

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, fejlesztésének lehetőségei

Doktori értekezés

Hirdi Henriett Éva

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Prof. Dr. Mészáros Judit főiskolai tanár, CSc

Társ-témavezető: Dr. Balogh Zoltán főiskolai tanár, PhD

Hivatalos bírálók: Dr. Betlehem József egyetemi docens, PhD
Dr. Jakabfi Péter egyetemi docens, PhD

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Forgács Iván professzor emeritus, DSc
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Erdősi Erika főiskolai docens, PhD
Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna főiskolai docens, PhD

Budapest
2015

TARTALOMJEGYZÉK

Rövidítések jegyzéke	- 4 -
1. Bevezetés.....	- 6 -
1.1. Nemzetközi kitekintés	- 8 -
1.1.1. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzésre vonatkozó nemzetközi ajánlások.....	- 9 -
1.1.2. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés az amerikai kontinensen	- 14 -
1.1.3. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Ausztráliában	- 17 -
1.1.4. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Dél-Afrikában.....	- 18 -
1.1.5. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Ázsiában	- 18 -
1.1.6. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés az európai országokban	- 19 -
1.1.7. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége	- 24 -
1.1.8. Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban.....	- 29 -
1.2. Foglalkozás-egészségügyi ápolás Magyarországon	- 34 -
1.2.1. Az üzemi ápolók képzése és tevékenysége 1953-1998 között.....	- 35 -
1.2.2. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzése és tevékenysége.....	- 47 -
1.2.3. Foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók létszámadatai.....	- 56 -
2. Célkitűzések	- 61 -
2.1. Hipotézisek	- 61 -
3. Módszerek	- 63 -
3.1. A kutatás folyamata	- 63 -
3.2. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata.....	- 64 -
3.2.1. Alkalmazott kutatási módszer	- 65 -
3.3. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés	- 68 -
3.3.1. Mintaválasztás	- 69 -
3.3.2. Vizsgálati módszer	- 72 -
3.3.3. Megelőző pilótatanulmány és validitás vizsgálat	- 74 -
4. Eredmények	- 75 -
4.1. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata eredményeinek bemutatása	- 75 -

4.2. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményei.....	- 99 -
5. Megbeszélés	- 117 -
5.1. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata eredményeinek megbeszélése	- 117 -
5.2. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek megbeszélése.....	- 119 -
5.2.1. A felmérés korlátai, erősségei és lehetséges további irányai	- 122 -
5.3. Hipotézisvizsgálat.....	- 124 -
6. Következtetések	- 131 -
7. Javaslatok.....	- 133 -
8. Összefoglalás	- 135 -
9. Summary	- 136 -
10. Irodalomjegyzék	- 137 -
11. Saját publikációk jegyzéke	- 151 -
12. Köszönetnyilvánítás.....	- 153 -
13. Mellékletek	- 154 -

Rövidítések jegyzéke

AAOHN	American Association of Occupational Health Nurses
ABOHN	The American Board for Occupational Health Nurses
BAV	Beroepsorganisatie Arboverpleegkunde
BSc	Bachelor of Science
BSZTB	Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága
df	szabadságfok
EANS	European Academy of Nursing Science
EASZSZ	Egészségügyi Alkalmazottak Szabad Szakszervezete
ECTS	European Credit Transfer System
EEKH	Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
EFF	Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
ESNO	European Specialist Nurses Organisations
FOHNEU	Federation of Occupational Health Nurses within the European Union
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
ICOH	International Commission on Occupational Health
ILO	International Labour Organization
IOHA	International Occupational Hygiene Association
IRF	Informatikai Rendszerelemzési Főigazgatóság
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MATARKA	Magyar Tartalomjegyzékek Kereshető Adatbázisa
MÁE	Magyar Ápolási Egyesület
MESZK	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
MGYOSZ	Magyar Gyáriparosok Országos Szövetsége
MOB	Magyar Orvosi Bibliográfia
MOKKA	Magyar Országos Közös Katalógus
MSc	Master of Science
MT	megbízhatósági tartomány (konfidencia intervallum)
N	összes mintaszám

n	rész minta nagyság
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
NM	Népjóléti Minisztérium
OKJ	Országos Képzési Jegyzék
OMFI	Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
OSHA	Occupational Safety & Health Administration US Department of Labor
OTI	Országos Társadalombiztosító Intézet
p	szignifikancia értéke
SCOHN	Scientific Committee on Occupational Health Nursing
SD	standard deviáció, szórás
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
V	Cramer's V próba értéke
WHO	World Health Organization
χ^2	Pearson-féle Khi-négyzet próba értéke

1. Bevezetés

A hazai foglalkozás-egészségügy történetét vizsgálva bátran kijelenthetjük, hogy az lényegesen korábban kezdődött, mint azt az első pillanatban gondolnánk. Az első ismert, foglalkozás-egészségügyi törekvésként is felfogható rendelkezés Szent István regáléjában („Ius regale minerale”, 1030) található, mely meghatározza a bányászatban dolgozók biztonságos foglalkoztatásának előírásait. E rendelkezés kiadása óta eltelt közel ezer év alatt a foglalkozás-egészségügy – amit ez alatt bánya-, ipar-, munkás-, üzem-, és munkaegészségügynek is hívtak – folyamatosan és dinamikusan fejlődött, számos nemzetközileg is elismert szakembert adva a tudományágnak. Míg a szakterület a kezdetekben elsősorban a megbetegedett vagy sérült munkavállalók gyógyításával foglalkozott, addig napjainkban a foglalkozás-egészségügy fő feladata a prevenció, a munkavégzés és a munkakörnyezet kóroki tényezői által okozott egészségkárosodások megelőzése. (Béleccki 2000, Cseh és Felszeghi 2012, Tahin 2007, Ungváry 2010)

Ennek megfelelően a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazásban álló ápolókkal szemben is elvárás a proaktív gondolkodásmód és a preventív szemlélet, hogy képesek legyenek többek között a munkahelyi közösségek egészségének védelme érdekében a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyeket, kockázatokat előrelátni és felismerni, illetve munkahelyi egészségfejlesztési programokat tervezni, irányítani és értékelni. Ez azt is jelenti, hogy Florence Nightingale (1820-1910) jóslata mára beigazolódott, azaz: *"A nővérek ma még betegápolók, de eljön a nap, amikor egészségápolók lesznek."* (Doba 2010) A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók számára már eljött a „nap”, és „egészségápolókká” váltak.

Annak megértéséhez, hogy a foglalkozás-egészségügyi ápolás, illetve az ápolóképzés miként jutott el az általános ápoló képzéstől odáig, hogy napjainkban a legmagasabb szintű ápolástudományi kultúrával rendelkező országokban a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség már mesterfokozaton is megszerezhető, érdemes megismerni a jelenlegi nemzetközi trendeket és áttekinteni hazánkban az elmúlt évtizedek alatti szakápolóképzés fejlődésének folyamatát. Dolgozatomban arra vállalkozom, hogy a

foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés történetét, helyzetét, fejlesztésének lehetőségeit bemutatom.

Célul tűztem ki, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolásról egy komplex képet adjak, mivel fontosnak tartom a képzés, illetve a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók helyzetének kutatását több szempontból is. Egyik ilyen szempontom az értékmentés volt, hiszen már nem élnek azok az ápolók, akik személyesen tudnának beszámolni az elmúlt évszázad elején a munkavállalók körében folytatott ápolási tevékenységről. Ennek eredményeként a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés történetével kapcsolatban több forrás először kerül bemutatásra. Másfelől úgy gondolom, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolás jövője függ attól is, hogy a szakápolás hazai eredetével és jelenlegi helyzetével mennyire vagyunk tisztában, mivel fontos, hogy ismerjük gyökereinket, értékeinket, hiszen ezekre az alapokra építkezve kereshetjük meg szakmánk továbbfejlesztésének új irányait.

Sajnálatos tény, hogy napjainkban a foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók alig ismerik saját gyökereiket, ugyanis a foglalkozás-egészségügyi ápolás hazai történetéről még nem jelent meg monográfia. További problémát jelent az a tény is, hogy hazánkban ezidáig nem készült átfogó kutatás a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók tevékenységéről, munkakörülményeiről, így helyzetükre vonatkozó információink hiányosak.

Előzőek okán tehát két kutatást végeztem, egy alapkutatást a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás történetének feltárása érdekében és egy alkalmazott kutatást, melynek célja a szakterületen dolgozó ápolók jelenlegi helyzetének felmérése volt.

Jelen fejezet két nagyobb alfejezetre tagolódik. A „Nemzetközi kitekintés” című alfejezetben bemutatom a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzésre vonatkozó főbb nemzetközi szervezetek ajánlásait, majd kontinensenként kívánok képet adni a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés nemzetközi helyzetéről a feldolgozott szakirodalmak alapján. Ezt követően a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségét mutatom be, melyben 2008 óta képviselem a magyar foglalkozás-

egészségügyi szakterületen dolgozó ápolókat. Az alfejezet zárásaként a foglalkozás-egészségügyi ellátásban alkalmazott három – nemzetközi viszonylatban – legismertebb ápolási modellt mutatom be. A „Foglalkozás-egészségügyi ápolás Magyarországon” alfejezetben kerül bemutatásra a foglalkozás-egészségügyi ápolás hazai helyzete. Ezen belül kerül kifejtésre 1953-tól napjainkig az üzemi ápolók, illetve a foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzésének és tevékenységének változása, továbbá ismertetésre a szakterületi éves jelentések és a közhiteles nyilvántartások alapján a szakterületen alkalmazott ápolók létszámadata.

Az értekezés további részeiben – a Doktori Iskola által megadott formai követelményeket figyelembe véve –, a „Célkitűzések”, „Módszerek”, „Eredmények” és „Megbeszélés” című fejezetekben – ezen belül határozottan elváló alfejezetekben – ismertetem kutatásaimat. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetének kutatása során alkalmazott módszereket és eredményeket részletesen mutatom be, mert egy eddig nem kutatott témáról van szó, így módszertana sem publikált. A napjainkban foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérésem eredményei közül csak a dolgozat témájához szorosan kapcsolódó, képzéssel és ápolói tevékenységgel összefüggő adatokat ismertetem, mely szintén hiánypótló jellegű.

Az Összefoglaló után a mellékletekben a fejezetek és alfejezetek felosztásának logikáját követve dokumentumok, az elemzést árnyaló adatok táblázatos összefoglalása, valamint a foglalkozás-egészségügyi ápolás SWOT analízise táblázatba foglalva található.

1.1. Nemzetközi kitekintés

A világ különböző tájain, a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók helyzetét, képzését elemző kutatások – az egyedi történelmi helyzetekből adódóan – eltérő figyelmet kapnak. Jellemző, hogy a szakápolók tevékenységének vizsgálata dominánsabb az angolszász nyelvterületeken. Az első – foglalkozás-egészségügyi ápolók tevékenységére vonatkozó – nemzetközi felmérés 1966-1969 között valósult meg a Foglalkozás-egészségügyi Nemzetközi Egyesület Állandó Bizottságán (Permanent Commission and International Association on Occupational Health) belül

létrehozott Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Albizottságnak köszönhetően. (Burgel és mtsai 2005)

Tudományos igényességgel elsőként Kitta Rossi publikált Lea Katajarinne-nel, az európai országokra kiterjedően 1980-ban végzett felméréseik eredményeiről. Később, 1995-ben pedig ismertette a Foglalkozás-egészségügyi Nemzetközi Bizottság (International Commission on Occupational Health, ICOH) keretében működő Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Tudományos Bizottság (Scientific Committee on Occupational Health Nursing, SCOHN) 1990-ben végzett 37 országot érintő nemzetközi összehasonlító elemzést. (Rossi 1995)

Napjainkban az egyre bőségebb nemzetközi szakirodalom is jelzi, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolás, mint ápolástudományi téma egyre nagyobb hangsúlyt kap. Jelen fejezetben a kutatómunkám során áttanulmányozott nemzetközi szakirodalom alapján ismertetem a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzésre vonatkozó ajánlásokat, illetve röviden bemutatom az egyes kontinenseken a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók képzését.

1.1.1. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzésre vonatkozó nemzetközi ajánlások

A foglalkozás-egészségügyi ismeretek oktatására, a foglalkozás-egészségügyi ápolók képzésére, továbbképzésére, tevékenységére vonatkozó irányelveit és ajánlásait az elmúlt évtizedek során már több nemzetközi szervezet – a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO), az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Foglalkozás-egészségügyi Szakápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) – is közzétette. Az irányelveket és ajánlásokat kiadó szervezetek ezeket a dokumentumokat rendszeresen aktualizálják, módosítják, figyelembe véve a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások megnövekedését és változását, valamint azt, hogy az ápolóképzésben az elmúlt évtizedekben áttevődött a hangsúly a biomedikális-orvosi modellről az ápolási modellekre. (FOHNEU 2002, ILO 1985, WHO 1988, WHO Europe 2001, WHO Europe 2003)

Fentiek ellenére a foglalkozás-egészségügyi ápolás gyakorlata és jogi szabályozottsága nemcsak a különböző kontinenseken igen változatos, de még az Európai Unión belül is, hiszen még egységes európai foglalkozás-egészségügyi ápolói képzési rendszerről sem beszélhetünk. (AAOHN International Committee 2011, 2004FOHNEU Education Group 2012, Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011a, Rossi 1995, Sourtzi 2008, Staun 2012, Téglásyné és Grónai 2004) Az egységes képzés azért lenne fontos, mert az Európai Unión belül – a szabad munkaerőáramlás lehetőségének biztosítása érdekében – a közösségi jogszabályok értelmében a tagországoknak a saját állami képesítéssel egyenértékűnek kell elismerniük a másik tagországban szerzett képesítést. A szakmai képesítések elismerésének szabályait jelenleg az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK Irányelve tartalmazza. Ez az irányelv az általános szabályok mellett kiemelten foglalkozik a 3. szakasz 31-33. cikkeiben az egészségügyi szakmák, ezen belül is az általános ápolói végzettség elismerésével, a képzési minimumkövetelményekkel. Ugyanakkor ez az irányelv az általános ápolói végzettségre ráépülő szakápolói képzésekre vonatkozóan nem tartalmaz konkrét rendelkezéseket, így a szakképesítések elismerése még nem automatikus. (2005/36/EK Irányelv)

Jelen alfejezetben a nemzetközi szervezetek ajánlásait, azok megjelenésének időrendi sorrendjében ismertetem.

A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (International Labour Organization, ILO) 1985. június 26-án fogadta el a 171. számú, „A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokról szóló 1985. évi Ajánlás”-t, mely 36. (1) bekezdésében kihangsúlyozza, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban elegendő létszámban kell speciális képzettségű ápolókat foglalkoztatni, akiknek fizetett munkaidő-kedvezmény biztosítása mellett lépést kell tartaniuk a tudományos és technikai fejlődéssel. (Alli 2008, ILO 1985)

Három évvel később, 1988-ban az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Oktatási Munkacsoportja „Training and education in occupational health” című jelentésében három ajánlást is megfogalmazott az ápolóképzéssel összefüggésben, kidomborítva azt, hogy a foglalkozás-egészségügyi ápolók a jövőben

kulcsszerepet fognak betölteni a multidiszciplináris foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban. (WHO 1988) Ezek az ajánlások a következők:

1. Ápolói alapképzésre vonatkozó ajánlás

Az általános ápolók alapképzésébe be kell építeni a foglalkozás-egészségügyi alapjait, úgymint:

- a munkavégzés és az egészség közötti kapcsolat,
- munkabalesetek, foglalkozási megbetegedések,
- munkavédelem és munkahigiéné,
- epidemiológia,
- és egyéb témaköröket, melyeket a nemzeti gyakorlat szükségesnek tart (pl. ergonómia).

2. Szakápolói képzésre vonatkozó ajánlás

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés tekintetében alapkövetelményként került meghatározásra a jelentésben, hogy az általános ápolói alapképzésre ráépülő képzésként kell megszervezni, és az alábbi témaköröket kell tartalmaznia:

- munkakörnyezet és expozíciómérés,
- munkavédelmi és egészségvédelmi oktatás,
- a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nyújtása (ezen belül: munkaköri alkalmassági vizsgálatok, adatvédelem, munkahelyi egészségmegőrzés).

