatos elképzelésekre is rákérdeztünk. Itt kapott hangsúlyt az egyéni és a szakmai autonómia megéléseinek kérdése. Bár a kutatásnak nem volt kifejezett célja az ápolók autonómia-percepciójának vizsgálata, ugyanakkor a kutatás egyik hipotézise szerint feltételeztük, hogy megkérdezettjeink a személyes sors alakításának lehetőségét szűkösen látják, megítélésük szerint szakmai karrierjük, jövőterveik beválását kevésbé az egyéni döntések, mint inkább külső körülmények határozzák meg.

² A kutatás részletesebb módszertani hátterét Vingender István „Ápolók önreflexív társadalmi presztízse” című, e lapszámban publikált tanulmánya mutatja be.



A kutatás kvantitatív, önkitöltős kérdőíveken alapuló statisztikai adatelemzést alkalmazó vizsgálat volt. A kérdőív egyes blokkjait jellemzően kutatópárok állították össze az adott dimenzióhoz kapcsolódó módszertani előzmények áttekintését követően, ám az egyes blokkok tartalmát, azok sorrendjét a kutatócsoport tagjai közösen véglegesítették. A kérdőíves vizsgálat rétegzett mintán történt. A reprezentativitás kiválasztott szempontjai a következők voltak: az ápolók iskolai végzettsége, beosztása és munkahelytípusa (kórház, klinika, szakrendelő, háziorvosi rendelő, házi ápolás, szociális szféra stb.). A reprezentativitási mutatóknak megfelelően egészségügyi intézményeket kerestünk meg, ahol az országos rétegzettségi adatokkal összhangban kértünk fel ápolókat a kutatásban való részvételre. Mintánk összeállítása az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ Migrációs és Humánerőforrás Módszertani Főosztály által rendelkezésünkre bocsátott 2015. május 11-i állapotnak megfelelő adatok alapján történt. A postai úton kiküldött közül 682 értékelhető példány érkezett vissza. Bár minden általunk vizsgált intézménytípusból és az ország minden megyéjéből kaptunk kitöltött kérdőívet, de annak érdekében, hogy a mintánk még pontosabban tükrözze a célcsoportot, a lakóhely megyéjére, illetve az egészségügyi végzettség típusának a lakóhely régióin belüli eloszlására súlyoztunk (Pálvölgyi 2018).

A válaszadók túlnyomó többsége nő volt, a mintába összesen 25 férfi került be (3,6%) (37-en nem válaszoltak). A válaszolók átlagéletkora 43,2 év (szórás: 9,1 év), a legfiatalabb 21, a legidősebb 73 éves volt a megkérdezés idején. Az életkori megoszlás alapján kevés a fiatal: a 40 évesnél fiatalabbak aránya 29,9%, több mint negyedük pedig betöltötte 50. életévét. A megkérdezett ápolók zöme (84,7%) érettségivel rendelkezik, 14,2%-uk diplomás, csak 0,6%-nak van érettséginel alacsonyabb szintű végzettsége.

III. EREDMÉNYEK – A HAZAI ÁPOLÓK AUTONÓMIA-MEGÉLÉSÉNEK MINTÁZATA

III.1. Az egyéni autonómia-attitűd meghatározása

A magyar professziókutatás fő területeit meghatározó munkák egyfelől a klasszikus professziókat napjainkban jellemző folyamatokat, ezek belső rétegzettségét, szakmai sajátosságait mutatják be, itt említhetők többek között a jogász hivatás (Fónai 2014), vagy az orvosi pályaszocializáció kérdéseivel (Molnár et al. 2003) foglalkozó monografikus munkák, tanulmányok. A segítő hivatások vagy a pedagógus pályakép elemzésére vállalkozó munkák képviselik e kutatási terület másik nagy szegmensét (Pikó – Piczil 2000, Kozma 2002, Nagy 2009). A hazai professziókutatás azonban nem tér ki részletesen az ápolók személyes autonómia-értékeit és autonómia-percepcióját érintő kérdésekre, így az ápolók egészségi állapotát, stresszterheltségét, kiegészi szintjét, munkahelyi elégedettségét vizsgáló, illetve az ápolók autonómia-értelmezését és autonómia-megélését feltárni kívánó hazai és nemzetközi kutatások tapasztalatait figyelembe véve fogalmazhatunk meg feltételezéseket autonómia-megélésük mintázatait illetően.

A nemzetközi szakirodalomban fellelhető kutatási előzmények áttekintésével (Weinstein 2012, Deci – Ryan 2012, Keenan 1999, Skår 2009, Doyle és Gough 1986, Underlid 2012) vizsgálá-



latukban elfogadott egyéni autonómia-definíciót három elméleti dimenzió alkotja, melyek az alábbiak.

- **Az ágencia dimenziója:** az egyéni sors aktív alakításának, a jelen irányításának lehetőségét és képességét jelenti, az életet meghatározó események és körülmények fölötti személyes kontroll tapasztalatából, az önrendelkezés megéléséből fakad. Ez a fajta aktivitás abban is megnyilvánul, hogy az autonóm egyén képes reflektálni az őt ért változásokra, kihívásokra, kudarcokra és korlátokra is, tudatosságának köszönhetően a kényszerek megléte ellenére cselekedhet autonóm módon.
- **A belső és külső kényszerektől való szabadság dimenziója:** A negatív szabadság fogalmából merítve külön dimenzióként kezeltük azt, ahogyan valaki megéli az őt korlátozó akadályok, a külső és belső kényszerek rendszerét, kialakítva így a szabad cselekvés és döntéshozás dimenzióját.
- **Céltudatosság dimenziója:** A reflexivitás képessége feltételez egyfajta tudatosságot, amely a rendelkezésre álló ismeretek birtokában a jövő irányításának, kézben tartásának igényét is magával hozza. A személyes autonómiát meghatározó sajátosságok között harmadik dimenzióként így a céltudatosságot jelöltük meg, s az autonómia meglétét egyfajta proaktív beállítottsághoz, jövőorientáltsághoz kötöttük.

Meglátásunk szerint a személyes autonómia megéltsége annál nagyobb, minél inkább élhet valaki azokkal a lehetőségekkel, illetve minél szélesebben gyakorolhatja azokat a képességeket, amelyeket e három dimenzió lefed.

Kérdőívünkben e dimenziók mérésére magunk dolgoztunk ki kérdéseket. 19 állítást tartalmazó hétfokozatú Likert-skálát állítottunk össze, amelyben az 1-es az „egyáltalán nem ért egyet”, a 7-es pedig a „teljes mértékben egyetért” választ jelentette (Cronbach-alfa: 0,64). Az előre meghatározott autonómia-dimenziókhöz a céltudatosságnál hét, az ágencia és a kényszerektől való mentesség esetében hat-hat kérdés kapcsolódott. Az 1. táblázat tartalmazza az egyes kérdésekhez tartozó átlag- és szórásértékek alapján kialakult rangsorokat.

1. táblázat Az autonómia-dimenziókat alkotó kérdések rangsora

Rangsor	Ágencia-itelemek	Átlag	Szórás	N
1.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a családomban.	5,65	1,443	617
2.	Úgy érzem, hogy szabadon dönthetek a saját sorsomról.	4,35	1,657	615
3.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a munkahelyemen.	3,32	1,591	614
4.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a lakóhelyemen.	2,99	1,715	616
5.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik körülöttem a világban.	2,83	1,808	614
6.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik az országban.	1,74	1,177	611



(Az 1. táblázat folytatása)

Rangsor	Belső és külső kényszerekre vonatkozó itemek	Átlag	Szórás	N
1.	Anyagi helyzetem megakadályoz abban, hogy megvalósítsam az elképzeléseimet.	4,88	1,794	612
2.	A családi helyzetem akadályoz abban, hogy megvalósítsam az elképzeléseimet.	3,05	1,768	600
3.	Az egészségem alakulása akadályoz abban, hogy megvalósítsam az elképzeléseimet.	2,99	1,757	606
4.	A lakóhelyem akadályoz abban, hogy megvalósítsam az elképzeléseimet.	2,53	1,703	609
5.	Mások véleménye akadályoz abban, hogy a számomra fontos dolgokkal foglalkozzam.	2,34	1,523	604
6.	A nemem akadályoz abban, megvalósítsam az elképzeléseimet.	2,10	1,460	606
Rangsor	Céltudatosságra vonatkozó itemek	Átlag	Szórás	N
1.	Fontos, hogy az embernek több terve is legyen a jövőre.	5,67	1,288	613
2.	A siker alapja, hogy mindig legyen jó ötlete az embernek.	5,18	1,343	615
3.	Pontos elképzelésem van arról, hogy hogyan alakítsam az életem.	4,98	1,482	615
4.	Kitartással és kemény céltudatossággal bármilyen terv megvalósítható.	4,87	1,584	610
5.	Úgy érzem, az élet tele van lehetőségekkel.	4,38	1,494	616
6.	A világ túl kiszámíthatatlan, ezért nem érdemes hosszú távra tervezni.	3,66	1,726	603
7.	Mindegy, hogy vannak-e terveim, úgysem rajtam múlik ezek megvalósítása.	3,64	1,652	607

Forrás: Sajtó szerkesztés 2020

Az ágencia dimenzióját alkotó kérdéseket áttekintve úgy látjuk, hogy a megkérdezett ápolók leginkább a családi életben érzik erősnek egyéni befolyásukat, elsősorban itt tapasztalják azt, hogy maguk képesek alakítani, irányítani az eseményeket, illetve maguk dönthetnek a családot érintő kérdésekről. Ahogyan távolodunk a személyesség szféráitól, annál inkább gyengülni látják hatókörüket, ugyanakkor az egyéni sors alakításánál 4 fölötti átlagot (szórás 1,657) találunk. Vagyis tapasztalataik szerint az életüket meghatározó külső viszonyokra gyenge a hatásuk, még a mindennapjaikat akár közvetlenül meghatározó lakóhelyi és az országos történéseket sem befolyásolhatják igazán (utóbbinál találjuk a legalacsonyabb átlagértéket), mégis erős marad az egyéni sors alakításának érzete (átlag 4,35; szórás 1,657). Az így kialakult mintázat azt sugallja, hogy megkérdezettjeink számára a személyes szféra és a közügyek szférája távol áll, eloldódik egymástól. A nemek közti összehasonlításban vizsgálva az ágencia-kategóriák átlagainak alakulását, a nők átlagai a személyes szférára vonatkozó kérdéseknél csaknem megegyeznek a férfiakéval, de a külső tényezőket kevésbé érzik befolyásolhatónak a férfiakhoz képest (2. táblázat).