3. Posztgraduális képzésre vonatkozó ajánlás

A foglalkozás-egészségügyi szakápolók posztgraduális képzésével összefüggésben a jelentés kitért arra is, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápolók számára lehetőséget kell biztosítani további, magasabb szintű végzettségek (pl. szakirányú második, esetleg harmadik diploma, tudományos fokozat) megszerzésére specializációval. Ez a képzési szint azért is különösen fontos, hogy a jövőben a foglalkozás-egészségügyi szakápolókat posztgraduális képzésben részt vett ápolók oktathassák. (WHO 1988)

A Foglalkozás-egészségügyi Szakápolók Európai Szövetsége (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) 1996-ban készítette el a foglalkozás-egészségügyi szakápolók ápolói alapképzésre épülő tantervét. Ezt az 5 modulú tartalmú tantervet 2002-ben aktualizálták, figyelembe véve a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások megnövekedését. A tanterv a következő modulokat tartalmazza:

- Modul 1: A foglalkozás-egészségügyi szakápoló tevékenysége és kapcsolatai
- Modul 2: A foglalkozás-egészségügyi szolgálat tervezése
- Modul 3: Igazgatás és szervezés
- Modul 4: Egészségfejlesztés
- Modul 5: A foglalkozás-egészségügyi szolgálat értékelése és fejlesztése

A tanterv időtartamára vonatkozóan az Európai Szakápolók Szervezetének (European Specialist Nurses Organisations, ESNO) szakápolói képzés tárgyában 2000-ben kiadott ajánlásait vették figyelembe. A képzési időtartam ennek megfelelően legalább 1 év, mely alatt minimum 720 elméleti és 360 klinikai gyakorlati órát kell teljesíteni. (FOHNEU 2002)

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Bizottsága 2003-ban jelentette meg a szintén ápolói alapképzésre ráépülő jellegű foglalkozás-egészségügyi szakápolói tantervét, melyhez felhasználta a FOHNEU tantervét is. A képzés megszervezését nappali tagozaton (egészségügyi képzésben) 40 hét (10 hónap) alatt, heti 30 órában (összesen 1200 órában) javasolják. A képzés részidős vagy on-line formában is megszervezhető. Kurzusonként optimálisan 30 fős létszámot javasolnak. Az ideális tanár-hallgató arány pedig 1:10. A hét modulú tartalmú képzésre jelentkezés feltételeként az ápolói alapképzés után megszerzett 2 év szakmai gyakorlatot írtak elő. Minden modul elvégzése kreditpont szerzést is biztosít, mely az Európai Kredit Átviteli Rendszer (ECTS) révén az országok között átvihető. A teljes képzés 60 ECTS kreditpontot ér, amely az alábbi modulokból áll össze:

- Modul 1: Bevezetés: fogalmak, gyakorlat és elmélet (60 óra)
- Modul 2: Foglalkozás-egészségügyi ápolás I. (240 óra)
- Modul 3: Információ-menedzsment és kutatómódszertan (60 óra)
- Modul 4: Foglalkozás-egészségügyi ápolás II. (300 óra)

- Modul 5: Döntéshozatal (60 óra)
- Modul 6: Vezetési- és menedzsment ismeretek (60 óra)
- Modul 7: Foglalkozás-egészségügyi ápolás III. (420 óra)

A tanterv részletes iránymutatást ad arra vonatkozóan is, hogy hol, milyen típusú oktatóintézményben kerüljön megszervezésre a képzés, illetve milyen végzettséggel rendelkezzenek az oktatók és a mentorápolók. E szerint az elméleti képzés helye az egyetem vagy más felsőoktatási intézmény. A képzés hatékonysága érdekében az oktatók rendelkezzenek egyetemi fokozattal, oktatási ismeretekkel, valamint foglalkozás-egészségügyi szakápolási területen szerzett gyakorlattal. A mentorápoló tekintetében szintén elvárás az egyetemi fokozat megléte és a foglalkozás-egészségügyi szakápolási területen szerzett tapasztalat. (WHO Europe 2003)

Várható jövőbeni változások

Dolgozatom írása alatt már nyilvánvalóvá vált, hogy a közeljövőben módosításra fog kerülni a szakmai képesítések elismerésének szabályait meghatározó 2005/36/EK irányelv az alábbi főbb szempontok szerint. (Európai Parlament 2013)

1. Figyelemmel arra, hogy az ápolói szakma az elmúlt évtizedekben jelentős átalakuláson ment keresztül és egyre nagyobb szerepet kap a közösségi alapú egészségügyi ellátás (ide értve a foglalkozás-egészségügyi ellátást) fontossá vált, hogy az ápolók felelősségteljesebb feladatok ellátására is képesek legyenek. Ezzel összhangban az irányelvben rögzíteni kívánják, hogy a jövőben a tagállamoknak gondoskodniuk kell az egészségügyi szakmákban az átjárhatóságról és a szakmai előmeneteli lehetőségről. A módosítás hatálybalépését követő 5 éven belül a betegbiztonság fokozása érdekében az ápolók körében is valamennyi tagállamban be kell vezetni – a hazánkban már régóta jól működő – kötelező továbbképzési rendszert.
2. Az irányelv módosításával elő kívánják mozdítani továbbá a különböző végzettségek elismerésének automatikus jellegének fokozását azon képesítések esetében, amelyekre jelenleg nem terjed ki a feltétel nélküli elismerés. Ennek kapcsán akár lehetőség nyílhat arra is, hogy az Európai Unión belül a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakmának a gyakorlásához szükséges

képesítésekről, valamint oktatási és szakmai képzési rendszere tartalmáról és szervezéséről közös képzési alapelvek kerüljenek bevezetésre. Ezzel párhuzamosan a FOHNEU foglalkozás-egészségügyi szakápolói posztgraduális tantervének aktualizálása jelenleg folyamatban van, várhatóan 2014 év végéig zárulnak le az egyeztetések. Amennyiben a módosított tanterv elfogadásra kerülne, mint európai uniós közös képzési keretrendszer, az ennek alapján szerzett foglalkozás-egészségügyi szakápolói képesítést bármely tagállamnak feltétel nélkül kellene elismerni, elősegítve a szabad munkaerő-áramlást.

3. Különösen az egészségügyi szakmákban, egy a másik tagállamban való munkavállalás esetén – a betegek biztonsága és a közegészség védelme érdekében – a jövőben fokozottabban ellenőrzik majd a nyelvismeretet is. Az irányelv módosítási tervezete alapján az ellenőrzés során kifejezetten az egészségügyi szakemberek számára szabványos nyelvi teszteket fognak majd alkalmazni, hogy a szakmai hivatás gyakorlásához szükséges szóbeli és írásbeli kommunikációs képességek meglétét megállapítsák. (Európai Parlament 2013)

1.1.2. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés az amerikai kontinensen

Az Amerikai Egyesült Államokban az első foglalkozás-egészségügyi ápoláshoz kötődő dokumentumok a XIX. század végéről származnak. Betty Moulder ápolónőt 1888-ban alkalmazta egy szénbányászattal foglalkozó vállalat, hogy a munkavállalókat és azok családtagjait gondozza. Ada Mayo Stewart ápolónő pedig 1895-től állt a Vermonti Márvány Vállalat alkalmazásában. Ők tekinthetők az amerikai foglalkozás-egészségügyi szakápolás úttörőinek. Napjainkban az Államokban kb. 19.000 ápoló dolgozik foglalkozás-egészségügyi szakterületen. Közülük több mint ötezer fő tagja az Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Amerikai Egyesületének (American Association of Occupational Health Nurses, AAOHN), melyet 1942-ben hoztak létre. Az amerikai ápolóképzés és az ápolói gyakorlat rendkívül szerteágazó. A foglalkozás-egészségügyi szakápolás több évtizedes múltjának köszönhetően a szakterületen számtalan posztgraduális program érhető el. A különböző képzési programok megteremtik a lehetőséget annak, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakterületen belül az ápolók eltérő

feladatokat végezzenek. (Burgel és Kennerly 2012, Hong 2011, Phelps 2013, Thompson és Wachs 2012) A szakterületen az alábbi megnevezésű egészségügyi szakdolgozók dolgoznak:

- regisztrált ápoló (Registered Nurse, RN),
- mesterképzett regisztrált ápoló (Advanced Practice Registered Nurse, APRN),
- klinikai szakápoló (Clinical Nurse Specialist, CNS),
- praktizáló ápoló (Nurse Practitioner, NP),
- foglalkozás-egészségügyi szakápoló (Occupational Health Nurse, OHN, COHN, COHN-S, COHN/COHN-S CM),
- orvos asszisztens (Physician Assistant, PA),
- gyakorló ápoló (Licensed Practical/Vocational Nurse, LPN/LVN),
- sürgősségi technikus (Emergency Medical Technician/Paramedic, EMT).

A *regisztrált ápoló* (Registered Nurse, RN) főiskolai szintű végzettséggel rendelkezik, melyet államilag elismert ápolóképző intézményben szerzett meg. (Ez felel meg a magyarországi diplomás ápoló / BSc ápoló képzésünknek.) A *mesterképzett regisztrált ápoló* (Advanced Practice Registered Nurse, APRN), a *klinikai szakápoló* (Clinical Nurse Specialist, CNS), és a *praktizáló ápoló* (Nurse Practitioner, NP) egyetemi végzettséggel rendelkezik. Jogosult az egészségi állapot értékelésére, a gondozási tevékenységek önálló végzésére, ideértve a fizikális vizsgálatok, az általános diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok végzését, a diagnózis felállítását és a megbetegedett vagy sérült munkavállalók kezelését. Fontos megemlíteni, hogy gyógyszerfelírási joggal is rendelkezik. (Burgel és Kennerly 2012, Hong 2011, OSHA 2013, Phelps 2013, Sourtzi 2008, Thompson és Wachs 2012)

Amerikában mind a regisztrált ápolók, mind pedig az egyetemi végzettségű ápolók megszerezhetik a *foglalkozás-egészségügyi szakápolói* (Occupational Health Nurse, OHN) ráépülő képesítést, de létezik számukra szakirányú alapképzés is. Posztgraduális képzésben doktori fokozat is szerezhető. Az 1971-ben alapított Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Amerikai Bizottsága (The American Board for Occupational Health Nurses, ABOHN) által minősített oktatáson részt vett és sikeres vizsgát tett ápolók tanúsított foglalkozás-egészségügyi szakápolókká válnak (Certified

Occupational Health Nurse, COHN; Certified as Occupational Health Nurse-Specialist, COHN-S; COHN/COHN-S Case Manager, COHN/COHN-S CM). A vizsgára való jelentkezés feltétele legalább RN végzettség, az elmúlt 5 éven belül legalább 4000 munkaóra letöltése foglalkozás-egészségügyi területen és 50 kontakt óra teljesítése. Fentiek közül a COHN-S CM végzettség a legmagasabb szintű. Ennek birtokában ápolási, oktatási, menedzsment, tanácsadói, és esetmenedzsment tevékenységeket végezhet önállóan a foglalkozás-egészségügyi szakápoló. Napjainkban kb. 6000 ápoló dolgozik az ABOHN által tanúsított végzettséggel. (Burgel és Kennerly 2012, Hong 2011, OSHA 2013, Phelps 2013, Sourtzi 2008, Thompson és Wachs 2012)

Az *orvos asszisztens* (Physician Assistant, PA) az orvos felügyelete mellett végzi tevékenységét. Az orvos asszisztensek szintén felsőfokú akkreditált képzésben szerzik meg képesítésüket. Felügyelet mellett végeznek fizikális vizsgálatot, diagnosztizálnak, kezdeményezik a laboratóriumi vizsgálatok végzését, értelmezik a laboreredményeket, kezelik a betegségeket, írják fel gyógyszert, illetve végeznek terápiás beavatkozásokat. Az orvos asszisztensek szintén specializálódhatnak foglalkozás-orvostani szakirányba. A szakterületen alkalmazásban állnak *gyakorló ápolók* (Licensed Practical/Vocational Nurses, LPN/LVNs) és a *sürgősségi technikusok* (Emergency Medical Technicians/Paramedics, EMTs) is, akik nem rendelkeznek működési engedéllyel önálló tevékenység végzésére. Felügyeletüket elláthatja orvos, regisztrált ápoló, praktizáló ápoló, és orvos asszisztens is. A gyakorló ápolók csak alapvető ápolási tevékenységeket végeznek. A sürgősségi technikusok feladatkörébe elsősorban a sérülések, mérgeзések, heveny kórképek elsődleges alapfokú ellátása tartozik. (Burgel és Kennerly 2012, Hong 2011, OSHA 2013, Phelps 2013, Sourtzi 2008, Thompson és Wachs 2012)

Kanadában a foglalkozás-egészségügyi ápolás helyzete igen hasonló az Amerikai Egyesült Államokban megismerttel. Az ápolói alapképzés BSc, illetve MSc szintű lehet és a legtöbb képzőhely tanterve tartalmazza a foglalkozás-egészségügyi alapismereteket is. A Kanadai Ápolói Egyesület (Canadian Nurses Association) szervezésében lehetőség van foglalkozás-egészségügyi szakápolói tanúsítvány megszerzésére, amelyet Kanadán kívül elfogadnak az Amerikai Egyesült Államokban is. (Sourtzi 2008, Verrall 2012)

A dél-amerikai kontinensen lévő országok többségében a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés nem egységes. *Braziliában* az ápolókat már 1940 óta foglalkoztatják foglalkozás-egészségügyi területen. Napjainkban a legtöbb brazil egyetemen az ápolói alapképzési tanterv még nem tartalmazza a foglalkozás-egészségügyi ismereteket. Azokon az egyetemeken ahol van ilyen tartalom ott az oktatás igen változatosan jelenik meg: az alapképzésen belüli néhány órás speciális kurzusoktól kezdve a mesterképzésen át a PhD programokig van lehetőség a foglalkozás-egészségügyi ismeretek elsajátítására. A szakterületen dolgozó szakápolók az alapképzés elvégzése után egy 600 órás foglalkozás-egészségügyi specializációval szerzik meg a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséget. *Argentínában* az ápolói alapképzés több szintű, egy éves képzés után ápolási asszisztens végzettséget lehet szerezni, három éves képzésben pedig szakápolóit. Az egyetemi szintű képzés 5 éves. Néhány állami és magán egyetem szintén kínál 600 órás vagy ennél rövidebb foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő kurzust, de 2010 óta a Rosario Egyetemen már mesterképzés is elérhető. Argentínában nincs tanúsítási rendszer a foglalkozás-egészségügyi szakápolók számára. *Chilében* a posztgraduális foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 1970-ben indult el. (Hong 2012, Tompkins és Arce 2012) *Kolumbiában* az ápolói alapképzés 5 év alatt szerezhető meg egyetemi szinten, erre épül rá a 2-3 éves foglalkozás-egészségügyi specializáció. *Ecuadorban* az alapképzés 4 éves egyetemi szintű, külön foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés nincs. Ezzel szemben létezik olyan 2 éves kiegészítő mesterképzés, ami munkavédelmi és foglalkozás-egészségügyi szakirányú, melyre ápolók, orvosok, mérnökök egyaránt jelentkezhetnek. *Guatemalában* szintén nincs önálló ráépülő szakápolói képzés, ehelyett két és fél éves posztgraduális képzés keretében lehet az egyetemeken, foglalkozás-egészségügyi szakirányon tanulni. (AAOHN International Committee 2011)

1.1.3. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Ausztráliában

Ausztráliában az ápolói alapképzés BSc szintű, melynek sikeres elvégzését követően lehet foglalkozás-egészségügyi és munkavédelmi szakirányú végzettséget szerezni, akár mesterképzés szintjén is. (AAOHN International Committee 2011, Sourtzi 2008) Mellor és munkatársai által végzett felmérés alapján a foglalkozás-egészségügyi szakápolók feladatköre elsődlegesen még mindig a tradicionális tevékenységeket ölelik

fel, úgymint a munkavállalók figyelmének felhívása az egészségkárosító kockázatokra, illetve a foglalkozással összefüggő balesetek bekövetkezése után, és a foglalkozási megbetegedések kialakulását követően az érintett munkavállalók egészségügyi ellátásának nyomon követése. (Mellor és mtsai 2006, Sourtzi 2008)

1.1.4. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Dél-Afrikában

Dél-Afrikában a foglalkozás-egészségügy még gyerekcipőben jár, hiszen a jogszabályi háttér csak 1993-ban került megalkotásra. Ennek megfelelően a foglalkozás-egészségügyi ápolók száma is még igen alacsony, 10.000 lakosra jut egy foglalkozás-egészségügyi ápoló. Az egy ápoló által ellátott munkavállalók száma nem egyenletes eloszlású, van olyan ápoló, aki csak 100 alacsony kockázati besorolású munkavállalót lát el, míg az is előfordul, hogy egy ápoló 2500 magas kockázati besorolású munkavállaló egészségéért felelős. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók iránti igény nagy, de kevés a képzőintézmény és emellett általános ápolóhiány is jellemzi az országot. Az ápolói alapképzés 4 éves, ezt követően lehet megszerezni a foglalkozás-egészségügyi szakápoló ráépülő végzettséget. Ennek a specializációknak a hossza és tartalma még nem egységes az országon belül sem. A képzés hossza minimum 1 év, de akár 2 éves is lehet. A foglalkozás-egészségügyi ápolói végzettséget megszerző szakápolókat a Dél-afrikai Ápolói Kamara veszi nyilvántartásba. (Michell 2012)

1.1.5. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés Ázsiában

Japánban jelenleg kb. 11.400 ápoló dolgozik foglalkozás-egészségügyben alap ápolói vagy népegészségügyi szakápolói végzettség birtokában, melyet 4 év alatt szereznek meg. Tevékenységüket orvos felügyelete mellett végzik. *Dél-Koreában* az ápolóknak lehetőségük van arra, hogy foglalkozás-egészségügyi szakápolói bizonyítványt szerezzenek, de a többség (kb. 2000 fő) e nélkül dolgozik. *Hongkongban* szintén van foglalkozás-egészségügyi szakirányú posztgraduális képzés, melynek időtartama 1 év és BSc alapképzésre épül. (Cheung és mtsai 2012, Sourtzi 2008) *Tajvanban* megközelítőleg 400 szakápoló dolgozik foglalkozás-egészségügyi szakterületen. Az első szakmai szervezetük, a Tajvani Foglalkozás-egészségügyi Szakápolói Egyesület 1991-ben jött létre. Korábban – egészen 2003-ig – a foglalkozás-egészségügyi szakápolási ismereteket az ápolói alapképzés keretein belül oktatták. A 48 órás elméleti

oktatás 3 kreditpontot ért, míg a 144 órás gyakorlati oktatás szintén 3 kreditet. 2005 óta szabadon választható kurzusként vehetik fel az ápolóhallgatók a foglalkozás-egészségügyi szakápolási kurzust. Felsőfokú szintű foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés nincs az országban, mivel az ápolói tanszékeken kevés az ez irányban képzett munkaerő. 1989 óta évente hat alkalommal szerveznek 5-5 napos workshopot foglalkozás-egészségügyi szakápolási témákban a szakterületen dolgozó ápolók számára. 2005 előtt a workshopon való részvétel követelmény volt a munkaviszony létesítéséhez. A jelenlegi szabályozás szerint Tajvanban minden ápolónak, aki ezen a területen dolgozik, munkaviszonya alatt legalább egyszer kötelező részt vennie egy ilyen workshopon. Foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés 1992 óta létezik az országban. Jelenleg 2 éves foglalkozás-egészségügyi területen szerzett ápolói gyakorlat birtokában lehet foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzésre jelentkezni. A tanterv 72 elméleti és 162 gyakorlati órát tartalmaz. A képzés után a hallgatók foglalkozás-egészségügyi szakápolói bizonyítványt kapnak. Emellett 2007-ben bevezetésre került az ápolók kötelező továbbképzési rendszere is. A szabályozás szerint 6 év alatt 150 kreditpontot kell összegyűjteni a működési nyilvántartás megújításához. A továbbképzési témák között megtalálhatóak: a munkahelyi egészségfejlesztés, az alkalmassági vizsgálattal kapcsolatos tudnivalók, a munkavédelmi ismeretek, a kutatási ismeretek, és a munka- és egészségvédelmi jogi ismeretek. (Lin és mtsai 2012)

1.1.6. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés az európai országokban

Az 1.1.1. alfejezetben ismertetett nemzetközi szervezeti ajánlások (ILO, FOHNEU, WHO Europe) ellenére – a rendelkezésre álló tanulmányok alapján – elmondható, hogy az egyes európai országokban a foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzési rendszerében jelentős eltérés tapasztalható. Az eltérés oka nem abban keresendő, hogy az általam (is) ismertetett a foglalkozás-egészségügyi szakápolói programok nem nyilvánosak. (FOHNEU Education Group 2012, Hirdi és mtsai 2010, Rossi 1995, Sourtzi 2008, Téglásyné és Grónai 2004)