2. táblázat Ágencia kategóriák átlagainak alakulása nemenként

		Úgy érzem, szabadon dönthetek a saját sorsomról.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik körülöttem a világban.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a munkahelyemen.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a lakóhelyemen.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik az országban.	Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a családomban.
Férfi	Átlag	4,82	4,03	3,50	3,85	2,10	5,58
	N	23	19	19	19	19	19
Nő	Átlag	4,31	2,76	3,32	2,95	1,70	5,63
	N	562	566	566	565	562	566
Összesen	Átlag	4,33	2,81	3,32	2,98	1,72	5,63
	N	585	586	586	584	582	585
			F=9,195 Sig. 0,003		F=5,188 Sig. 0, 023		

Forrás: Saját szerkesztés 2020

A személyes és a külső történések szférájára érvényes fenti sajátosság a korcsoportos bonatásnál is kirajzolódik, de az utóbbi dimenzióban a fiatalabb (18–40 éves) korcsoportokhoz tartozók mégis valamivel nagyobb ágenciát élnek meg. Az idősebbekhez képest ők inkább gondolják úgy, hogy van befolyásuk az őket körülvevő világ történéseire, és az országban zajló eseményekbe való beleszólás lehetőségét is ők ítélik valamivel jobbnak.

Az egyéni tervek megvalósításának korlátait elsősorban az anyagi problémák képezik, a kérdésre válaszolók 42,2%-a gondolja úgy, hogy az elképzeléseik ilyen okok miatt nem teljesülhetnek (egyetért 16,9%, teljes mértékben egyetért 25,3%). Az egészségi állapot és családi helyzet korlátozó hatására vonatkozó kérdésnél a válaszadók nagyjából ötöde (egészségi állapot 21,9%; családi helyzet 22,1%) jelölt ötös vagy nagyobb értéket. Az átlagok életkori kategóriánkénti alakulását vizsgálva azt látjuk, hogy azok szignifikánsan különböznek egymástól, vagyis az életkor növekedésével a jövőtervek megvalósíthatóságának az egészségi állapot mindinkább korlátjává válik ($F = 5,350$; $p = 0,000$).

A céltudatosság dimenziójában az átlagok alakulását követve úgy tűnik, hogy a megkérdezettek a jövő kihívásaira való felkészülés kulcsát az egyéni tervek rugalmasságában, több alternatív stratégia kidolgozásában látják. 59,2%-uk inkább vagy teljes mértékben egyetért azzal, hogy kitartással és kemény céltudatossággal bármilyen terv megvalósítható, miközben harmaduk (31,8%) úgy gondolja, hogy nem rajta múlik a jövőre vonatkozó elképzelések megvalósítása, illetve nem érdemes hosszú távra tervezni (31%). A nemenkénti összehasonlításnál a nők kategóriaátlagja magasabb (átlag a nők esetében 3,71, férfiaknál 2,48, a kategóriaátlagok szignifikánsan különböznek egymástól, $F = 11,520$, $p = 0,001$) a világ kiszámíthatatlanságára vonatkozó kérdésnél, ők inkább pesszimisták a hosszú távú tervezés sikerét illetően.



III. 2. Az autonómia-megélés dimenziói

A továbbiakban arra voltunk kíváncsiak, hogy az előre kidolgozott személyes autonómia-megélésre vonatkozó dimenzióink igazolhatók-e és ha igen, akkor milyen összefüggést mutatnak a megkérdezettek szociodemográfiai sajátosságaival, munkahelyi státuszával, az egészségügyi pályán eltöltött idővel, valamint az ellátott munka területével. Ehhez első lépésben az autonómia-megélését mérő változócsoportunkkal faktoranalízist végeztünk (módszer: maximum likelihood, rotációs módszer: Varimax rotáció). Az első próbálkozás során létrejött faktorok képezte modell illeszkedése nem volt megfelelő, ezért azokat a változókat, amelyeknek végső kommunalitása 0,25-nél kisebb volt, kizártuk. Így végül 13 változóval végzett faktoranalízis nyomán (KMO = 0,776, Bartlett's-teszt (Approx. chi-Square): 2062,813; Sig. 0,000) négy egynél nagyobb sajátértékű faktort kaptunk. A négy faktor által magyarázott variancia 49,65% volt. A faktorsúlyok alakulását a 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat A személyes autonómia-megélés faktorstruktúrája

	1	2	3	4
A nemem akadályoz abban, megvalósítsam az elképzeléseimet.	,840	,058	-,085	-,039
A lakóhelyem akadályoz abban, hogy megvalósítsam az elképzeléseimet.	,749	,004	-,047	-,107
Mások véleménye akadályoz abban, hogy a számomra fontos dolgokkal foglalkozzam.	,723	,084	-,089	-,031
Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a lakóhelyemen.	-,090	,702	,018	,025
Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik a munkahelyemen.	-,013	,668	,119	,102
Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik körülöttem a világban.	,080	,630	,097	,174
Úgy érzem, hogy van befolyásom arra, hogy mi történik az országban.	,187	,502	-,014	,048
Fontos, hogy az embernek több terve is legyen a jövőre.	-,107	,036	,662	,180
A siker alapja, hogy mindig legyen jó ötlete az embernek.	,025	-,032	,618	,229
Pontos elképzelésem van arról, hogy hogyan alakítsam az életem.	-,130	,160	,617	,088
Kitartással és kemény céltudatossággal bármilyen terv megvalósítható.	-,044	,057	,322	,767
Úgy érzem, szabadon dönthetek a saját sorsomról.	-,094	,167	,113	,562
Úgy érzem, az élet tele van lehetőségekkel.	-,061	,172	,446	,524
Kommunalitások: 0.289–0,717;				