A FOHNEU legutóbbi, 2012. évi felmérésének eredményei azt mutatják, hogy az ápolói alapképzés szintje és időtartama nem egységes. Az alapképzés során a foglalkozás-egészségügyi alapismeretekkel az európai országok egy részében az ápolóhallgatók már

megismerkednek, vagy önálló tantárgyként, vagy beépülve a közösségi-, illetve népegészségügyi kurzusokba. A felmérésben részt vett 20 országból 12-ben érhető el foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú képzés, mely általában posztgraduális képzési formában végezhető el. Szakirányú képzésre ápolói alapképzésben részt vett személyek jelentkezhetnek, de néhány országban felvételi követelményként írják elő néhány éves szakmai gyakorlat, tapasztalat meglétét is. (2. melléklet) A fennmaradó 8 felmérésben részt vett európai országból ötben (Írországon, Görögországon, Cipruson, Portugálián és Törökországon) lehetőség van foglalkozás-egészségügyi ismeretek megszerzésére, de nem önálló ápolói szakirány keretében. Írországon és Görögországon multidiszciplináris foglalkozás-egészségügyi posztgraduális képzés folyik, melyen az ápolók és orvosok együtt vesznek részt. Hasonló multidiszciplináris képzési forma Finnországon is elérhető, a szakápolói szakirányú képzés mellett. Cipruson, Portugálián és Törökországon közösségi szakápolói vagy népegészségügyi szakápolói mesterképzés keretében 1 évig tanulnak foglalkozás-egészségügyi ismereteket a hallgatók. (FOHNEU Education Group 2012)

Az elmúlt évtizedekben nemzetközi és hazai viszonylatban is számos erőteljes változást lehetett megfigyelni mind az ápolóképzés, mind pedig az ápolói tevékenység területén. Európa fejlett országainak egy részében az ápolók által végzett, illetve elvégezhető tevékenységek egyre bővültek, melyben jelentős szerepet játszik a magasabb szintű képzéshez hozzárendelt kompetenciák definiálása. Ezekre az alapokra építkezve megszerzett foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség birtokában a szakápolók a gyakorlatban számos olyan tevékenységet is elvégeznek, melyek korábban orvosi kompetenciába tartoztak. Mindeközben a szakápolók prevenciós tevékenysége napról-napra nagyobb teret kap. Ugyanakkor még számos olyan európai ország van, ahol az ápolói önállóság és felelősség még nem olyan széleskörű, de ezekben is érzékelhető az igény, hogy bővítsék az ápolók kompetenciáit, illetve újraértékeljék az ápolók által végzett tevékenységek prioritási sorrendjét. (FOHNEU Education Group 2012, Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011a, Sourtzi 2008, Staun 2012)

Az ápolók által végezhető tevékenységeket a képzettségi szinten kívül befolyásolja az általuk ellátottak száma is, az ápolók leterheltsége. Éppen ezért, összevetve a FOHNEU

2012. évi felmérésében közzétett foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolói létszámokat a Trading Economics weboldalon (<http://www.tradingeconomics.com/>) található munkavállalói létszámadatokkal, kiszámoltam az 1 ápolóra jutó munkavállalók számát. (3. melléklet) Ennek alapján megállapítottam, hogy Európában átlagosan 3850 munkavállaló jut egy foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra. Finnország fölényesen vezeti a listát az EU-ban a foglalkozás-egészségügyi ápolók létszáma terén: a skandináv országban egy ápolóra 917 fő munkavállaló jut. Az észak-európai ország mögött nem sokkal lemaradva a harmadik helyen az ápolónkénti 1504 fő munkavállalóval Magyarország áll. A munkavállalók és ápolók arányát természetesen nagyban befolyásolja az adott országok foglalkozás-egészségügyi szolgáltatási lefedettsége.

Érdekességként összegyűjtöttem továbbá a foglalkozás-egészségügyi szakápoló kifejezés országokénti hivatalos megnevezését is az adott országok nyelvén, mely gyűjtemény a 4. mellékletben található.

Az alábbiakban az európai országok közül – terjedelmi okok miatt – csak két Uniós tagállam (Finnország és Hollandia) foglalkozás-egészségügyi ápolói képzését ismertetem részletesebben, melyek közül a holland foglalkozás-egészségügyi ápolók tevékenységét személyesen is volt alkalmam megismerni egy tanulmányút keretében.

Finnország foglalkozás-egészségügyi ellátórendszerét tartják napjainkban a leghatékonyabbnak. A Finn Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesületet (Suomen Työterveyshoitajaliitto, finn nyelven) 66 évvel ezelőtt, 1948-ban alapították és az első foglalkozás-egészségügyi ápolói képzés is ekkor indult. 1982 óta a képzés bemeneti követelménye a főiskolai szintű népegészségügyi ápolói végzettség megléte. A foglalkozás-egészségügyi alapismeretek beépítésre kerültek az ápolói alapképzésbe 250 óra időtartamban, erre épül rá a specializáció. Az alapképzés során megszerzett ismeretek adják meg a lehetőséget arra, hogy már a népegészségügyi ápolói végzettség megszerzését követően foglalkozás-egészségügyi szakterületen helyezkedhessenek el az ápolók. Elhelyezkedésüket követően legkésőbb két éven belül kell megszerezniük a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képesítést (minimum 11 kredit értékben). Finnországban jelenleg 5 politechnikum kínál 30 kredit értékű foglalkozás-

egészségügyi szakápolói szakirányú képzési lehetőséget. Ez a típusú képzés 2 év időtartamú (havonta 2 nap, munkaidőn kívül). A Finn Foglalkozás-egészségügyi Intézet által szervezett 23 napos, 5 modul tartalmazó képzés 10,5 kreditet ad. Három képzési forma közül lehet választani: 1) orvosok és ápolók közös képzése, 2) orvosok, ápolók és gyógytornászok közös képzése, 3) ápolók képzése. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a közös képzés kifejezetten pozitívan hat a teammunkára. Jelenleg kb. 2600 ápoló dolgozik foglalkozás-egészségügyi szakterületen. A munkavállalók foglalkozás-egészségügyi „lefedettsége” Európán belül a legjobb, 92% körüli. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók általában főállású alkalmazottak és önállóan végzik tevékenységeiket. Legfőbb jogosultságaik közé tartozik a gyógyszerfelírási jog, a beutalási jog, valamint a keresőképtelenség megállapításának és igazolásának joga. A szakápolók legfontosabb önálló feladatai:

- a munkakörülmények és a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata, cselekvési terv készítése,
- egészségi alkalmassági vizsgálatok végzése, alkalmasság megítélése,
- a munkavállalók munkakörülményeivel és az egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadás és iránymutatás,
- krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók gondozása,
- megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjában való részvétel,
- a fogyatékkal élő munkavállalók egészségi állapotának nyomon követése, tanácsadás,
- elsősegélynyújtás, munkahelyi elsősegélynyújtók szakmai felkészítése,
- a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás minőségének értékelése, folyamatos fejlesztése. (FOHNEU 2014, Helimäki-Aro 1996, Himmanen 2010)

Hollandiában a II. világháború alatt és azt követően több vállalat is alkalmazott saját ápolót, akiket ‘Verbandmeester’-nek, magyarul „közös gazdá”-nak hívtak. Napjainkban őket tekintik az üzemi/foglalkozás-egészségügyi ápolók elődjeinek. A Holland Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesületet (Beroepsorganisatie Arboverpleegkunde, BAV holland nyelven) 1946. március 16-án alapították meg. A foglalkozás-egészségügyi ápolók létszáma az elmúlt évtizedben jelentősen lecsökkent a

2008-ban kirobbant gazdasági világválság következményeként. A FOHNEU 2005. évi felmérésében még kb. 1200 fős szakápolói létszámot publikáltak, a 2009. évi felmérés pedig 1000 főről tesz említést. A 2012. évi felmérés már csak 400 főt határoz meg, ami 66,6%-os drasztikus csökkenést mutat a 2005. évi adathoz képest. Az első foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 1984-ben indult. Jelenleg foglalkozás-egészségügyi szakápoló képesítés kizárólag a felsőoktatási rendszerben megszerzett főiskolai szintű ápoló képzésre épülve szerezhető meg. Mind a főiskolai ápolói alapképzés, mind pedig a ráépülő szakirányú képzés tandíjköteles, azonban léteznek különböző ösztöndíjak és diákhiteltek, melyek enyhítik ezeket a költségeket. A Bachelor fokozat megszerzése 4 év (8 félév), ezt követően a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés további 2 év (4 félév), egészidős képzési formában. A hallgatók az iskolaidőn belül hetente kétszer gyakorlatra járnak. A kétéves képzés össz-kreditértéke 120 ECTS kredit. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképesítés megszerzésére jelenleg csak Rotterdamban van lehetőség. A tavalyi évben indult el az Utrechti Egyetemen (Universiteit Utrecht) az első egyetemi szintű foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés a FOHNEU kerettantervének alapulvételével. A képzés 2 éves, hetente 32 gyakorlati és 8 óra elméleti oktatást tartalmaz. A foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak – önállóan végezhető tevékenységi körük szélesítése érdekében – lehetőségük van ún. Licencképzéseken is részt venni, melyek vizsgával zárulnak és bizonyítványt adnak. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók körében az egyik legnépszerűbb a nemzetközi utazásokkal kapcsolatos oltások felírását és beadását, illetve az utazási tanácsadás végzésére jogosító licenc. Hollandiában jelenleg nincs minden foglalkozás-egészségügyi ápolóra kiterjedő kötelező továbbképzési rendszer. Azoknak, akik önként vállalják a BAV működési nyilvántartásba való felvételt, a továbbképzési időszak időtartama 5 év. Ez alatt legalább 80 óra időtartamban kell a szakképesítésnek megfelelő elméleti továbbképzésen részt venni. A gyakorlati rész teljesítéséhez pedig a szakápolónak legalább 4 évet kell, minimum heti 16 órában foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónál a szakképesítése szerinti munkakörben eltöltenie. (FOHNEU Education Group 2012, FOHNEU 2013a, FOHNEU 2013b)

A foglalkozás-egészségügyi ápolók képzési-, továbbképzési rendszerét, illetve tevékenységeiket a következő publikációkban ismerttettem:

1. *Hirdi H. (2014) Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában: beszámoló tanulmányútról. Nővér, 1: 35-40.*
2. *Hirdi H. (2014) Nemzetközi foglalkozás-egészségügyi ápolói körkép. Ápolásügy, 1: 17-21.*

1.1.7. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége

A foglalkozás-egészségügyi ápolók a legtöbb európai országban az elmúlt évtizedekben már létrehozták azokat a szakmai szervezeteket, amelyeknek fő feladata a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók hivatásának gyakorlásával és a képzésével összefüggő érdekeinek képviselése, valamint szakterületük tudományos fejlődésének elősegítése. A tagság ezekben a szervezetekben lehet önkéntes vagy kötelező. A tagsági viszonytól függetlenül azonban hangsúlyozandó, hogy ezek a szervezetek általában igen fontos szerepet játszanak a szakápolók nemzeti képzési, továbbképzési struktúrájának kialakításában, mivel többnyire aktívan vesznek részt az egészségpolitikai tervezésben. (Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011b)

A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségét (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) hat ápolói szervezet alapította 1993. március 21-én Windsorban (Egyesült Királyság). A Szövetséget 1996. június 27-én jegyezték be Brüsszelben non-profit szervezetként. A Szövetség létrejöttének előzményei között érdekességként megemlítenéd, hogy már 1986-ban, az Edinburghban megrendezett első Nemzetközi Foglalkozás-egészségügyi Szakápolói Konferencián megfogalmazódott azon felismerés, hogy valamiféle nemzetközi összefogásra lenne szükség a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén az egyes tagállami gyakorlatok összehangolása érdekében. (Baker 1995, FOHNEU 2013, Hirdi 2009, Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011a, Hirdi és mtsai 2011b)

A Szövetség öt fő célkitűzése az alapszabályában megfogalmazottak szerint:

1. az Európai Unió munkavállalóinak egészségvédelme, munkahelyi biztonságuk megteremtése és jóllétük segítése a szakápolás révén;
2. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók feladatkörének növelése;

3. a foglalkozás-egészségügyi szakápolók elméleti és gyakorlati képzésének fejlesztése;
4. a foglalkozás-egészségügyi szakápolás, ápolóképzés és menedzsment területén folyó kutatások támogatása, az eredmények közzétételének biztosításával;
5. nyílt párbeszéd folytatása az Európai Unió egészségért, biztonságért, népegészségügyért felelős szervezeteivel, testületeivel, valamint európai ápolói szervezetekkel. (FOHNEU 2013, Hirdi 2009, Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011a)

A FOHNEU felépítése, munkamódszere

A FOHNEU megalakulása óta tagjainak száma évről-évre jelentős mértékben növekszik. Tagszervezetei között a néhány főből álló egyesületektől, a több ezres létszámú szervezetekig valamennyi típus képviselteti magát. A Szövetség 2004-ben indította el a jelenleg is folyó Ikerkapcsolati (Twinning) Programját, melynek lényege az újonnan csatlakozott tagállamok és a csatlakozásra váró országok foglalkozás-egészségügyi ápolókat képviselő szervezeteinek felkutatása. (Hirdi 2009, Hirdi 2010, Hirdi és mtsai 2011a) Legutóbb a Szövetségbe tagként felvételre került szervezetek: Máltai Ápolók és Szülésznők Egyesülete (2010), Horvát Ápolási Egyesület (2013), megfigyelőként felvételre került országok: Törökország, Bosznia-Hercegovina, Montenegró és Szerbia. A FOHNEU 2013 novemberében 17 aktív és passzív tagszervezetből és további 6 megfigyelői státuszban lévő szervezetből áll. Európai Unió tagországoként maximum két szervezet kérheti a tagfelvételét, a nem EU-s tagállamok szervezetei megfigyelőként csatlakozhatnak a Szövetséghez. A szervezetben minden tagországnak egy szavazata van, függetlenül a tagországból csatlakozott szervezetek számától, illetve fizetett tagdíja nagyságától. (FOHNEU 2013)

A Szövetség legfőbb szerve a küldöttgyűlés, operatív szerve az elnökség, amelynek tisztségviselőit a küldöttgyűlés hároméves időtartamra választja meg a tagszervezetek jelölése alapján. (Hirdi és mtsai 2011b) A 37. FOHNEU találkozón megtartott tisztújító választás eredményeképpen 2014 májusától az elnöki tisztséget a görög nemzetiségű Styliani Tziaferi PhD tölteni be, aki Peloponnészoszi Egyetemen óraadó oktató és ezen

kívül számos nemzetközi szervezet (EANS, ICOH, IOHA) aktív tagja, illetve elnöke a Görög Ápolási Egyesület Alapellátási és Közösségi Ápolási Szekciójának.

A FOHNEU évente kétszer ülésezik a tagszervezetek és megfigyelő szervezetek delegációinak részvételével. A küldöttek beszámolóval készülnek az ülésre, mely jelenleg már 8 témakört ölel fel: a foglalkozás-egészségügy politikai támogatottsága, nemzeti foglalkozás-egészségügyi egyesületek aktivitása nemzeti és uniós szinteken, szakápolók képzése, továbbképzése, az ikerkapcsolati program alakulása, a nemzeti „jó gyakorlat” ismertetése, a FOHNEU kongresszus-, valamint az EU-OSHA kampányprogramjának promóciója. A küldöttgyűlések közötti időszakban havonta elnökségi és negyedévente online munkacsoportos találkozók keretében van mód a tagok véleményének megvitatására. (Hirdi 2009, Hirdi 2010, Hirdi és mtsai 2011b)

A hatékonyabb működés érdekében a FOHNEU munkacsoportokat hozott létre, melyeket egy-egy koordinátor irányít. Jelenleg öt munkacsoport működik, amelyek: politikai, oktatási és kutatási, kongresszus-szervező, gazdasági, illetve az ad hoc. Valamennyi küldöttnak kötelezően feladatot kell vállalnia a FOHNEU valamelyik munkacsoportjában. (Hirdi 2010, Hirdi és mtsai 2011b)

A FOHNEU legfőbb eredményei

A FOHNEU közelmúltban elért eredményei közül hármat emelek ki jelen dolgozatban.

1. A FOHNEU oktatási és kutatási munkacsoportja 12 tagállam „foglalkozás-egészségügyi szakápoló” definícióját összegyűjtve, azok közös pontjainak figyelembe vételével meghatározta a foglalkozás-egészségügyi ápolás új fogalmát. E szerint: A foglalkozás-egészségügyi ápolás célja, hogy a munkavállalók egészségét, biztonságát és jól-létét biztosítsa. Ezek megvalósulását a munkavállalók egészségi állapotának felmérésével, folyamatos ellenőrzésével és fejlesztésével, illetve a munkakörülményeket és a teljes környezetet javító stratégiák kidolgozásával éri el. (FOHNEU 2010, Hirdi és mtsai 2011b)

2. A Szövetség az Európai Unióban foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó szakápolók helyzetének (létszámának, képzettségének, feladatainak) megismerése céljából 2012-ben újabb felmérést végzett. A felmérések eredményei alapján megállapítást nyert, hogy az Európai Unión belül a foglalkozás-egészségügyi szakápolók fő tevékenysége szinte egységesen az egészségnevelés, egészségfejlesztés és a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata. Emellett kiderült – összehasonlítva a 2005. és 2009. évi felmérések eredményeivel –, hogy továbbra is jelentős eltérés található az egyes tagállamokban a foglalkozás-egészségügyi szakápolók létszámában, képzési rendszerében. (FOHNEU Education Group 2012, Hirdi és mtsai 2010, Hirdi és mtsai 2011a, Staun 2010)
3. A FOHNEU negyedik célkitűzésének megvalósításához, vagyis a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén folyó kutatások eredményeinek közzétételének biztosításához rendkívül fontos esemény volt az ötödik nemzetközi FOHNEU kongresszus megszervezése. 2012-ben a FOHNEU „Formáljuk a jövőt – Befolyásoljuk a változást!” (Embracing the future – Influencing change) címmel rendezte meg kongresszusát Tarragonában (Spanyolország) a Spanyol Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szövetsége (Federación Española de Enfermería del Trabajo, FEDEET) közreműködésével. A korábbi kongresszusokhoz hasonlóan nemcsak Európából, hanem Ázsiából, Amerikából, Dél-Amerikából és Ausztráliából is szép számban vettek részt ápolók. Magyarországot Dr. Téglásyné Bácsi Mária és jelen dolgozat szerzője képviselte a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és a Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság támogatásával. A kongresszuson a legtöbb prezentáció a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozott. Jelen munka szerzője a kongresszuson a foglalkozás-egészségügyi ápolók képzésével és kompetenciáival foglalkozó szekción üléselnöki teendőket látott el, illetve a munkahelyi egészségfejlesztés szekcióban előadást tartott, melynek címe „*A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe a véradás népszerűsítésében a munkavállalók körében*” volt. Kutatását Rajki Veronika, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Ápolástan Tanszéke tanársegédjével közösen végezte. Előadásában ismertette, hogy a

foglalkozás-egészségügyi szakápolók által tartott munkahelyi oktatás lehetőséget nyújt a véradási hajlandóság növelésére a munkavállalók körében, és ezáltal az ország vérvkészletének gyarapítására. (FOHNEU 2012, Hirdi és mtsai 2011b , Hirdi és Téglásyné 2012, Hirdi és mtsai 2013b)