Forrás: Saját szerkesztés 2020



Az így kialakult struktúra a céltudatosság dimenzióját tekintve eltér az előre meghatározottaktól. A kapott faktorok értelmezése során az egyes faktorokhoz sorolt változók jelentését figyelembe véve ezért két aldimenzióra bontottuk a céltudatosság aspektusát, amelynek köszönhetően a következők szerint címkéztük fel a létrejött faktorokat.

Az első, legerősebb faktor (ez a variancia 14,476%-át magyarázza) a „külső korlátozó tényezők” elnevezést kapta, amelyben a lakóhely, a nem és mások véleménye képezi az egyéni célok megvalósításának korlátját.

A második az „ágencia faktor” lett (a variancia 12,98%-a), amely a lakóhely, a munkahely történéseinek befolyásolhatósága és az országban, valamint a világban zajló események feletti kontroll érzete mentén formálódik.

A harmadik a „kreatív céltudatosság faktor” elnevezést kapta (a variancia 11,98%-a), melyet a rugalmas, alternatív forgatókönyveket is kidolgozó céltudatosság faktorának tekintettünk.

A negyedik az „önirányítás faktor” (a variancia 10,22%-a) a saját sors kézben tartásának, a függetlenség megélésének dimenziója lett.

Lássuk, milyen hatással vannak a főbb demográfiai változók az egyes faktorváltozók értékeire?

Az életkori csoportok valamint a nem faktorváltozóink összehasonlítására variancia-analízist alkalmaztunk. Ezek eredményét a 4. és az 5. táblázat mutatja be.

4. táblázat Az autonómia faktorváltozók átlagainak alakulása életkori csoportonként

Korcsoportok		Külső korlátozó tényezők	Ágencia mértéke	Kreatív céltudatosság	Önirányítás
18–30 éves	Átlag	,0926	,2200	–,0614	,3233
	N	57	57	57	57
31–40 éves	Átlag	,0738	,1704	–,0069	,0007
	N	165	165	165	165
41–50 éves	Átlag	–,0316	–,1292	,0638	–,0477
	N	227	227	227	227
51+ éves	Átlag	–,0568	–,0724	–,0305	–,0476
	N	111	111	111	111
Összesen	Átlag	,0071	,0060	,0114	,0045
	N	560	560	560	560
			F = 5,444 Sig. 0,001		F = 3,334 Sig. 0,019

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Az életkornak az ágencia és az önirányítás dimenziójában szignifikáns hatása van: növekedésével e két dimenzió gyengülését látjuk: minél idősebb valaki, annál inkább gyengül az ágencia és az önirányítás megélése.



5. táblázat Az autonómia faktorváltozók átlagainak alakulása nemenként

Neme		Külső korlátozó tényezők	Ágencia mértéke	Kreatív céltudatosság	Önirányítás
Férfi	Átlag	–,2680	,4715	–,0693	–,0022
	N	19	19	19	19
Nő	Átlag	–,0116	–,0224	–,0042	–,0202
	N	521	521	521	521
Összesen	Átlag	–,0207	–,0049	–,0065	–,0196
	N	541	541	541	541
			F = 6,113 Sig. 0,014		

Forrás: Saját szerkesztés 2020

A nők az ágencia szempontjából gyengébb autonómia-megélésről számolnak be, jobban kötik őket körülményeik, kevésbé látják magukat függetlennek, mint a férfiak.

Bár az ápolók egyéni szakmai és személyes autonómia megélésének összefüggéseit jelen kutatás keretei között közvetlenül nem tudjuk vizsgálni, mégis szeretnénk volna feltárni azokat a lehetséges mintázatokat, amelyek utalnak valamiképpen az autonómia-megélés e két szintjének kapcsolatára. Elsőként megnéztük, hogy vajon milyen a kapcsolat a személyes autonómia-faktorok alakulása és a munkahelyi pozíció között, mely utóbbit a válaszadók iskolai végzettségével, valamint munkahelyi beosztásával határoztuk meg. Emellett megnéztük, hogy ellátási területenként hogyan alakul a válaszadók autonómia-megélése.

Az iskolai végzettség az elkülönített autonómia dimenziók közül a külső korlátozó tényezők megtapasztalására és az ágencia mértékének alakulására hat szignifikánsan (6. táblázat). A külső, társadalmi státuszról következő korlátok kényszerítő erejét az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők tapasztalják meg legerősebben, s úgy tűnik, hogy a végzettség növekedésével ezek a tényezők (a nem, a lakóhely és a társadalmi megítélés) a kevésbé befolyásolóak. Legkevésbé a diplomások gondolják úgy, hogy céljaik megvalósításában hátráltatnák őket mindezek. A diplomával rendelkezők ágencia-átlaga is magasabb, mint a többi csoportban, tehát az életük irányítását tekintve erősebb személyes kontrollt élnek meg, nagyobb egyéni befolyást éreznek, az őket körülvevő szűkebb és tágabb világ eseményei felett.

**6. táblázat** Az autonómia faktorváltozók átlagainak alakulása iskolai végzettség szerint

Iskolai végzettség kategóriái		Külső korlátozó tényezők	Ágencia mértéke	Kreatív céltudatosság	Önirányítás
Felsőfokú szakirányú végzettség – MSc	Átlag	–,3735	,0426	,6876	,1910
	N	4	4	4	4
Felsőfokú szakirányú végzettség – BSc	Átlag	–,2167	,3340	,1118	,2214
	N	53	53	53	53
Felsőfokú nem szakirányú végzettség	Átlag	–,4133	,2045	,0734	–,3005
	N	29	29	29	29
Középfokú szakirányú végzettség	Átlag	,0520	–,0471	–,0167	–,0002
	N	472	472	472	472
Középfokú – nem szakirányú végzettség	Átlag	,1353	–,2690	–,3773	–,3315
	N	4	4	4	4
Érettséginel kevesebb	Átlag	,4226	,0051	,1835	–,3854
	N	3	3	3	3
Összesen	Átlag	,0021	,0010	,0029	,0023
	N	564	564	564	564
		F = 2,399 Sig. 0,036	F = 2,336 Sig. 0,041		

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Az ágencia alakulására nem csak az iskolai végzettség, hanem a beosztás is hat: a munkahelyi beosztások hierarchiáján felfelé mozdulva az ágencia megélése is erősödik (7. táblázat).

7. táblázat Az autonómia faktorváltozók átlagainak alakulása a munkahelyi beosztás mentén

Beosztás		Ágencia mértéke
Segédápoló	Átlag	–,2618
	N	17
Ápoló	Átlag	–,0172
	N	147
Szakápoló	Átlag	,0114
	N	302
Főnővér	Átlag	,3000
	N	76
Ápolási igazgató	Átlag	,2706
	N	5
Összesen	Átlag	,0137
	N	546
		F = 3,442 Sig. 0,009

Forrás: Saját szerkesztés 2020



Ellátási területenként az autonómia-kategóriák átlagai nem különböznek egymástól szignifikánsan, vagyis hasonlóan alakul az egyes területeken dolgozók autonómia-megélése.

A személyes szakmai autonómia megéléseinek célzott mérésére vonatkozó változókat nem dolgoztunk ki a kutatás során, ezért az ápolók szakmai és munkahelyi autonómia-megélését vizsgáló szakirodalomra és kutatási tapasztalatokra támaszkodva kerestünk erre szolgáló mutatókat kérdőívünkben. Alexander és munkatársai az ápolók személyes tulajdonságait – pl. egyéni eredményesség – és munkahelyük strukturális adottságait – így a munkaterheltséget, a munkahelyi kollektívát jellemző viszonyrendszert, a vezető ápolókkal kialakított kapcsolatot – határozták meg, mint a személyes autonómia-percepciót befolyásoló tényezőket (Alexander 1982). Varjus áttekintő tanulmányában úgy határozza meg az egyes ápolók által megélt szakmai autonómiát, mint a saját professzióra vonatkozó szabad döntéshozás képességét, valamint a jogot és kötelezettséget arra, hogy hivatásuk standardjait követve végezzék munkájukat (Varjus 2011). Skår kutatása alapján az ápoló gyakorlatban megjelenő autonómia-jelenségek meghatározó eleme a teljes betegápolás fölötti autoritás, a betegre vonatkozó döntések meghozatalának hatalma, és a döntéshozás, cselekvés és választás szabadsága (Skår 2008).

Mind ezek alapján a személyes szakmai autonómia egyik lehetséges formájaként tekintünk a szakmai véleménynyilvánítás lehetőségére, pontosabban arra, hogy mennyire látják befolyásoló erejűnek véleményüket a munkahelyükön a kutatásba bevont ápolók. A kérdőívünkben rákérdeztünk arra, hogy a válaszadók meglátása szerint a munkahelyük milyen mértékig veszi figyelembe az intézményi működés különféle szintjeire és területeire vonatkozó javaslatokat, véleményüket. A válaszadóknak 1-től 7-ig kellett értékelnie 15 erre vonatkozó kérdést, melyek az egészségügyi intézmény, az osztály működtetésére, illetve a betegek ellátását közvetlenül érintő feladatokra vonatkoztak. A válaszok mintázatának pontosabb felrajzolásához K-közepű klaszteranalízist alkalmaztunk (a maximum iteráció 10, a konvergencia szintje 0), mellyel három klasztert létrehozó megoldás tűnt a legértelmezhetőbbnek. A három vélemény-klasztert alkotó változók klaszterenkénti átlagait a 8. táblázat tartalmazza. A vélemény-klaszterek jellemzői az alábbiak (N = 415):