Magyarország és a FOHNEU kapcsolata

A FOHNEU írországi küldöttje Una Feeney 2004-ben Magyarországot választotta az iker-együtműködési program keretében. Hosszas előkészület után 2008-ban a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a FOHNEU írországi képviselőjétől meghívást kapott a 28. találkozón való részvételre, melyre a spanyolországi Bilbaóban került sor. Magyarország – a 2004 óta az Európai Unióhoz csatlakozott országok közül elsőként – kapcsolódott be a Szövetség munkájába és 2009. évtől vált teljes jogú taggá. Alig egy évnyi tagság után a FOHNEU a tagszervezetei jelölése alapján jelen munka szerzőjét alelnöknek választotta, mégpedig a Budapesten a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tartott 31. találkozóján. 2013 májusa óta jelen dolgozat szerzője a FOHNEU-n belül az EU-információs referens tisztséget tölti be. (Hirdi 2009, Hirdi 2010, Hirdi és mtsai 2011b)

A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) szervezeti felépítését, feladatkörét, elért eredményeit részletesen a következő publikációkban tettük közzé:

1. Hirdi H, Staun JMC, Mészáros J. (2010) *A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, 5: 3-11.*
2. Hirdi H, Staun JMC. (2011) *Occupational health nursing in the European Union. In: Kongres pracovního lékařství. XXX. Kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí. (ISBN:978-80-7071-319-8), Prága*
3. Hirdi H, Balogh Z, Mészáros J. (2011) *Bemutatkozik a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége. Nővér, 2: 31-34.*
4. Hirdi H, Téglásyné BM. (2012) *Kongresszusi beszámoló. V. Nemzetközi FOHNEU Kongresszus 2012. szeptember 19-21. Nővér 5: 41-42.*

1.1.8. Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban

A foglalkozás-egészségügyi ápolók a kezdetekben az általános ápolási modelleket, mint például a Florence Nightingale-féle modellt (1859), a Hildegard Peplau-féle modellt (1952), a Virginia Henderson-féle modellt (1964) alkalmazták. Később a közösségi betegellátás területén alkalmazott ápolási modelleket, a Martha Rogers-féle modellt (1970), az Imogene King-féle modellt (1971), a Dorothea Orem-féle modellt (1971), a Callista Roy-féle modellt (1976) és a Nancy Roper-féle modellt (1980) használták. (Chang 1994, Hirdi és mtsai 2011c, Potter és mtsai 2013)

A 80-as évek közepén a leggyakrabban alkalmazott modell a Dr. Nola J. Pender által 1982-ben megalkotott, majd 1996-ban átdolgozott egészség-promóciós modell lett, melynek kiindulási alapja, hogy az egészség egy pozitív dinamikus állapot, nem csupán a betegség hiánya. Az egészségfejlesztés az egyén jólléti állapotának erősítése. Az ápolás célja az egyénben a specifikus „egészséghit” felismertetése egy-egy tevékenységben. (Chang 1994, Current Nursing 2012, Hirdi és mtsai 2011c)

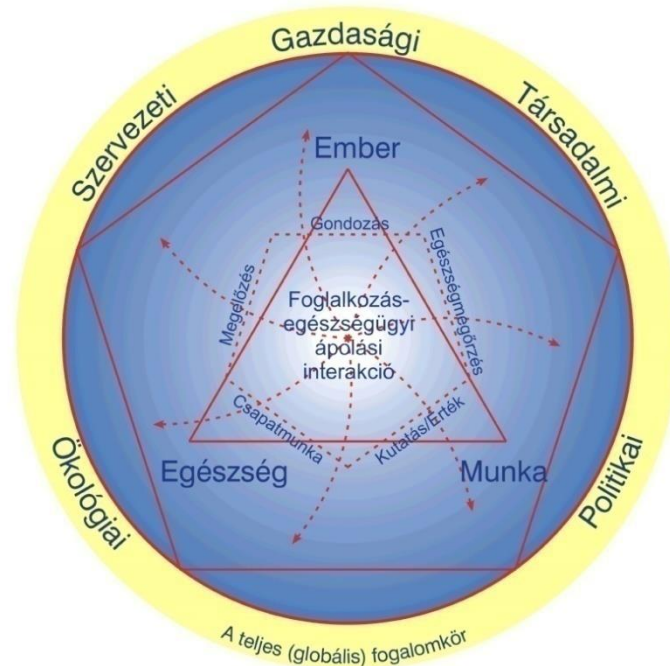
Az igazi áttörés 1988-ban következett be, amikor a NIVA (The Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health) és a Finn Foglalkozás-egészségügyi Intézet munkatársa, Kitta Rossi egy nemzetközi workshopot szervezett a finnországi Hanasaariban, ahol Ruth M. Alston (Egyesült Királyság) irányításával megkezdődött egy dinamikus, foglalkozás-egészségügyi ápolás-specifikus fogalmi modell megszerkesztése. (Alston 1994, Chang 1994, Hirdi és mtsai 2011c)

Napjainkban már több tucat foglalkozás-egészségügyi ápolási modell létezik, de jelen alfejezetben csak a három legismertebbet szeretném bemutatni: a Hanasaari fogalmi modellt (1988), a Wilkinson-féle szélmalom modellt (1990) és a Chang-féle hatás modellt (1994).

A Hanasaari fogalmi modell

A Hanasaari fogalmi modell 1988-ban, a finnországi Hanasaariban tartott nemzetközi foglalkozás-egészségügyi ápolási workshop eredményeként került megalkotásra, ahol a foglalkozás-egészségügyi ápolási gyakorlat, a fogalmak és az elméletek közötti

összefüggéseket vizsgálták. Az alábbi ábrán a Hanasaari fogalmi modell látható, mely szemlélteti a foglalkozás-egészségügyi szakápolók feladatait, tevékenységeit, a környezetet, ahol az ápolók e tevékenységeiket végzik. (Alston 1994, Hirdi és mtsai 2011c)



1. ábra: Hanasaari fogalmi modell (1988) (Forrás: FOHNEU által készítettve)

Az 1. ábrán a nagyobb külső kör illusztrálja a teljes környezetet átfogó fogalomkört, vagyis a környezeti rendszer fogalmait általánosságban, valamint a speciálisabb egészségi és biztonsági környezeti rendszert. Ezen belül olyan hatások kerültek megjelenítésre, melyek jelentősen befolyásolják az egészséget és munkahelyi biztonságot is. A munkavállaló, a munka és egészség háromszög a teljes környezeten belül található.

Az ábra közepe a foglalkozás-egészségügyi szakápoló interaktív szerepeit jelképezi, azon tevékenységek segítségével, melyeket a munkacsoport a foglalkozás-egészségügyi szakápoló feladatköröként azonosított. Az ábra közepén lévő körben az öt legjelentősebb tevékenység – a megelőzés, a gondozás, az egészségmegőrzés, a csapatmunka, valamint a kutatás – került megjelenítésre. A szakmában fontos rugalmasságot, kezdeményezőkézséget a kifelé mutató hullámos, szaggatott nyilak

szemléltetik. A nyilak az azonosított tényezőkre gyakorolt hatást szemléltetik, vagyis azt a célt, hogy az ápoló proaktív tevékenységével befolyással lehet az egyéni munkavállalók egészségére, a munkahelyi környezetre és akár a teljes környezetre. Az „interakció” egy kulcsszó az ábrán, a foglalkozás-egészségügyi szakápoló feladatainak jellemzésére, mely a kétirányú kommunikációt tükrözi az ápoló és a munkavállaló, az ápoló és a munkáltató, valamint az ápoló és egészségügyi ágazat többi szereplője között, demonstrálva a holisztikus szemléletű foglalkozás-egészségügyi szakápolási gyakorlatot. (Alston 1994, Hirdi és mtsai 2011c)

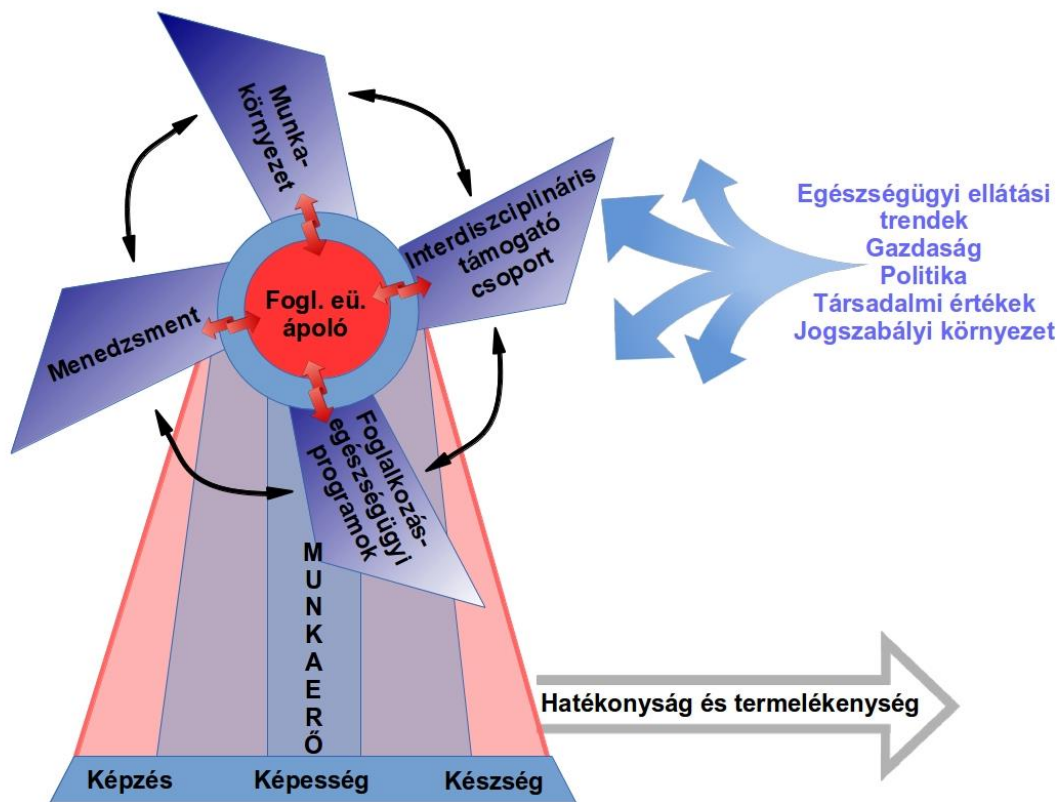
A foglalkozás-egészségügyi szakápolók tanterve a legtöbb Európai Unió országban a szakmaspecifikus Hanasaari fogalmi modellre épül, a FOHNEU is ezt a modellt adoptálta posztgraduális tantervének elkészítésekor. (Hirdi és mtsai. 2010, Staun 2010)

A Hanasaari fogalmi modellt részletesen a következő publikációban mutattuk be: Hirdi H, Rajki V, Mészáros J. (2011) Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban. Nővér, 4: 35-41.

A Wilkinson-féle szélmalom modell

A Wilkinson-féle szélmalom modell (Windmill Model) szintén a foglalkozás-egészségügyi szakápolók számára ad útmutatást a mindennapi gyakorlat, a kutatás és az oktatás során. (2. ábra)

A modell arra fókuszál, hogy az egészséges munkaerő miként növelheti a termelékenységet. A modell öt fő összetevőt tartalmaz. Ebben a modellben is a foglalkozás-egészségügyi szakápoló áll a középpontban. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló kommunikációját a munkahelyek különböző felelőseivel (tagjaival) a középpontból kiinduló nyilak szemléltetik. Az alábbi ábrán látható szélmalom alapja reprezentálja a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képességeit, képzettségeit és készségeit.



2. ábra: Wilkinson-féle szélmalom modell (1990) (Forrás: Wilkinson 1990)

A szélmalom lapátjai mutatják be azokat a tényezőket, melyek leginkább befolyásolják a foglalkozás-egészségügyi szakápoló tevékenységét, ezek: munkakörnyezet, menedzsment, interdiszciplináris támogató csoport, foglalkozás-egészségügyi programok. Szélként 5 fogalmat jelenít meg, melyek képesek forgatni a szélmalom lapátjait. Ezek a társadalmi értékek, a jogszabályi környezet, a politika, az egészségügyi ellátási trendek, és a gazdaság. Ahhoz, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló lépést tudjon tartani változásokkal saját tudásából merítve együtt kell működnie a 4 fő változóval, a szélmalom lapátjaival. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló tevékenységének eredményeképp a munkavállalók egészségesek, melynek hatására termelékenységük és hatékonyságuk megnő. (Wilkinson 1990)

A Chang-féle hatás modell

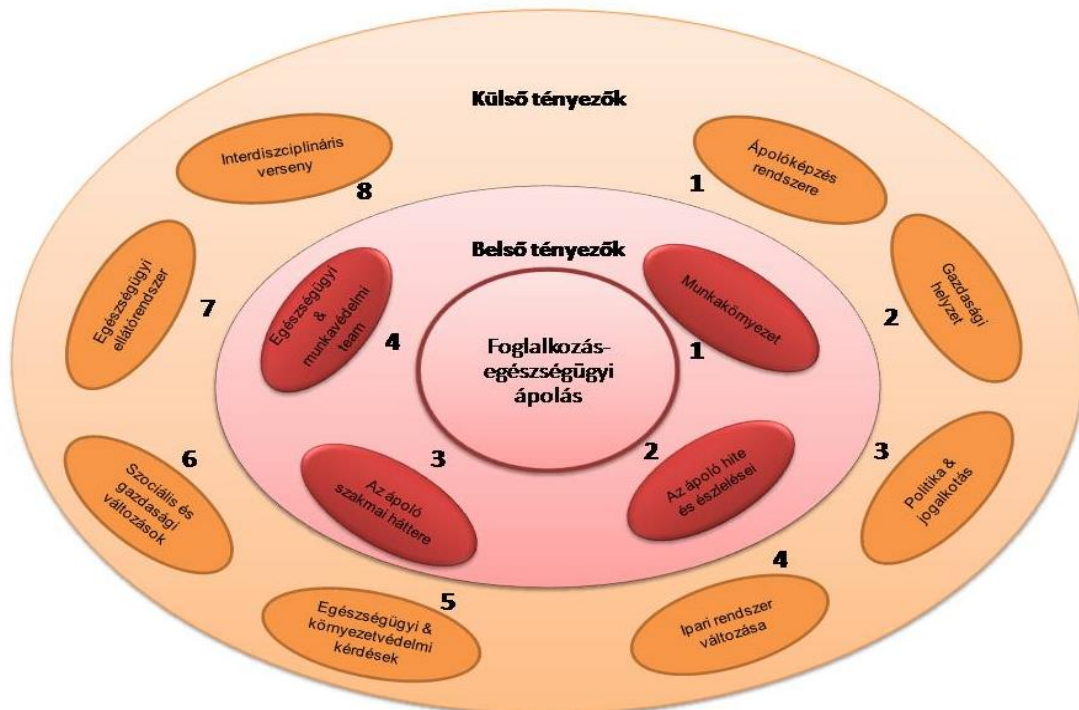
Chang Pei-Jen 1994-ben alkotott modelljében is a foglalkozás-egészségügyi szakápoló áll a középpontban, körülötte négy belső és nyolc külső tényező játszik szerepet. (3. ábra) Mind a belső, mind pedig a külső tényezők fontossági sorrendben vannak megjelölve aszerint, hogy melyik gyakorol nagyobb hatást a foglalkozás-egészségügyi

szakápoló tevékenységére. Chang szerint a foglalkozás-egészségügyi szakápoló munkahelyén a négy belső tényező fontossági sorrendben a következő:

1. a munkakörnyezet,
2. az ápoló percepciója és hite,
3. az ápoló szakmai hétértéke, és
4. az egészségügyi és munkavédelmi munkacsoport.

A külső tényezők jellemzője, hogy bármely előbbieken felsorolt belső tényezőre hatással lehetnek, ezzel befolyásolva a foglalkozás-egészségügyi szakápoló tevékenységét. Ezek a külső tényezők a következők:

1. az ápolóképzés rendszere,
2. gazdasági helyzet,
3. politika és jogszabályalkotás,
4. az ipari rendszer változása,
5. egészségügyi és környezetvédelmi kérdések,
6. szociális és gazdasági változások,
7. egészségügyi ellátórendszer,
8. interdiszciplináris verseny. (Chang 1994)



3. ábra: Chang-féle hatás modell (1994) (Forrás: Chang 1994)

Az előbbieken ismertetett modelleket jelenleg nem tartalmazza sem a hazai ápolói alapképzés, sem pedig a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés tematikája. Ennek okán ezek egyike sem terjedt el a hazai gyakorlatban. Érdekességként megemlítendő, hogy Chang 1994. évi felmérése alapján az angliai foglalkozás-egészségügyi ápolóknak csak 38%-a érezte szükségét ápolási modellnek. (Chang 1994) Hazánkban a foglalkozás-egészségügyi ápolók körében e témakörben felmérés még nem valósult meg. Saját tapasztalatom alapján napjainkban a képzés során, illetve a napi gyakorlatban a Chang-féle modell alkalmazható a leghatékonyabban.

1.2. Foglalkozás-egészségügyi ápolás Magyarországon

A foglalkozás-egészségügyi ellátás története hazánkban a bányaegészségügy kialakulásáig nyúlik vissza. Számos írásos emlék maradt fenn a bányászok ellátásáról, a bányorvosok munkájáról, elért eredményeikről, arról, hogy bányakórházak és ispotályok működtek hazánk területén. A bányavárosi ispotályok közül – ismereteink szerint – a legrégebbi a selmecebányai, amit 1224-ben alapítottak. Feltételezések szerint az ispotályban lévő betegeket a Domonkos Testvérek ápolták. Tudomásunk van arról is, hogy a nemzetközileg is elismert tudományos munkákon kívül, fennmaradt az 1343 környékén, Telkibányán tevékenykedő bányorvos neve is. (Tahin 2007) Ugyanakkor a bányorvosok mellett asszisztensi, ápolói feladatokat ellátó személyekről, a foglalkozás-egészségügyi ápolás első hazai úttörőiről rendkívül kevés információval rendelkezünk. Ungváry György és Varga József által szerkesztett „A magyar bányaegészségügy története” című könyvből biztosan tudhatjuk, hogy a bányászok egészségügyi ellátásában ápolók is részt vettek. Hoffinger János György selmecebányai bányakerületi főorvos 1781-ben megjelent tanulmányában, például bányászokórház felállítását javasolta 40 ápolóval. (Tahin 2007) 1854-ben pedig a Habsburg Birodalom teljes területén kötelező egységes jelleggel – az Osztrák Általános Bányatörvénnyel – törvénybe iktatták a társpénztárak kötelező bevezetését, mely a segélyre szorult bányamunkások mellett, azok özvegyeinek és árváinak támogatását is szolgálta. A törvény értelmében minden bányabirtokos köteles volt „*bányászlegénységi pénztárt*” vagy „*ápoló intézményt*” létrehozni. (Krisztián 2007)

A rudabányai bányaegészségügy történetét ismertető művek alapján Dr. Fábry Árpád volt az első rudabányai bányorvos, aki 1883 és 1917 között végezte gyógyító tevékenységét. Mellette az egészségügyi szakdolgozói feladatokat Csermák Mária asszisztens és Gábor Jánosné szülésznő látta el. (Papp 2010, Rudabánya Önkormányzata 2012) Előzőek alapján feltételezhető, hogy a bányorvosok mellett asszisztens és szülésznő is tevékenykedett. Ez azért is lenne jelentős, mert 1876 és 1945 között a szintén alapellátást nyújtó háziorvos mellett „*ápoló, vagy asszisztens igen ritkán fordult elő a területi ellátó rendszerben, a beteget a család ápolta az orvos utasításai alapján*”. (Balogh 2008)

Jelen alfejezetben azonban nem kívánok ilyen messzire visszatekinteni, hiszen a II. világháború előtt nem volt egységes, állami irányítású képzés az ápolók számára. Hazánkban az üzemi ápolók szakképesítése tárgyában az első, egész országra kiterjedő szabályozást 1953-ban adta ki az Egészségügyi Minisztérium. (Sövényiné és Stipkovitsné 2007) Előzőek miatt az üzemi ápolók, illetve a foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzésének és tevékenységének változását csak 1953-tól napjainkig szeretném bemutatni. E témakör szempontjából fontos – 1975 és 2008 közötti – változásokat Dr. Téglásyné Bácsi Mária és Dr. Grónai Éva foglalta össze a „Foglalkozás-egészségügyi ápolók képzése a kezdetektől napjainkig” című előadásukban, mely a MESZK Közösségi- és Hospice Szakápolás Tagozat I. Foglalkozás-egészségügyi Szakmai Napja rendezvényen 2010. május 4-én hangzott el.