- 1. klaszter – közepes befolyású csoport (28,4%):** ebbe a klaszterbe kerültek azok, akik úgy gondolják, hogy a munkahelyként szolgáló egészségügyi intézmény működtetésébe, a gazdálkodás, fejlesztés kérdéseiben, szakmai profiljának alakításában kevésbé számít a véleményük, javaslatokat nem veszi figyelembe az intézményük, ugyanakkor a munkavégzésüket közvetlenül érintő területeken (pl. az osztályon belüli munkamegosztás, a betegek ápolásával kapcsolatos protokollok fejlesztése, az elvégzendő feladatok száma, gyakorisága) viszonylag nagy befolyást tulajdonítanak a személyes véleményüknek.
- 2. klaszter – nagy befolyású csoport (16,9%):** az ide tartozók a munkavégzéshez kapcsolódó legtöbb területen, így a közvetlen munkavégzést meghatározókon túl az intézményt és osztályt érintő gazdálkodási, humánerőforrás-gazdálkodási, fejlesztési kérdésekben, valamint az intézmény általánosabb szakmai működésének kérdéseiben is fontosnak látják véleményüket. Benyomásaik alapján viszonylag erős befolyású csoportként tekinthetünk rájuk, nem meglepő, hogy ebbe a csoportba kerültek az ápolási igazgatók és a főnövérek 38,5%-a (a szakápolók aránya 9,5%, az ápolóké pedig 17,5%).



3. klaszter – alacsony befolyású csoport (54,7%): a munkahelyi-szakmai kérdésekre vonatkozó személyes befolyás alapján az ide tartozók tekintik magukat a leggyengébbnek. Tapasztalataik alapján az intézményi működés legtöbb területén nincs igazán beleszólásuk az aktuális és a jövőt érintő kérdésekbe, még az osztályon belüli munkamegosztás kérdésében is csak 2,5 a válaszok átlaga, a többi kérdésnél 2 alatti.

8. táblázat A véleményklaszterek változóinak átlaga (1-től 7-ig terjedő skálán)

	Eü. intézmény fejlesztése	Eü. intézmény gazdálkodása	Eü. intézmény humán erőforrás-gazdálkodása	Eü. int. szakmai profiljának alakítása (milyen ellátási formákat gyakorol)	Eü. int.-en belüli munkamegosztás	Osztály fejlesztése	Osztály gazdálkodása	Osztály humán erőforrás-gazdálkodása	Osztály szakmai profiljának alakítása	Osztályon belüli munkamegosztás	Betegekkel kapcsolatos eljárási protokollok fejlesztése	Betegek gondozásának pénzügyi és tárgyi feltételeinek biztosítása	Ellátott betegek számára alakulása, tekintettel betegségek súlyosságára	Intézményi ápolási protokollok betartatása, illetve változtatása	Elvégzendő feladatok száma, szerkezete, gyakorisága stb.
1. klaszter (N = 118)	2,19	1,80	2,26	2,02	2,96	3,45	2,98	2,90	3,12	5,02	4,49	3,38	3,07	4,02	4,18
2. klaszter (N = 70)	4,56	4,08	4,32	4,51	5,18	5,27	5,03	4,96	4,99	5,64	5,55	5,17	4,94	5,50	5,06
3. klaszter (N = 227)	1,35	1,17	1,13	1,19	1,78	1,69	1,26	1,23	1,26	2,50	1,89	1,45	1,32	1,72	1,74
Összesen (N = 415)	2,13	1,84	1,99	1,99	2,69	2,80	2,38	2,34	2,42	3,74	3,25	2,63	2,43	3,01	2,99

Forrás: Saját szerkesztés 2020

Mindezeket követően szerettük volna áttekinteni, hogy hogyan alakul a személyes autonómia-megélés az egyes véleményklaszterek szerint, van-e szignifikáns eltérés a véleménycsoportok között az autonómia-megélés faktorain. Ennek eléréséhez varianciaanalízist végeztünk, melynek eredményeként elmondhatjuk, hogy a vélemény-klaszterek mentén az autonómia-megélés három faktorában (ágencia, kreatív céltudatosság, önrányítás) találunk szignifikáns különbséget. Valamennyi autonómia-faktor átlaga a legbefolyásosabbnak tekinthető csoportban a legmagasabb, az ágencia és az önrányítás megéltsége a gyenge befolyásúnak nevezett csoportban a legalacsonyabb. A kreatív céltudatosság faktorának átlaga az első klaszterhez tartozóknál a legkisebb (9. táblázat). Tehát a szakmai kérdésekben megélt munkahelyi befolyás, az a benyomás vagy tapasztalat, hogy valakinek figyelembe veszik a véleményét, javaslatait szakmai kérdésekben a munkahelyén, magasabb egyéni ágenciával, az önrányítás per-



cepciójának magasabb szintjével jár együtt a megkérdézett ápolók körében. A legnagyobb befolyású csoportban a többi klaszterhez képest a célorientáltság és az alternatív jövő-forogatókönyvek kidolgozása is a nagyobb fontosságú.