1.2.1. Az üzemi ápolók képzése és tevékenysége 1953-1998 között

Mielőtt ismertetném az üzemi rendelőkben alkalmazott ápolók képzésének rendjét, illetve tevékenységüket, fontos előzetesen bemutatni azokat a jelentősebb változásokat, melyek az üzemi egészségvédelem területén következtek be és hatást gyakoroltak az egészségügyi szakdolgozók helyzetére.

Az '50-es években megjelent szakirodalom szerint: „*A felszabadulás előtt szervezett üzemegészségügy hazánkban nem volt....Üzemegészségügyi kérdésekkel tudományosan csak az OTI-nak egy iparegészségügyi laboratóriuma (1942) foglalkozott. Mai*

értelemben vett, tehát nemcsak gyógykezelést végző, hanem megelőző feladatokat is ellátó üzemegészségügyi szolgálatunk nem volt. A vállalati Társpénztárak szakrendelőiben dolgozó orvosok tekintették magukat üzemi orvosnak.” A II. világháborút követően komoly vita alakult ki az üzemegészségügy megszervezésének kérdésében. A vitázók egy része úgy gondolta, hogy az üzemi orvos feladata továbbra is a biztosító pénztári orvosi rendelőkben folyó orvosi ellátás nyújtása, míg mások azt képviselték, hogy az üzemi orvos váljon függetlenné a biztosító pénztártól. A szocialista egészségügyi alapelvek alapján a munkások egészségügyi ellátása elsődleges feladatává vált a kormánynak. Éppen ezért a munkaegészségügy tudományos művelése és oktatása, valamint a gyakorlati munkaegészségügyi tevékenység előmozdítása érdekében az 1949. (I. 22.) Korm. rendelettel létrehozatalra került az Országos Munkaegészségügyi Intézet. (Fülöp 1959)

Az első és legjelentősebb változás az üzemi egészségvédelem területén az volt, hogy a 1951. (III. 14.) MT rendelet hatálybalépésével az üzemi egészségvédelem megszervezése és fenntartása 1951. május 1-jétől az állam feladatává vált. Ez a lényeges változás együtt járt az üzemek, gyárak azon kötelezettségével, hogy az általuk korábban kialakított üzemi orvosi rendelőkben alkalmazott orvosok és segédszemélyzet munkaviszonyát kötelesek voltak felmondással tárgyév április 30-ig megszüntetni. Ezt követően az üzemek üzemi orvost és ápolót már nem alkalmazhattak. A rendelet hatálya egyedül a hon- és rendvédelmi feladatokat ellátó szervekre – néphadseregre, az Államvédelmi Hatóságra, a rendőrségre, a tűzoltóságra, a pénzügyőrségre és a letartóztató intézetekre – nem terjedt ki, valamint a Magyar Államvasutak üzemi orvosi rendelőire.

Az üzemi egészségvédelem államosítása után üzemi orvosi rendelőt kizárólag az egészségügyi miniszter előzetes hozzájárulásával lehetett létesíteni. A vállalatok, üzemek, és egyéb intézmények által – a dolgozók egészségügyi ellátása céljából – korábban kialakított és fenntartott üzemi orvosi rendelők teljes tárgyi felszerelése átkerült az egészségügyi miniszter kezelésébe. A későbbiekben a kifejezetten egészségügyi jellegű dologi kiadásokat (az orvosi rendelők felszerelése, orvosi műszerek, vegyszerek beszerzése és pótlása, stb.) az Egészségügyi Minisztérium

költségvetési keretéből fedezték. Az egyéb dologi kiadások pénzügyi fedezetéről viszont az üzem fenntartójának kellett gondoskodnia.

Ebben az időben az üzemi egészségvédelem megszervezésének kötelezettségét a jogalkotó csak azokban az üzemekben rendelte el, amelyek legalább ötszáz fizikai dolgozót foglalkoztattak, vagy ennél ugyan kevesebb dolgozót, de az üzem tevékenységével együtt járó különleges veszélyek és egészségártalmak azt indokolták. Az üzemi orvosok működési szabályzatát a 146/ 1951. EüM. utasítás tartalmazta. Az üzemi egészségvédelem főbb feladatai közé a következők tartoztak:

- a dolgozók előzetes és időszakos orvosi vizsgálatának elvégzése,
- az üzemben megszervezett elsősegélyhelyek munkájának és az üzemi elsősegély oktatásának irányítása,
- a munkahelyek egészségügyi viszonyainak és az üzem egészségügyi berendezéseinek ellenőrzése, valamint közreműködés a balesetelhárítással foglalkozó szervek munkájában,
- a munkaártalmak kiküszöbölésére javasoltak kidolgozása,
- a dolgozók gyógykezelése,
- közreműködés a beteg dolgozók keresőképtelenségének megállapításában.

Napjaink gyakorlatától jelentősen eltér az a szabályozás, miszerint a dolgozók előzetes és időszakos orvosi vizsgálatát, illetve gyógykezelését a dolgozók munkaidején kívül kellett elvégezni. Természetesen indokolt és sürgős esetben a gyógykezelés munkaidő alatt is elvégezhető volt.

A rendeletben szabályozásra kerültek a személyi feltételek is. A rendelkezések alapján az üzemi egészségvédelem feladatait üzemi orvosok és az orvosokhoz beosztott ápolók, ún. üzemi ápolók látták el. Mind az üzemi orvosok, mind pedig az üzemi ápolók főfoglalkozású közszolgálati alkalmazottak voltak. A főfoglalkozás, vagyis teljes idejű foglalkoztatás 1951-ben heti 48 óra munkaidőt jelentett. Az üzemi orvosok tekintetében lehetőség volt arra is, hogy amennyiben a helyi viszonyok nem tették lehetővé a teljes

munkaidőben történő foglalkoztatást, úgy részfoglalkozású orvos is alkalmazásra kerülhetett. Az üzemi ápolók azonban kizárólag főállásúak lehettek.

Az 1951. április 30-ai hatállyal elbocsátott orvosok és segédszemélyzet helyére az új üzemi orvosokat és az üzemi ápolókat az egészségügyi miniszter nevezte ki. Illetményeiket az egészségügyi tárca költségvetéséből fedezték. Az üzemi orvosok és üzemi ápolók illetménye rendeleti szinten került meghatározásra. A munkabérekre vonatkozó egyes rendelkezésekről szóló 204/1951. (XII. 2.) MT rendelet mellékletében foglaltak alapján az üzemi ápoló illetménye 810 forint volt.

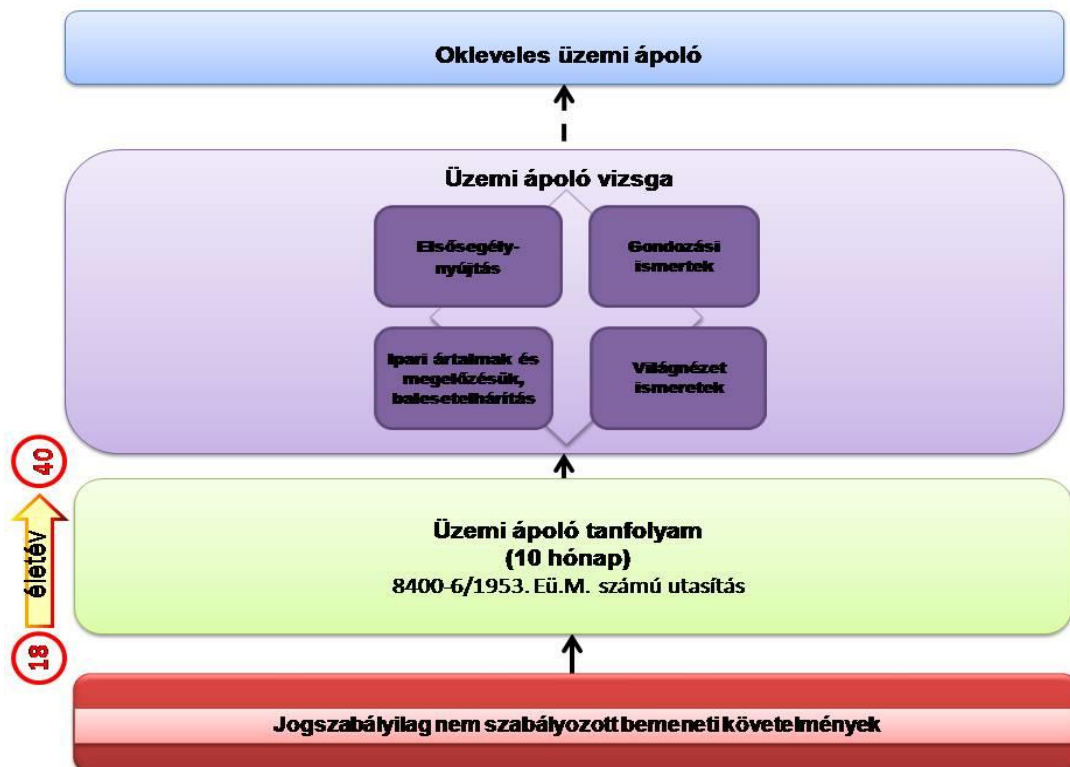
Az üzemi ápolók szakképesítése tárgyában két évvel később adtak ki szabályozást. A 8400-6/1953. Eü.M. számú utasítás az Egészségügyi Közlöny 1953. október 15-i 20. számában jelent meg. Az utasítás szabályozta az üzemi ápolóképző tanfolyam és vizsga szervezésének jogát, melyet az egészségügyi miniszter hatáskörébe utalt. A tanfolyam és a vizsga is költségmentes volt, és azok összes személyi és dologi kiadásait az egészségügyi tárca költségvetése fedezte. Az üzemi ápolók képzésére szolgáló tanfolyam időtartama 10 hónap volt. A tanfolyamon a hallgatók konferenciákkal egybekötött magántanulás útján vehettek részt. A tanfolyam tantervét, helyét és idejét, a tanfolyamra felvehető hallgatók számát, a jelentkezés időpontját, a konferenciák helyét és időpontját esetenként az egészségügyi miniszter állapította meg. A tanfolyam vezetőjét és előadóit, a konferenciák vezetőit szintén az egészségügyi miniszter jelölte ki. (8400-6/1953. Eü.M. ut.)

Felvételi feltételként életkori korlátozást és a testi és szellemi alkalmasság vizsgálatát írták elő. A tanfolyamra azokat vették fel, akik 18. életévüket már betöltötték, de még a 40-et nem. E szabályozás alól felmentést kaphattak azok, akik az utasítás hatálybalépésekor már üzemi ápolói munkakörben dolgoztak, vagyis akiket az egészségügyi miniszter 1951. május 1-jét követően ilyen munkakörbe már kinevezett és időközben a 40. életévüket betöltötték. A felvételi eljáráshoz az alábbi dokumentumok benyújtása volt szükséges:

- születési anyakönyvi kivonat,
- iskolai végzettséget igazoló bizonyítvány,

- testi és szellemi alkalmasságot igazoló, három hónapnál nem régebbi körzeti (rendelőintézeti) orvosi bizonyítvány,
- kézzel írt részletes önéletrajz, és
- hatósági vagyoni bizonyítvány. (8400-6/1953. Eü.M. ut.)

Az utasítás kötelezettségként írta elő a gyárakban, üzemekben 1953-ban már alkalmazásban álló ápolók számára, hogy a következő esztendő alatt, vagyis 1954 végéig végezzék el az üzemi ápoló tanfolyamot. Emellett természetesen azt is kikötötte, hogy azok az ápolók, akikkel 1954. január 1-je után létesítettek jogviszonyt, a munkába lépésük napjától számított két éven belül végezzék el a tanfolyamot és tegyék le a vizsgát. Az Egészségügyi Minisztérium a végzett üzemi ápolókról országos nyilvántartást vezetett. Az utasítás alapján azok, akik eredményes vizsgát tettek és ezt követően az országos nyilvántartásba felvételre kerültek jogosulttá váltak az „okleveles üzemi ápoló” elnevezés használatára. (4.ábra) (8400-6/1953. Eü.M. ut.)



4. ábra: Üzemi ápoló képzés 1953-1975 között (Forrás: saját szerkesztés)

A vizsga háromtagú bizottság előtt zajlott a következő tárgyakból:

- elsősegélynyújtás,
- gondozási ismeretek,
- ipari ártalmak és megelőzésük, balesetelhárítás, és
- világnézeti ismeretek. (8400-6/1953. Eü.M. ut.)

A vizsga értékelése ötfokozatú skálán (kitűnő, jeles, jó, elégséges, elégtelen) történt. Az eredményes vizsga letételéről üzemi ápolói képesítő oklevelet állítottak ki. A képesített üzemi ápolók a vizsgabizottság előtt esküt tettek. Az eskü szövege a következő volt: *„Én esküszöm, hogy mint okleveles üzemi ápoló, munkámat mindenkor a legjobb tudásom és erőm szerint végzem. Esküszöm, hogy az orvosi utasításokat pontosan teljesítem, a reám bízott titkot megőrzöm. Esküszöm, hogy Népköztársaságunkhoz, annak Alkotmányához, törvényeihez, törvényes szokásaihoz és a Minisztertanács rendeleteihez mindenkor hű leszek és munkámmal elősegítem a dolgozó nép érdekében hazánkban a szocializmus felépítését.”* (8400-6/1953. Eü.M. ut.)

Az üzemi egészségügyi szolgálat gyors ütemben fejlődött, míg kezdetben (1951-ben) az ellátott üzemek száma 324 volt, addig 1957-re ez a szám több mint duplájára nőtt (705 ellátott üzem). Ekkor már 803 üzemi orvos, 316 üzemi ápoló, 21 üzemi felcser, és 405 üzemi elsősegélynyújtó dolgozott a szakterületen. Az üzemi orvosi munkaórák számát az üzemekben foglalkoztatott fizikai dolgozók számát figyelembe véve határozták meg, függetlenül az egyes iparágakban megjelenő kockázatok jellegétől. Egy üzemorvos maximum 2000 fizikai dolgozó üzemegészségügyi ellátását biztosította. Az üzemi ápolók létszámát pedig az üzemi orvosi óraszámától tették függővé. Három-nyolc orvosi munkaóra esetén 1 üzemi ápolót kellett alkalmazni, 11-18 orvosi munkaóra esetén pedig kettőt. (Fülöp 1959)

Az üzemi ápoló alkalmazója 1957-ben már a járási szintű tanács volt, közvetlen felettese pedig az üzemi orvos. Így munkáját az ő irányítása és felügyelete, a tőle kapott rendelkezések szerint végezte. Az üzemi ápoló feladatkörébe a következők tartoztak:

- Az üzemi orvos munkájában való segédkezés az orvos előírásai szerint.

- A különböző (pl. tüdőbeteg, nemi beteg) gondozó intézetek védőnőivel együttműködve a gondozási feladatok ellátása.
- Az egészségügyi dokumentáció, nyilvántartások (pl. dolgozók egészségügyi törzslapja, baleseti napló, betegnapló, Frejdlin-karton, üzemi gondozási nyilvántartó lap, stb.) naprakész vezetése.
- Az üzemi orvos távollétében az ápolói elsősegélynyújtás elvégzése.
- Közreműködés az üzemi orvos kéthetenkénti közegészségügyi-járványügyi célú üzemlátogatásban.
- Közreműködés az üzemi konyha, az étkező helyiségek és étkeztetés üzemi orvos általi ellenőrzésében.
- Az élelmiszerek (készételek) rendszeres vizsgálata, amennyiben az orvos erre kioktatta. (Fülöp 1959)

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény életbe lépése szintén jelentős változást hozott üzemi egészségvédelem területén, hiszen 27. § (1) bekezdésében törvényi szinten írta elő, hogy *„A dolgozók üzemi gyógyító-megelőző ellátására, valamint az üzemben a munkafolyamatokkal és a munkakörülményekkel kapcsolatos közegészségügyi követelmények érvényesítésének előmozdítására - jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén - üzemi egészségügyi szolgálatot kell szervezni és fenntartani.”* (CompLex 2003h)

Az 1972. évi egészségügyi törvénynek a dolgozók üzemi gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásának módját a 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet részletezte. Az '50-es évek végén már távlati tervként említetteknek megfelelően a rendelet finomította az „ötszáz fős” szabályt, oly módon, hogy bizonyos nemzetgazdasági ágakban az ellátandó munkavállalói létszámot alacsonyabb mértékben határozta meg. Így üzemi egészségügyi szolgálatot kellett szervezni és fenntartani azokban:

- a bányá-, kohó-, vegyipari, élelmiszer-ipari üzemekben, illetőleg üzemi telephelyeken, valamint építkezéseknél, ahol legalább háromszáz,
- a vasipari üzemekben, illetőleg üzemi telephelyeken, ahol legalább négyszáz,

– az egyéb üzemekben, illetőleg üzemi telephelyeken, továbbá állami gazdaságok telephelyén, ahol legalább ötszáz dolgozót foglalkoztatnak. Ezen kívül a rendelet előírta, hogy fokozatosan ki kell építeni az üzemi egészségügyi szolgálatokat azokon a mezőgazdasági termelőszövetkezeti telephelyeken, ahol legalább ötszáz dolgozót foglalkoztatnak. Az egymás mellett működő üzemek akár közösen is tarthattak fenn üzemi orvosi rendelőt, hogy jogszabályi kötelezettségüknek eleget tegyenek. Az ellátás színvonalának emelése érdekében a rendelet jogi lehetőséget biztosított az üzem fenntartójának (vállalatnak, szövetkezetnek, állami gazdaságnak) ahhoz, hogy hozzájárulhasson az egészségügyi berendezés és felszerelés költségeihez, az egészségügyi jellegű dologi kiadásokhoz is a rendelő üzemeltetésének egyéb költségei mellett. Az egészségügyi jellegű dologi kiadások költségfedezetéről általánosan az üzemi egészségügyi szolgálatot fenntartó tanácsnak kellett gondoskodnia. Az üzemi egészségügyi szolgálat vezetőjeként a rendelet az üzemi orvost határozta meg. (15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet)

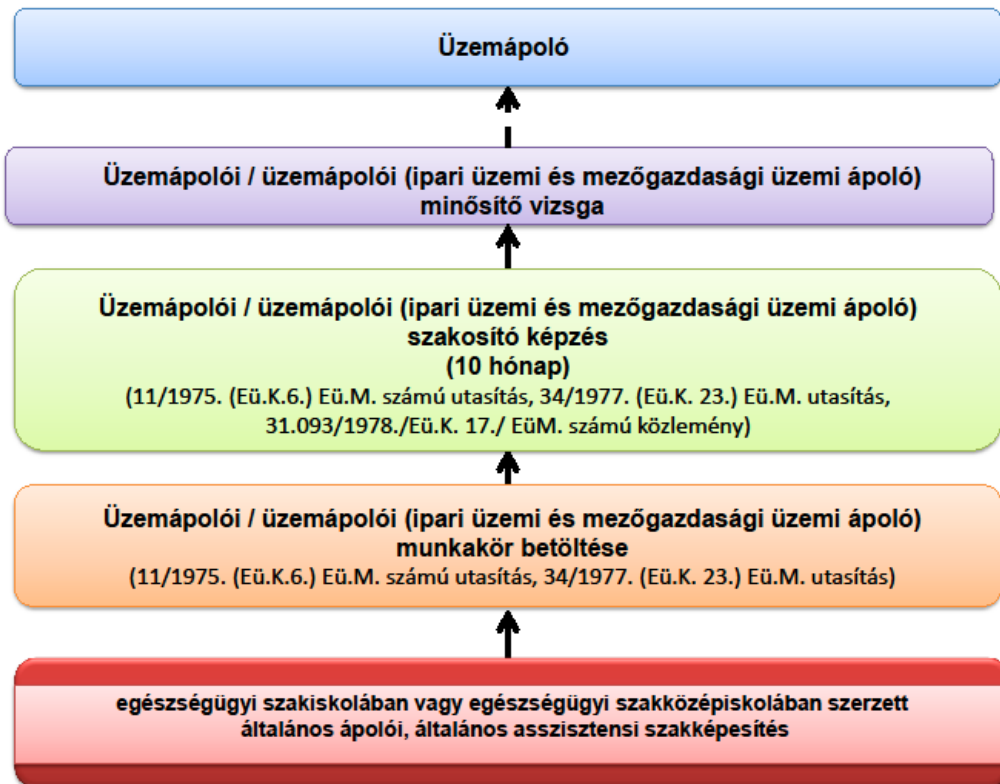
Az üzemi egészségügyi szolgálat feladatai is kibővültek, pontosításra kerültek az 1972. évi egészségügyi törvény életbe lépését követően. Ennek megfelelően az alábbi feladatok kerültek meghatározásra:

- a dolgozók munkaköri (szakmai) alkalmasságának orvosi vizsgálata és véleményezése,
- közreműködés az üzemben az elsősegélynyújtás megszervezésében és oktatásában, az elsősegélynyújtás irányítása,
- a dolgozók gyógykezelése, jogszabály rendelkezése szerint a keresőképességük véleményezése, illetőleg közreműködés keresőképességük elbírálásában,
- a dolgozók egészségi állapotának tanulmányozása,
- az egészséges munkakörülmények megteremtésének, a foglalkozási ártalmak és betegségek megelőzésének, az egészségre káros munkakörülmények megszüntetésének, a mérgező anyagok által okozható ártalmak elhárításának, az új technológiai folyamatokkal járó veszélyek kiküszöbölésének előmozdítása,
- a csökkent munkaképességű dolgozók rehabilitációjával kapcsolatos tennivalók ellátása. (15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet)

Természetesen az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény megjelenése, illetve az alacsonyabb szintű jogszabályi előírások fejlődése magával vonta az egészségügyi szakdolgozói képzés fejlesztésének igényét, szükségességét is. Az egészségügyi szakiskolákról szóló 2/1975. (III. 1.) EüM rendelet értelmében az egészségügyi szakiskolák, mint középfokú oktatási intézmények folytatták működésüket. Az egészségügyi szakiskolák céljaként a szakmai és általános műveltséggel, szocialista világnézettel, hivatástudattal rendelkező, sokoldalúan képzett, általános ápolói és általános asszisztensi munkakör betöltésére alkalmas szakemberek nevelését, oktatását tűzték ki. (2/1975. (III. 1.) EüM rendelet)

Az egészségügyi miniszter utasítást adott ki az egészségügyi szakiskolákról szóló 2/1975. (III. 1.) EüM rendelet végrehajtásáról, mely hatályon kívül helyezte az üzemi ápolói szakképesítés tárgyában kiadott 8400-6/1953 (Eü.K.20.) EüM számú utasítást. A '75 évi miniszteri utasításban rögzítésre került, hogy az egészségügyi szakiskolában, vagy egészségügyi szakközépiskolában általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítést szerettek már gyakorlóként foglalkoztathatóak üzemápolói munkakörben, illetve további szakképesítést (pl. „üzemápolói” szakosító szakképesítést) szerezhetnek. A szakosító képzésben való részvétel feltétele az volt, hogy a szakdolgozó a választott szaknak megfelelő munkakört, jelen esetben üzemápolói munkakört töltsön be. A szakosító képzés időtartama – munka mellett – egy tanév (10 hónap) volt. A szakosító tanfolyam ideje alatt a hallgatókat munkaidő-kedvezmény, a minősítő vizsgára való felkészülés érdekében tanulmányi szabadság illette meg. Az utazási költségek a hallgatókat terhelték. (11/1975. (Eü.K.6.) EüM. sz. utasítás)

Az 1978/79-es oktatási évtől kezdődően indult el az üzemi ápolói (ipari üzemi és mezőgazdasági üzemi) szakosító képzés, melyet a 34/1977.(Eü.K. 23.) EüM. számú utasítás, továbbá az üzemi ápolók képzéséről és továbbképzéséről szóló 31.093/1978./Eü.K.17./ EüM. számú közlemény szabályozott. A beiskolázás feltétele nem változott a '75 évi miniszteri utasításban kiadottakhoz képest. (5.ábra) (Téglásyné és Grónai 2010) A képzés során tankönyvként az 1978-ban kiadott, Dr. Béleczi Lajos által írt „Üzemápolói tananyag” című könyvet alkalmazták. (5. melléklet) (Béleczi 1978)



5. ábra: Üzemápolói szakosító képzés 1975-1996 között (Forrás: saját szerkesztés)

Az ipari üzemi ápolói képzés célja olyan üzemi ápolók képzése, akik működési szabályzatuk és munkaköri leírásuk értelmében részben önállóan, részben pedig az üzemi orvos irányítása és felügyelete mellett végzik az üzemi dolgozók általános és speciális gyógyító-megelőző ellátásával, a közegészségügyi (ezen belül munkaegészségügyi) követelmények érvényesítésével, és az egészségneveléssel kapcsolatos feladataikat. A képzés során a hallgatók foglalkozási megbetegedésekkel, munkaalkalmassággal, keresőképesség elbírálásával, rehabilitációval, egészségneveléssel kapcsolatos ismereteket sajátítottak el. (Téglásyné és Grónai 2010)

A mezőgazdasági üzemi ápolók képzésének célja olyan szakdolgozók képzése volt, akik a mezőgazdasági üzemben (ide értve a termelősövetkezetet, erdőgazdálkodást, állami gazdaságot, közös vállalkozást) önállóan, vagy orvos irányítása mellett részt vesznek a dolgozók általános és speciális munkahelyi gyógyító-megelőző ellátásában. Az elméleti képzésben a hallgatók többek között megismerkedtek a mezőgazdasági üzem

technológiai sajátosságaival, az általános és speciális közegészségügyi-járványügyi feladatokkal, a foglalkozási betegségekkel, a speciális elsősegélynyújtási feladatokkal, és gazdaságpolitikai kérdésekkel. Szakmai gyakorlatként 3 hetet a Közegészségügyi és Járványügyi Állomáson (KÖJÁL), 1 hetet ipari üzemben egészségügyi szolgálatoknál, 1 hetet egészségügyi intézmények ambulanciáin, további 7 hetet mezőgazdasági üzemben töltöttek. (Téglásné és Grónai 2010)

A rendszerváltást követően az üzemegészségügyi hálózat foglalkozás-egészségügyi szolgálatokká alakult át, mely átszerveződés alapját a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény adta, mely 1994. január 1-jén lépett hatályba. A változás legfontosabb eleme a megelőző (preventív) tevékenység 70-es évektől kezdődő előtérbe kerülése volt. Az üzemegészségügy elsősorban gyógyítással (kuratív tevékenységgel) foglalkozott, és a foglalkozási megbetegedések, balesetek munkaképességre való hatásával, megelőzéssel kevésbé. Ezzel szemben a foglalkozás-egészségügy fő feladata a prevenció lett, melynek legfontosabb eszközei: az alkalmassági vizsgálatok és a kockázatértékelés révén a munkavégzés és a munkakörnyezet kóroki tényezői által okozott egészségkárosodások megelőzése. (Cseh és Felszeghi 2012)

Mindeközben az egészségügyi szakképzés is jelentős átalakuláson ment keresztül. Az egészségügyi szakképzés rendszerét teljesen új alapokra helyezte a szakképzésről szóló 1993. évi LXXVI. törvény. A törvény értelmében az állam által elismert szakképesítéseket ezt követően már az Országos Képzési Jegyzék (OKJ) tartalmazza, mely időről időre a szükségleteknek megfelelően átalakítható. Az egészségügyi szakiskolákról szóló 2/1975. (III. 1.) EüM rendeletet és a végrehajtására kiadott egészségügyi miniszteri utasításokat pedig az egyes miniszteri rendeletek és utasítások hatályon kívül helyezéséről szóló 43/1995. (XII.7.) NM rendelet hatályon kívül helyezte. (Sövényiné és Stipkovitsné 2007) Ugyanakkor 1993 és 1998 között az Országos Képzési Jegyzék nem tartalmazta az üzemi ápoló szakképesítést. Figyelemmel erre a Népjóléti Minisztérium II. Ápolási és Egészségügyi Szakképzési Főosztálya által kiadott 20075/96. sz. Üzemi ápolói (foglalkozás-egészségügyi ápoló) átmeneti központi program alapján került megszervezésre az üzemi ápoló képzés, egészen a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzésnek az OKJ-ba történő 1999. évi megjelenéséig.

(Téglásyné és Grónai 2010, 35/1999. (VIII. 13.) EüM rendelet) A fenti időszak alatt megszervezésre került üzemi ápoló szakképzés sikeres elvégzését igazoló bizonyítványokon is rögzítésre került a minisztériumi engedély száma. (6. melléklet)

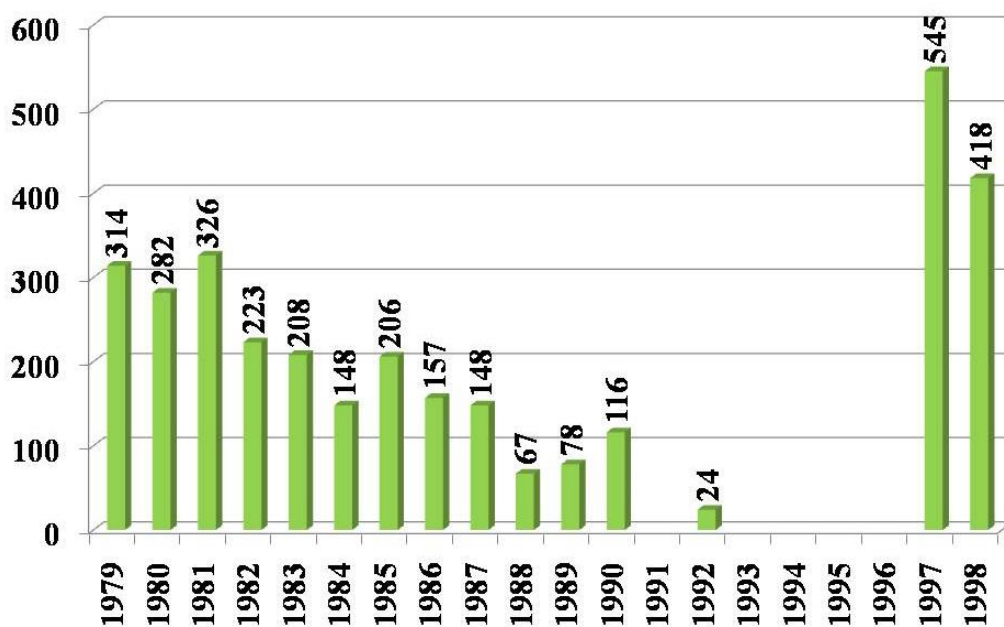
Megemlítendő, hogy az 1953 és 1999 között megjelent jogszabályok a szakosító képzés, illetve a munkakör elnevezését gyakran változtatták, így ez alatt az időszak alatt a következő elnevezési formákkal találkozhatunk:

- üzemi ápoló (1953),
- üzemápoló (1975),
- üzemápoló (ipari üzemi és mezőgazdasági üzemi ápoló) (1977),
- üzemápoló (ipari) (1979),
- üzemápoló (ipari és mezőgazdasági) (1979)
- üzemi ápoló (ipari) (1984).

Az egészségügyben dolgozók országos nyilvántartási rendszerét a II. világháború után alakították ki. Az akkor hatályos szabályozás szerint nem csak azok kérhették nyilvántartásba vételüket, akik egészségügyi szakképesítéssel rendelkeztek, hanem azok is, akik nem, de már hosszabb ideje egészségügyben dolgoztak. Az Országos Nyilvántartás vezetését kezdetben az Egészségügyi Minisztérium végezte, így a 8400-6/1953. Eü.M. utasítás alapján üzemi ápoló oklevelet szerzett személyeket még a minisztérium vette nyilvántartásba. Később, 1968-ban az országos nyilvántartási rendszer vezetése átkerült az Egészségügyi Szaktanfolyamos Irodához. Ennek megfelelően az 1975 utáni üzemápolói szakosító képzést sikeresen elvégeztek nyilvántartását már az Egészségügyi Szaktanfolyamos Iroda végezte, mely a jelenlegi Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság (GYEMSZI EFF) jogelőd intézményének tekinthető. (Sövényiné és Stipkovitsné 2007)

Jelen alfejezet megírásához szükséges forráskutatás során azt tapasztaltam, hogy a vizsgált szakképesítés elnevezésének gyakori változtatása egyrészt megnehezíthette a korabeli nyilvántartási rendszerben történő rögzítést, másrészt megnehezíti napjainkban a keresést és a forráselemzést. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás történetére

vonatkozó adatok hiányosak, a fellelhető források hozzáférhetősége pedig korlátozott. Előzőek miatt jelenleg nem rendelkezünk információval arra vonatkozóan, hogy 1953 és 1978 között pontosan hány fő szerzett üzemi ápolói, vagy üzemápolói végzettséget. Sövényi Ferencné és Stipkovits Simonné „Az egészségügyi szakképzés rövid története 1945-2006” című közleményéből ugyanakkor tudható, hogy például 1955-ben 64 fő szerzett üzemi ápolói szakképesítést, tehát a 8400-6/1953. Eü.M. utasításban szabályozott képzés elindult. Másrészt a szerzők pontos adatokkal szolgálnak 1979-től 1998-ig az I. fokú szakosítás körébe tartozó üzemápolói képzést eredményesen elvégzőkről. (6. ábra) (Sövényiné és Stipkovitsné 2007)



6. ábra: Kiadott üzemápolói, illetve üzemi ápolói bizonyítványok száma 1979-1998 között (Forrás: Sövényiné és Stipkovitsné 2007)

1.2.2. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzése és tevékenysége

Mint azt az 1.2.1. alfejezetben már megemlítettem, a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény az a jogszabály, amely napjaink foglalkozás-egészségügyi rendszerének jogi szabályozásában alapvető szerepet játszott. Ugyanakkor azt, hogy mi a foglalkozás-egészségügy célja és feladata azt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény határozza meg. E törvény alapján a munkaegészségügyi tevékenység célja a munkavégzés során egyrészt a munkakörnyezetből származó egészségkárosító

veszélyek és kockázatok előrelátása, felismerése, értékelése és kezelése, másrészt a munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta és a munkavégzésből származó megterhelések, illetőleg igénybevétel vizsgálata és befolyásolása, továbbá a munkát végző személyek munkaköri egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése és elősegítése révén a munkát végző személy egészségének megóvása.

A foglalkozás-egészségügy feladataként a 1997. évi CLIV. törvény a következőket sorolja fel:

- a munkahigiéne által feltárt adatok ismeretében elemezze az egyes munkakörnyezeti kóroki tényezők emberre kifejtett hatását, az ember válaszreakcióját, feltárja ez utóbbiakra jellemző paramétereket,
- kidolgozza a foglalkozási megbetegedések korai felismerésére alkalmas eljárásokat,
- meghatározza a munkavállaló munkavégzéssel kapcsolatos össz megterhelését,
- a munkavállaló orvosi vizsgálatával megállapítsa annak terhelhetőségét, hogy eldöntse a munkavállaló adott munkakörre, szakmára való egészségi alkalmasságát, és meghatározza a foglalkoztathatóság feltételeit,
- a munkakörnyezet és a munka jellegének ismeretében meghatározza az alkalmassági vizsgálatok gyakoriságát,
- a munkavállalót a munkakör ellátására alkalmasnak vagy alkalmatlannak minősítse, továbbá meghatározza, hogy milyen munkakörnyezetben, mely feltételek mellett alkalmas munkavégzésre,
- fokozott figyelmet fordítson a fiatalok, a nők, a terhes nők, a szoptató anyák, az időskorúak, az idült betegek, a fogyatékosok egészségi állapotának ellenőrzésére munkavégzésük során,
- a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációját kezdeményezze, illetőleg abban részt vegyen.