9. táblázat Az autonómia-megélés faktorok átlagainak alakulása az egyes véleményklaszterek szerint

	Külső korlátok megélése	Ágencia	Kreatív céltudatosság	Önirányítás
Alacsony befolyású klaszter	-0,086	-0,184	-0,029	-0,102
Közepes befolyású klaszter	0,132	0,069	-0,166	0,024
Magas befolyású klaszter	-0,02	0,454	0,205	0,211

Külső korlátozó tényezők-faktor	F = 2,126	Sig. 0,121
Ágencia-faktor	F = 14,6	Sig. 0,00
Kreatív céltudatosság-faktor	F = 4,03	Sig. 0,018
Önirányítás-faktor	F = 3,46	Sig. 0,032

Forrás: Saját szerkesztés 2020

ÖSSZEZÉS

A mindennapi és a szakmai életben megélt autonómia kapcsolatáról meglehetősen kevés kutatási eredmény áll rendelkezésre, noha az autonómia-megélés elméleti modelljei jó ideje már az autonómiát összetett, élethelyzetektől függő tapasztalatként határozzák meg. Az autonómia tartalma az egyéni értelmezéstől nagyon is függő, csöppet sem homogén és változatlan jelenség, épp ezért az autonómiát különböző kvantitatív eszközökkel mérni próbáló kutatók is felhívják a figyelmet e módszerek korlátaira és a fogalom többretegűségének figyelembevételére (többek között lásd Asakura et al. 2016).

Jelen kutatás keretei között ennek a sajátosságának a figyelembevételével vállalkoztunk arra, hogy felvázoljuk az ápolói autonómia mikro- és makroszintű megélésének kapcsolatait.

Tanulmányunk fő kérdésfelvetése arra vonatkozott, hogy vajon teljesülhetnek-e azok a makroszintű szakmai autonómiatörekvések, amelyek az ápolói hivatást jellemzik, akkor, ha a professziót gyakorló ápolók a mindennapjaik során nem élik meg az autonómia tapasztalatát. Bár kutatásunk keretében nem koncentráltunk célzottan az ápolók szakmai és személyes autonómia-megélésének kapcsolatára, de a rendelkezésre álló adatok alapján mégis lehetségesnek láttuk, hogy érzékeltessük valamiképpen e két fontos autonómia-dimenzió kölcsönhatásait. Az ápolói autonómia-megélésre vonatkozó elméleti munkák és kutatási eredmények arra világítanak rá, hogy az ápolók autonómiájának megélése fontos szerepet játszik az ápolók munkahelyi elégedettségének, egészségi állapotának alakulásában, és nem utolsósorban lényeges tényező a betegek autonómiájának biztosítása szempontjából. Mindemellett a társadalmi mobilitás és a társadalmi státusz vizsgálatának is megkerülhetetlen tényezőjeként tekinthetünk az egyéni autonómia-megélés mérésére, épp ezért az ápolók szocioökonomiai



státuszának megértéséhez is érdemes mélyebben megismerni, hogy milyen a hazai ápolók személyes autonómia-percepciója.

Az elemzésünk megmutatta, hogy az életkor előrehaladtával határozottan gyengül a megkérdezett ápolók autonómia-megélése: egyrészt kevésbé érzik úgy, hogy képesek hatást gyakorolni az életüket akár közvetlenül meghatározó közeli és távoli eseményekre, másrészt kevésbé tudnak függetlenedni azoktól a kényszerektől, amelyek szociokulturális helyzetükből fakadnak. Emellett a nők kiszolgáltatottabbnak érzik magukat a munkahelyi, lakóhelyi, országos történésekkel szemben, kevésbé tapasztalják meg ágenciájukat, az életük kézbe tartásának, kontrolljának érzetét. Figyelembe véve mintánk életkori összetételének alakulását (vagyis azt, hogy megkérdezettjeink csaknem 60%-a negyven év feletti), illetve ismerve az ápolói pálya nőies jellegét, felélelezhetjük azt, hogy az egyéni autonómia megélésének ilyen mintázata az ápolók széles csoportjaiban jellemző.

A megkérdezett ápolók elsősorban az élet szűken vett privát szférájában, a családot érintő kérdésekben érzik úgy, hogy igazán befolyásolhatnák a történéseket, s ettől távolodva, akár a lakóhely és munkahely ügyeiben is úgy látják, hogy nincs jelentősége a véleményüknek, az országos szintű kérdések befolyásolására pedig szinte egyáltalán nem látnak lehetőséget.

Eredményeinkre támaszkodva emellett úgy látjuk, hogy a magasabb szintű és többféle szakképzettség, a nagyobb munkahelyi-szakmai befolyás, egyáltalán a szakmai véleménynyilvánítás lehetősége összekapcsolódik az egyéni autonómia erősebb megélésével is. Ebből fakadóan a felsőfokú végzettség megszerzésének szélesebb lehetősége hozzájárulhat az ápolók szakmai autonómatörekvéseinek megerősödéséhez is. Mindemellett az ápolóképzés egyes szintjein nagyobb hangsúlyt kaphatnak az egyéni autonómiakutatásunk során meghatározott dimenziói. Az ágencia, a kreatív céltudatosság vagy az önrányítás képességének megélése a képzési folyamatban a professzionális autonómatörekvések forrásául is szolgálhat.

Amennyiben tehát a professzionális autonómiát az önrányítás és az ágencia privilégiumként határozzuk meg (Varjus et al. 2011), az itt kirajzolódó kép alapján nagy távolság mutatkozik az ápolói hivatás autonómatörekvései és az egyes ápolók autonómatapasztalatai között. E távolság áthidalásához az egyes ápolók autonómatapasztalatainak – képzésbeli és intézményrendszerbeli – támogatása nyújthat segítséget.