Mindezeket figyelembe véve került összeállításra a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés képzési programja, illetve a képzés során használt tankönyv anyaga. (7. melléklet) Ahogy arra az 1.2.1. alfejezetben utaltam, az 1999. évi Országos Képzési Jegyzékben jelent meg először a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés, mint

államilag elismert már meglévő szakképesítésre épülő speciális szakosodást jelentő képzés. Az iskolarendszeren kívüli, 54 5012 04 OKJ azonosító számú foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés szakmai és vizsgakövetelményeit a 35/1999. (VIII. 13.) EüM rendelet határozta meg. Az Egészségügyi Minisztérium II. Ápolási és Egészségügyi Szakképzési Főosztálya által kiadott 20567/99. számú engedély tartalmazta a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés központi programját. (Béleczki és mtsai 1999, Téglásyné és Grónai 2010, 35/1999. (VIII. 13.) EüM rendelet)

Hivatkozott EüM rendelet alapján a foglalkozás-egészségügyi ápoló foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatnál, foglalkozás-egészségügyi központban, foglalkozás-egészségügyi szakellátásban, a foglalkozás-egészségügyi team tagjaként részt vesz a preventív, egészségmegőrzési, egészségnevelési feladatokban, a foglalkozási és a foglalkozással összefüggő betegségek felismerésében, kezelésében, a kóroki tényezők észlelésében és a munkahelyek közegészségügyi-járványügyi, ezen belül munkaegészségügyi feladatainak ellátásában, adminisztrációs, dokumentációs tevékenységben. Feladatait részben önállóan, részben pedig a szakorvos utasítására vagy az orvossal együttműködve végzi. (35/1999. (VIII. 13.) EüM rendelet)

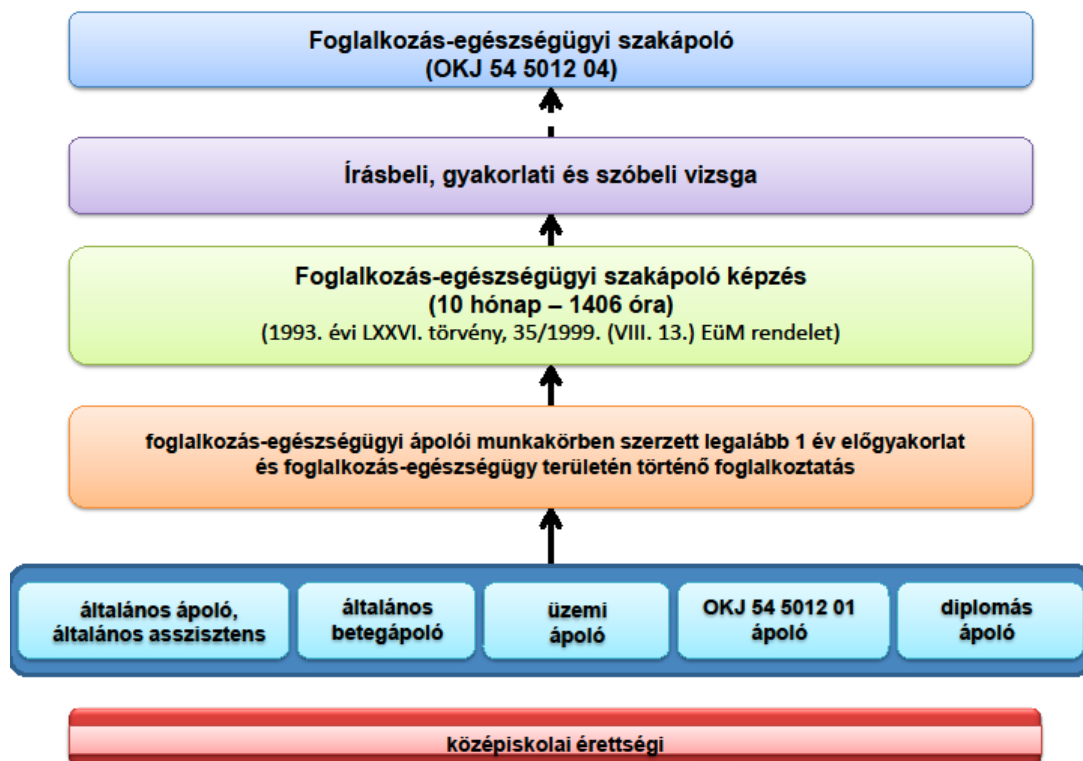
A képzés célja, hogy az ápoló a foglalkozás-egészségügy – mint multidiszciplináris tevékenység – alapjainak, vizsgálati módszereinek és azok gyakorlati alkalmazásának lehetőségeinek megismerését követően – a foglalkozás-egészségügyi szakorvos mellett – képessé váljon az alábbiakra:

- A munkavállalók optimális munkahelyi megterhelésével, igénybevételével, illetve egészségi állapotuk alakulásával kapcsolatos feladatok végzésére.
- A munkahelyi környezet és termelési folyamat egészségügyi vonatkozásaival összefüggő feladatokban részt venni.
- A munkavállalók egészséges életmódra nevelésében, munkájukkal kapcsolatos felvilágosításban, tanácsadásban, részükre egészségmegőrző programok szervezésében részt venni.
- A foglalkozás-egészségügyi szolgálat technikai működésével kapcsolatos feladatokat, dokumentációs, információs, kommunikációs tevékenységet végezni. (Béleczki és mtsai 1999)

Az EüM rendelet mellékletében a foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakmai vizsgára jelentkezés feltételeként középiskolai végzettség (érettségi), szakmai előképzettség, továbbá szakmában eltöltött gyakorlat került előírásra. (7. ábra) Szakmai előképzettségként az alább felsorolt szakképesítéseket fogadták el:

- általános ápoló és általános asszisztens,
- általános betegápoló (1979 előtt),
- ápoló (OKJ azonosító száma: 54 5012 01),
- diplomás ápoló,
- üzemi ápoló (aki az 1995/96. tanévben vagy azt megelőzően végzett),
- üzemi ápoló/foglalkozás-egészségügyi ápoló (aki az 1996/97., 1997/98. tanévben végzett).

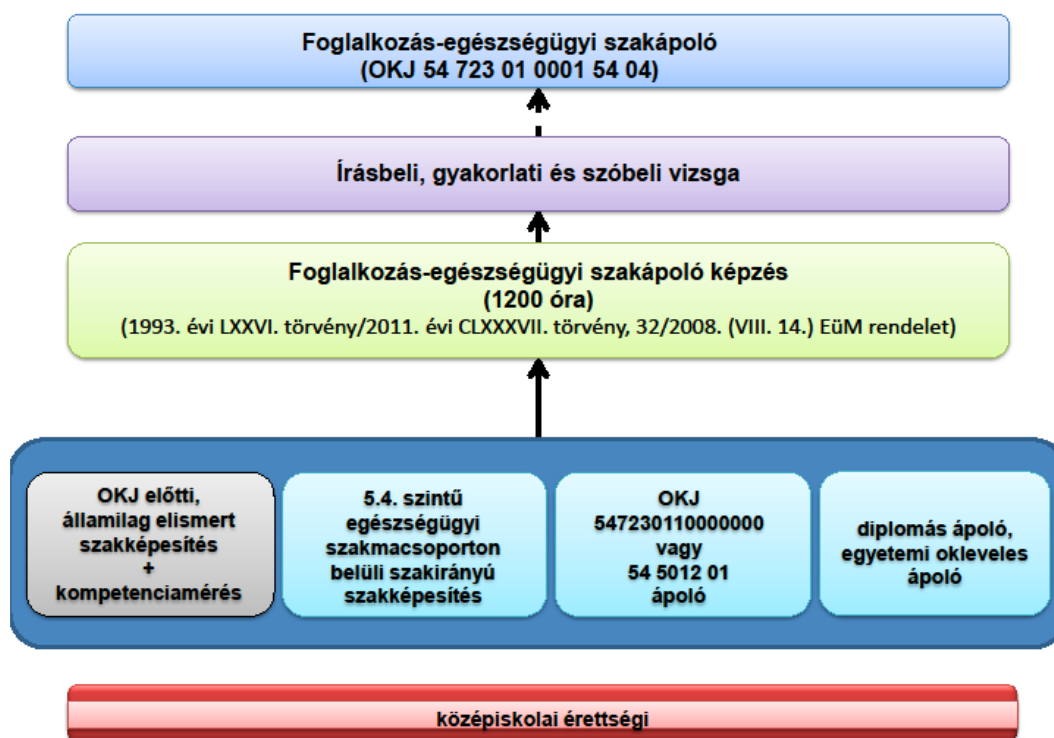
Szakmában eltöltött gyakorlatként ápolói munkakörben szerzett tapasztalatot, foglalkozás-egészségügyi ápolói munkakörben szerzett legalább 1 év előgyakorlatot és a foglalkozás-egészségügy területén történő foglalkoztatást írt elő az EüM rendelet.



7. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 1999-2008 között (Forrás: saját szerkesztés)

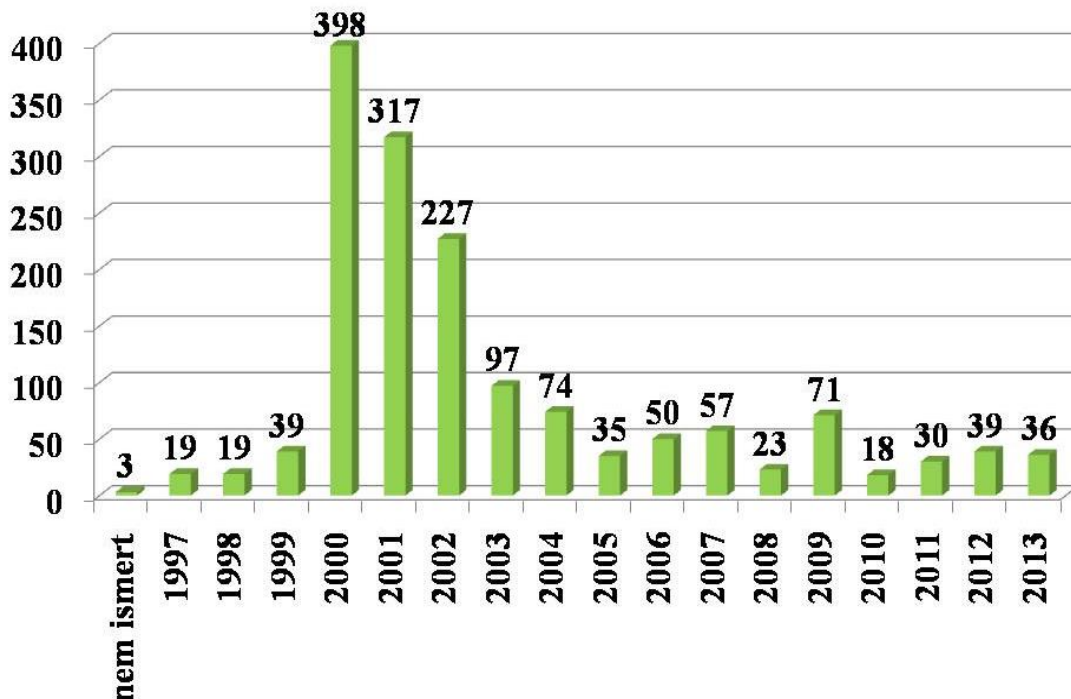
A foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés ideje nem változott az üzemi ápoló képzéshez képest, továbbra is 10 hónapos munka melletti képzésként valósult meg a szakosítás. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés óraszama 1406 óra időtartamban került meghatározásra, melyből 15% (222 óra) elméleti és 85% (1184 óra) gyakorlati képzés. A képzésben részt vevő oktatók képzettségeként a központi program összeállítói úgy határoztak, hogy a szakmai elmélet tantárgyait üzemorvostan szakorvosok és közegészségtan-járványtan szakorvosok oktassák. A szakmai gyakorlatokat pedig a szakterületen dolgozó – lehetőleg üzemi ápolói, foglalkozás-egészségügyi szakápolói és főiskolai végzettségű egészségügyi szakoktató, intézetvezetői képesítéssel, vagy manager képesítéssel rendelkező gyakorlati képzésbe is bekapcsolódó szakoktató – vezesse. (Béleczi és mtsai 1999)

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés OKJ-ban történő 1999. évi megjelenése óta az OKJ-t az Európai Unió direktíváit és ajánlásait figyelembe véve többször módosították. A 2006. évi módosítás eredményeképp az új 54 723 01 0001 54 04 azonosító számú foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképesítést már az ápolói szakképesítésre ráépülő szakképesítésként jelenítették meg az OKJ-ban. (8. ábra)



8. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 2008-2013 között
(Forrás: saját szerkesztés)

Az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról szóló 32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelettel hatályon kívül helyezték a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképesítésre vonatkozó 35/1999. (VIII. 13.) EüM rendeletet, és új követelményeket írtak elő. Ennek megfelelően változott például a megkívánt szakmai előképzettség is. Szakmai előképzettségként az 547230110000000 azonosító számú Ápoló szakképesítést, vagy az 5.4 szintű egészségügyi szakmacsoporton belüli szakirányú ismereteket tartalmazó szakképesítést, illetve az ennek megfelelő, OKJ előtti, államilag elismert szakképesítést – az 547230110000000 azonosító számú Ápoló szakképesítés követelmény moduljaiból történő – kompetenciaméréssel írtak elő. De változott a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés időtartama is, hiszen 1406 órától 1200 órára csökkent. (8. ábra) Az elméleti és gyakorlati képzési arány szintén jelentős változáson ment keresztül, mivel a 15% elmélet és 85% gyakorlati képzés helyett az arány 50-50% lett. (Téglásyné és Grónai 2010, 32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelet)



9. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54) és Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54) szakképesítést szerzettek létszámadatai (Forrás: EEKH 2013)

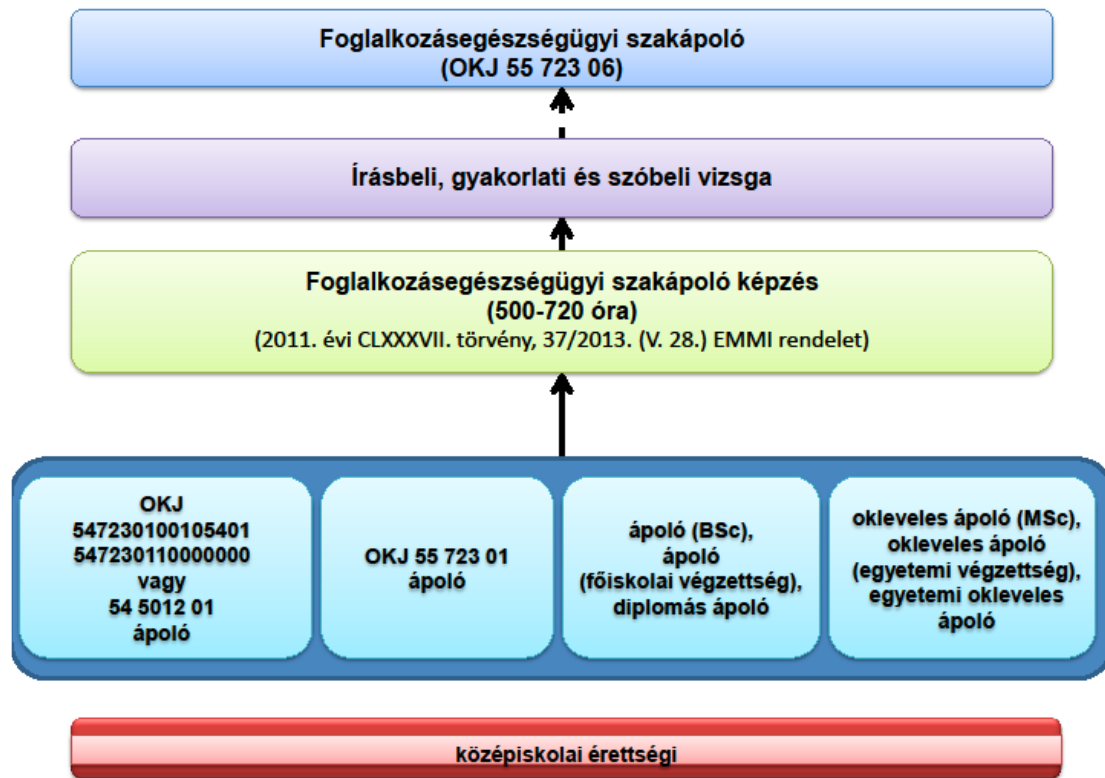
Az előző oldalon található 9. ábra jól szemlélteti, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés OKJ-ba történő bekerülése óta eltelt években hogyan alakult a szakosító képzésben részt vett ápolók száma. A végzettek számának drasztikus csökkenésének oka egyrészt abban rejlik, hogy az elmúlt években a nagy rutinnal és szellemi tőkével rendelkező szakiskolák bezárásra kerültek és a képzés Budapesten centralizálódott, másrészt a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet csak az orvosok esetében írja elő kötelező jelleggel a foglalkozás-orvostan, vagy üzemorvostan szakirányú szakképesítés meglétét, míg a foglalkozás-egészségügyi ápolói feladatok végzését nem köti szakosító képzés meglétéhez.

Napjainkban az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről szóló 37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet tartalmazza az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések, így az 55 723 06 azonosító számú „Foglalkozás-egészségügyi szakápoló” megnevezésű szakképesítés-ráépülés szakmai és vizsgakövetelményeit.

A hatályos szabályozás a képzést iskolarendszeren kívüli szakképzésként, 500-720 óra időtartamban, 50% elméleti és 50% gyakorlati képzési idő aránnyal határozta meg. Jól látható, hogy a képzési idő az 1999. évi OKJ-ba történő bekerüléshez képest a felére csökkent. Ugyanakkor a képzés megkezdésének feltételeként az érettségi végzettség mellett már magasabb szintű szakmai előképzettség megléte került előírásra. (10. ábra)

Szakmai előképzettségként elfogadhatóvá a következő elnevezésű szakképesítések váltak:

- Ápoló szakképesítés (5572301 azonosító számú, 547230100105401 azonosító számú, 547230110000000 azonosító számú, és az 54501201 azonosító számú),
- Okleveles ápoló (egyetemi végzettség), Okleveles ápoló (MSc), Egyetemi okleveles ápoló,
- Ápoló (BSc), Ápoló (főiskolai végzettség), és Diplomás ápoló végzettség.