IRODALOM

- Ackroyd, S. (2016): Sociological and organisational theories of professions and professionalism. In: Dent, M. – Bourgeault, I. L. – Denis, J-L. – Kuhlmann, E. (eds.): *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. London: Routledge.
- Alexander, C. S. – Weisman, C. S. – Chase, G. A. (1982): Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. *Nursing Research*, 31(1): 48–52.
- Asakura, K. – Satoh, M. – Watanabe, I. (2016): The Development of the Attitude Toward Professional Autonomy Scale for Nurses in Japan. *Psychological Reports*, 119(3): 761–782.
- Bourgeault, I. – Benoit, C. – Davis-Floyd, R. (eds.) (2004): *Reconceiving Midwifery*. Montreal: McGill-Queen's University Press.



- Davies, C. (1996): The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology*, 30(4): 661–678.
- Deci, E. L. – Ryan, R. M. (2012): Self-Determination Theory. In: Van Lange, P. – Kruglanski, A. W. – Higgins, E. T. (eds.): *The Handbook of Theories of Social Psychology*. London: Sage, 416–437.
- Dzur, W. A. (2008): *Democratic Professionalism. Citizen Participation and the Reconstruction of Professional Ethics, Identity and Practice*. The Pennsylvania State University: Penn State University Press.
- Ells, C. – Hunt, M. R. – Chambers-Evans, J. (2011): Relational Autonomy as an Essential Component of Patient-Centred Care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(2): 79–101.
- Engel, V. G. (1970): Professional Autonomy and Bureaucratic Organization. *Administrative Science Quarterly*, 15(1): 12–21.
- Evetts, J. (2003a): The construction of professionalism in new and existing occupational contexts: Promoting and facilitating occupational change. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4–5): 23–35.
- Evetts, J. (2003b): The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World. *International Sociology*, 18(2): 395–415.
- Evetts, J. (2013): Professionalism: Value and Ideology. *Current Sociology Review*, 61(5–6): 778–796.
- Evetts, J. (2014): The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning. In: Billett, S. – Harteis, C. – Gruber, H. (eds.): *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, 29–56.
- Fónai M. (2014): *Joghallgatók – honnan jönnek és hová tartanak?* Debrecen: DE-ÁJK, DELA Kiadó.
- Freidson, E. (1984): The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, 10: 1–20.
- Gough, I., Doyal, L. (1986): Human needs and socialist welfare. *PRAXIS International*, 1: 43–69.
- Hall, R. H. (1968): Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, 33: 92–104.
- Haug, M. (1972): Deprofessionalization: an Alternate Hypothesis for the Future. *Sociological Review*, 20(1): 195–211.
- Keenan, J. (1999): A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3): 556–562.
- Kleisz T. (2002): A professziódiskurzus. *Tudásmenedzsment*, 3(2): 28–51.
- Kozma J. (2002): A szociális munka professzionalizációja a jóléti államokban. Disszertáció. ELTE BTK. Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet és Továbbképző Központ.
- Lallement, M. (2015): Work and the challenge of autonomy. *Social Science Information*, 54(2): 229–248.



- Larson, M. S. (1977): *The rise of professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Macdonald, K. M. (1995): *The Sociology of the Professions*. London: SAGE Pub.
- MacDonald, C. (2002): Nurse Autonomy As Relational. *Nursing Ethics*, 9(2): 194–201.
- Magos G. (2017): Mérlegen a hivatások. A professzionalizációs paradigma histográfiája. *AETAS*, 32(2): 138–157.
- Molnár P. – Csabai M. – Csörsz I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. *Magyar Tudomány*, 48(11): 1391–1400.
- Nagy K. (2009): Professzionalizáció- és professzió-elméletek a segítő hivatások tükrében. *Esély* 20(2): 85–105.
- Pikó B. – Piczil M. (2000): „És rajtunk ki segít?” *Esély*, 10(1): 110–121.
- Saks, M. (2016): A review of theories of professions, organizations and society: The case for neo-Weberianism, neo-institutionalism and eclecticism. *Journal of Professions and Organization*, 10: 1–18.
- Sherwin, S. (1998): A Relational Approach to Autonomy in Health Care. In: Sherwin, S. (ed.): *The Politics of Women’s Health. Exploring Agency and Autonomy*. Philadelphia: Temple University Press, 9–47.
- Shore, C. – Wright, S. (1997): Policy: a new field of anthropology. In: Shore, C. – Wright, S. (eds.): *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. London: Routledge.
- Skår, R. (2009): The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 19: 2226–2234.
- Stewart, J. – Stansfield, K. – Tapp, D. (2004): Clinical Nurses Understanding of Autonomy. *JONA*, 34(10): 443–450.
- Underlid, K. (2012): Autonomy and Poverty – An Empirical Study of Long-Term Recipients of Social Assistance. In: Laratta, R. (ed.): *Social Welfare*, Rijeka: InTech, 137–152.
- Varjus, L. S. – Leino-Kilpi, H. – Suominen, T. (2011): Professional autonomy of nurses in hospital settings – a review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25: 201–207.
- Wade, G. H. (1999): Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2): 310–318.
- Weinstein, N. – Przybylski, A. K. – Ryan, R. M. (2012): The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*, 46(4): 397–413.
- Wrede, S. (2010): Nursing: Globalization of a Female gendered Profession. In: Kuhlmann, E. – Annandale, E. (eds.): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, London: Palgrave Macmillan, 437–454.