**10. ábra: Foglalkozásegészségügyi szakápoló képzés 2014-től
(Forrás: saját szerkesztés)**

A 37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet 25. számú mellékletében foglaltak szerint a szakképesítés-ráépüléssel rendelkező ápoló az alábbi feladatok végzésére válik képessé:

- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok primer preventív tevékenységében közreműködni,
- külön jogszabályokban meghatározott munkaköri, szakmai, egészségi alkalmassági vizsgálatok végzésében közreműködni, a munkavállalók szakorvosi vizsgálatát megszervezni,
- a foglalkozási megbetegedések felismerésében, kezelésében részt venni,
- a krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók gondozásában közreműködni,
- külön jogszabályban meghatározottak szerint a foglalkozási megbetegedések, fokozott expozíciós esetek bejelentésében és kivizsgálásában közreműködni,
- a munkahelyi veszélyforrások feltárásában, a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálatában közreműködni,

- a helyszíni (általános és foglalkozás-specifikus) higiénés vizsgálatok végzésében közreműködni, hiányosságok esetén felhívni az érintettek figyelmét a munkahigiénés, foglalkozás-egészségügyi, munkabiztonsági, kémiai biztonsági, élelmiszerbiztonsági és járványügyi szabályok betartására,
- a munkavállalók, álláskeresők, tanulók munkájával felmerülő kockázatokról, a megelőzés lehetőségéről, az egyéni védőeszközök használatáról tájékoztatást, felvilágosítást adni, tanácsadást végezni,
- népegészségügyi programok szervezésében közreműködni,
- a munkakörhöz kötött és nem kötött védőoltások beadásában részt venni,
- az elsősegélynyújtás, sürgősségi orvosi ellátás megszervezésében és a munkatársi elsősegélynyújtók szakmai felkészítésében közreműködni,
- a balesetek és egyéb oxiológiai esetek elsődleges ellátásában közreműködni,
- a munkavállalók foglalkozási rehabilitációjának megvalósításában közreműködni,
- adminisztrációs, dokumentációs tevékenységet végezni.

Összehasonlítva a hatályos „Foglalkozás-egészségügyi szakápoló” megnevezésű szakképesítés-ráépülés szakmai és vizsgakövetelményeit az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Bizottsága által 2003 évben kiadott tantervében foglaltakkal a következők állapíthatók meg:

- a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés az ajánlásnak megfelelően ápolói alapképzésre ráépülő szakképesítést ad,
- az ajánlástól eltérően hazánkban nem került felvételi követelményként meghatározásra szakmai gyakorlat megléte, ezzel szemben az ajánlás az ápolói alapképzés után megszerzett 2 év szakmai gyakorlatot ír elő,
- az ajánlástól eltérő képzési formában (egészesidős képzés helyett munka melletti részesidős képzés) és időtartamban (1200 óra helyett 500-720 óra) történik a képzés. (37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet, WHO Europe 2003)

1.2.3. Foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók létszámadatai

Napjainkban a hatályos jogszabályok minimum feltételként írják elő a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban a szakképzett egészségügyi szakdolgozók alkalmazását. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet értelmében a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak az alapfeladatai ellátásához legalább egy ápolót kell alkalmaznia. E kormányrendelet 3. számú melléklete pedig – a munkavállalók által végzett tevékenységek egészségkárosító kockázatok alapján történő besorolásával – kategorikusan meghatározza a foglalkozás-egészségügyi ápoló által ellátható munkavállalói létszámokat is.

Míg a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet értelmében a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás keretében orvosi tevékenységet csak foglalkozás-orvostan szakorvos, vagy üzemorvostan szakorvosi szakképesítéssel rendelkező szakorvos folytathat, illetve foglalkozás-orvostan szakorvos felügyelete mellett foglalkozás-orvostan szakorvosjelölt is, addig a foglalkozás-egészségügyi ápolói feladatokat *nem csak üzemi ápoló, vagy foglalkozás-egészségügyi szakápoló láthat el*. A rendelet lehetőséget biztosít arra is, hogy a foglalkozás-egészségügyi ápolói feladatokat – a szakirányú ismeret birtokában nem lévő – OKJ ápoló vagy felsőfokú végzettséget szerzett (diplomás) ápoló is végezhesse. Sőt, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat általános ápolói, illetve általános asszisztensi végzettséggel rendelkezőket is alkalmazhat teljes munkaidőben, ha az ápoló a munkavégzésre irányuló szerződésben kötelezettséget vállal arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítést az alkalmazás időpontjától számított két éven belül, illetve a diplomás ápolói szakképesítést az alkalmazás időpontjától számított hat éven belül megszerzi.

Előzőek miatt napjainkban Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók eltérő képesítéssel és az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény alapján eltérő jogviszonyokban, így különböző foglalkoztatási- és munkafeltételek, tevékenységet érintő elvárások mellett állnak alkalmazásban. Azonban erre vonatkozóan nem áll rendelkezésre statisztikai adat. Annak ellenére, hogy az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatgyűjtéseiről és adatátviteleiről szóló 288/2009. (XII. 15.) Korm.r. értelmében a

foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatoknak éves tevékenységükről jelentést kell készíteni. Ennek az adatszolgáltatásnak nem része a szakterületen foglalkoztatott szakdolgozó pontos, konkrét végzettségének megadása. A jelentésben „1.0 A foglalkozás-egészségügyi szolgálatban dolgozók száma, szakképzettsége, gazdálkodó egységek és munkavállalók száma és jellemzői” alcím alatt 2 kategória közül lehet választani

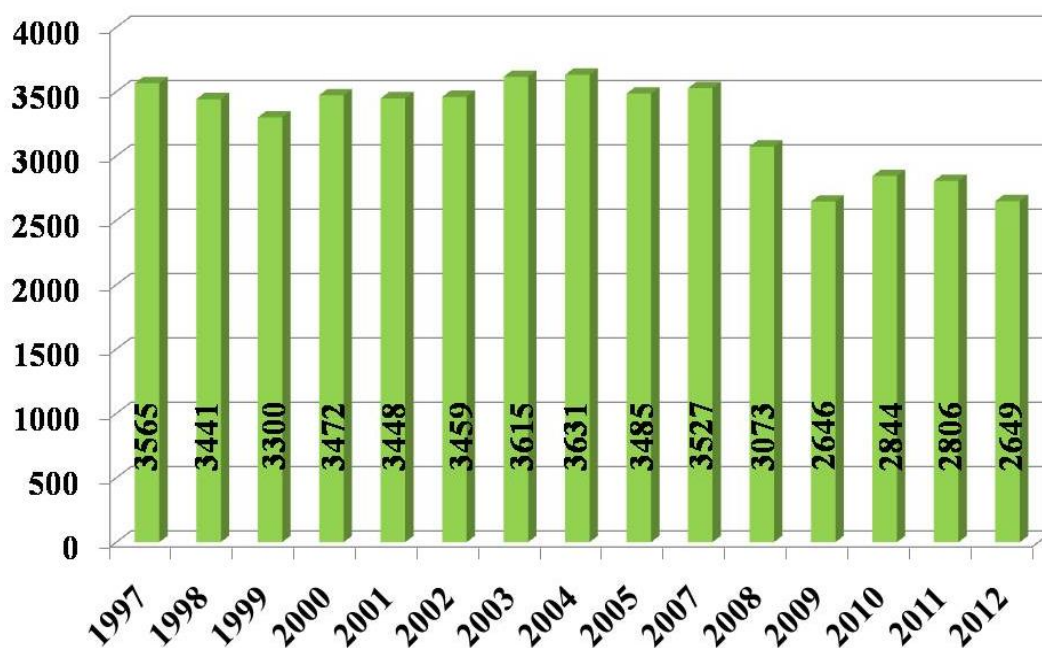
- „1.5 Foglalkozás-egészségügyi szakápolók száma”

- „1.6 Egyéb szakdolgozók száma”

Az adatszolgáltatáshoz a következő kitöltési instrukciót találhatjuk: „1.5 pont alatt a szolgálatban dolgozó üzemi ápoló (foglalkozás-egészségügyi szakápoló, diplomás ápoló, OKJ ápoló) szakképesítéssel rendelkező dolgozók számát tüntesse fel”. Míg a másik kategóriánál: „1.6 pont alatt a szolgálat valamennyi szakdolgozójának számát tüntesse fel (orvosírnok, mentőápoló, asszisztens, az 1.5 alatt feltüntetettek kivételével)”.

A foglalkozás-egészségügyi szakterületről beérkezett fenti jelentések feldolgozásáról közzétett adatok alapján 2012-ben összesen 2649 fő ápoló dolgozott Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatban. A fent ismertetett kitöltési útmutató alapján tehát a Nagy és munkatársai által közzétett adatokat úgy kell értelmezni, hogy a szakterületen foglalkoztatott ápolók 79,3%-a (2100 fő) tartozott az 1.5. pont alá, vagyis ennyien feleltek meg a 27/1995. (VII. 25.) NM rendeletben meghatározott képesítési követelményeknek, míg 20,7%-uk (549 fő) nem. Ezzel szemben a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyeken alkalmazásban álló orvosok és ápolók létszámaira vonatkozóan nem lelhető fel adat a magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2012. évi tevékenységét bemutató közleményben. (Nagy és mtsai 2013)

A következő oldalon található, 11. ábrán foglaltam össze a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók létszámadatait 1997 és 2012 között a Foglalkozás-egészségügy című folyóiratban évente közzétett intézeti jelentések alapján. A grafikon jól szemlélteti, hogy a 2008-ban kirobbant gazdasági világválság óta 25%-kal csökkent a szakterületen foglalkoztatott ápolók száma.



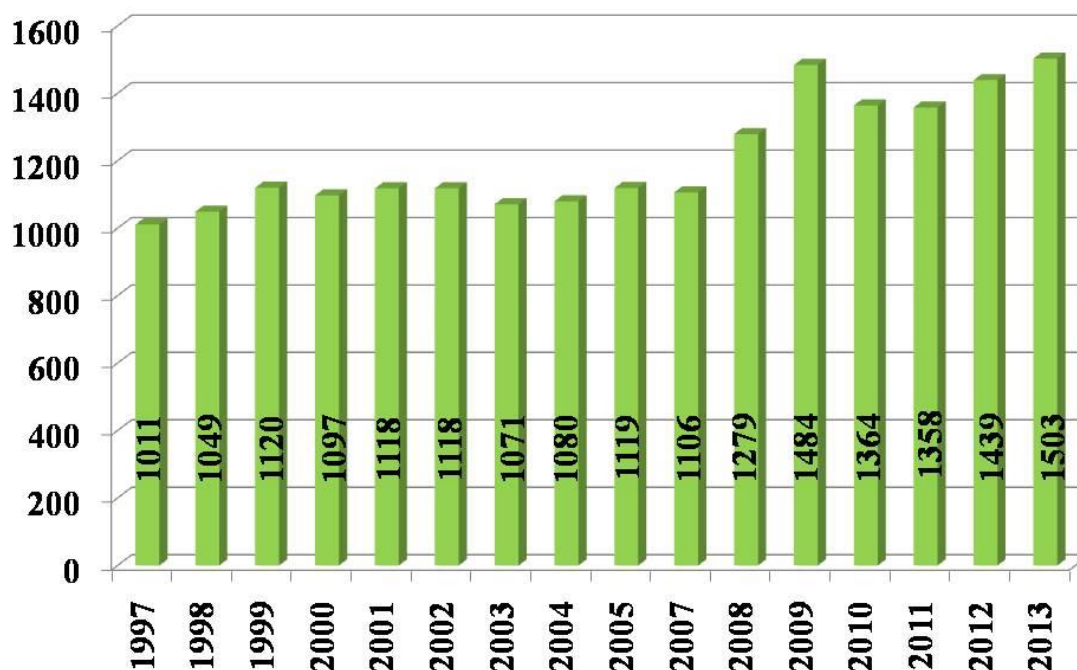
11. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók létszámadatai (1997-2012) (Forrás: saját szerkesztés a Foglalkozás-egészségügy című folyóiratban évente közzétett intézeti jelentések alapján)

Dr. Téglásyné Bácsi Mária 2012-ben bocsátotta rendelkezésemre az Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet által – a foglalkozás-egészségügyi szakterületről beérkezett OSAP jelentések alapján – készített megyei bontású előző évi statisztikai adatokat a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolókra vonatkozóan. Ezen, 2011. évi adatok alapján vizsgáltam meg a munkavállalók és a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók arányát regionális bontásban. Számításaim alapján megállapítható, hogy a Közép-magyarországi régióban a legkedvezőbb a munkavállalók és a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban alkalmazott ápolók aránya, itt átlagosan 1192 munkavállalót lát el egy ápoló. A legkedvezőtlenebb átlag az Észak-alföldi és a Dél-alföldi régiókban figyelhető meg, ahol több mint 1700 munkavállaló jut egy ápolóra. Az 1. táblázat alapján láthatjuk, hogy az ápolók területi megoszlása összhangban áll a munkavállalókéval.

1. táblázat: Foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra jutó munkavállalói létszám regionális bontásban, 2011. évben (Forrás: saját számolás)

Területi egység	Ápolók száma (OMFI adatai alapján)		Munkavállalók száma (KSH adatai alapján)		Egy ápolóra jutó munkavállalók száma
	Gyakoriság	Megoszlás (%)	Gyakoriság	Megoszlás (%)	
Közép-Magyarország	1043	37,2	1 242,9	32,6	1192
Közép-Dunántúl	317	11,3	447,4	11,7	1411
Nyugat-Dunántúl	338	12,0	412,3	10,8	1220
Dél-Dunántúl	246	8,8	333,9	8,8	1357
Észak-Magyarország	303	10,8	387,0	10,2	1277
Észak-Alföld	290	10,3	507,3	13,3	1749
Dél-Alföld	269	9,6	481,1	12,6	1788
Összesen	2806	100	3 811,9	100	1358

Az alábbi ábrán szemléltetem a foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott egy ápolóra jutó munkavállalói létszám alakulását évenkénti bontásban. 1997-2013 közötti időszakban közel másfélszeresére (48,6%-kal) emelkedett az egy ápolóra jutó munkavállalók száma. 1997 és 2007 között, a gazdasági világválság kirobbanása előtt csekély (kiseb, mint 10%-os) fluktuáció figyelhető meg. A 11. és a 12. ábra alapján megfigyelhető, hogy az ápolók számának 25%-os csökkenésének következtében az egy ápolóra jutó munkavállalók száma 30%-kal növekedett meg 2007 és 2012 között.



12. ábra: Foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra jutó munkavállalói létszám változása évenkénti bontásban (1997-2013) (Forrás: saját számolás)

Az alábbiakban bemutatom az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által vezetett alap- és működési nyilvántartásából származó közhiteles adatok alapján a jelenleg szakirányú, speciális végzettséggel rendelkezők létszámadatait. Megjegyzem azonban, hogy a nyilvántartásokban szereplő adatokból jelenleg nem állapítható meg, hogy a speciális végzettséggel rendelkezők közül hány fő dolgozik ténylegesen foglalkozás-egészségügyi szakterületen.

Az alapnyilvántartásban kezelt adatok alapján 2012. december 31-én összesen 3050 fő szerepelt üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítéssel a nyilvántartásban. Ennek megoszlását a 2. táblázatban foglaltam össze.

2. táblázat: 2012. december 31-én az alapnyilvántartásban szereplők és érvényes működési nyilvántartással rendelkezők létszám adatai (Forrás: EEKH 2013)

Szakma megnevezése	Alapnyilvántartásban szereplők (fő)	Érvényes működési nyilvántartással rendelkezők (fő)	A két nyilvántartás adatainak aránya (%)
Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54)	1226	868	70,8
Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54)	290	276	95,2
Üzemápoló	77	72	93,5
Üzemi ápoló	1248	769	61,6
Üzemi ápoló/ Foglalkozás-egészségügyi szakápoló	209	191	91,4
Összesen	3050	2176	71,3

Ezzel szemben összesen 2176 fő rendelkezett 2012. december 31-én érvényes működési nyilvántartással (2. táblázat), vagyis ennyien voltak jogosultak egészségügyi tevékenységet önállóan végezni, hiszen az adott szakképesítésük tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségüket teljesítették. Utóbbi számadatból kiindulva kikövetkeztethető, hogy ha minden érvényes működési nyilvántartással rendelkező szakirányú végzettségű ápoló foglalkozás-egészségügyi szakterületen állna napjainkban alkalmazásban, akkor a szakterületen dolgozó szakirányú végzettségű ápolók aránya (82%) megközelíthetné a foglalkozás-orvostan szakorvosi végzettséggel rendelkező orvosok arányát (86%).

2. Célkitűzések

A többlépcsős kutatási folyamatot ismertető dolgozat célja egyrészt az volt, hogy bemutassam a foglalkozás-egészségügyi ápolás történetének egy szeletét, a gyárgondozónői intézményrendszer kialakulásának történetét felelevenítve a szakma eredeti szépségét és minőségét. Másrészt célul tűztem ki, hogy felmérjem Magyarország területén a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó ápolók foglalkoztatásának jelenlegi körülményeit, feltárjam aktuális problémáikat, illetve felvázoljam szakmai-fejlődési útjaik lehetséges irányait. Kutatásom további célja annak feltárása volt, hogy hazánk foglalkozás-egészségügyi szolgálataiban alkalmazott ápolók milyen prevenciós tevékenységeket végeznek, illetve az egyes ápolói végzettségek milyen összefüggést mutatnak az ápolók által végzett egészségfejlesztési tevékenységekkel.

2.1. Hipotézisek

A kitűzött kutatási célokkal összhangban, a következő hipotézisek érvényességét kívántam megvizsgálni a disszertációban.

- 1. hipotézis:** Feltételeztem, hogy a gyárorvosokat segítő személyek, a gyárgondozónők az üzemi dolgozók közül kerültek kiválasztásra, figyelembe véve azt, hogy az új feladatkör elsajátításához szükséges ismeretek megszerzésére képesek legyenek.
- 2. hipotézis:** A nemzetközi hasonló témában született szakirodalom és a hazai foglalkozás-egészségügy történetét bemutató munkák alapján feltételeztem, hogy a gyárgondozónők nem részesültek szakirányú képzésben.
- 3. hipotézis:** Feltételeztem, hogy a gyárgondozónők fontos szerepet játszottak a munkavállalók egészségének védelmében, a gyárorvosok melletti tevékenységük egyre hangsúlyosabbá vált. Tevékenységük hozzájárult a későbbi üzemi ápolónői képzési rendszer megteremtéséhez.

- 4. hipotézis:** Feltételeztem, hogy a gyárgondozónőket feladatkörüknek köszönhetően társadalmi megbecsülés övezte.
- 5. hipotézis:** A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok éves kötelező adatszolgáltatása és az EEKH működési nyilvántartásában szereplő közhiteles adatok alapján feltételeztem, hogy a szakterületen alkalmazott ápolók 80%-a rendelkezik a vonatkozó jogszabály által meghatározott szakképesítéssel. Az alkalmazott ápolók több mint fele pedig rendelkezik üzemi ápolói, vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítéssel.
- 6. hipotézis:** Feltételeztem, hogy az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) hatással van az ápolók 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3.§ (4) bekezdésben előírt végzettségének meglétére.
- 7. hipotézis:** Feltételeztem, hogy az ápolók legmagasabb ápolói alapvégzettsége, illetve az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) befolyásolja a szakmaspecifikus (üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) szakképesítés megszerzését.
- 8. hipotézis:** Feltételeztem, hogy az ápolók szakmai képzettsége hatással van az egyes ápolói tevékenységek végzésére.
- 9. hipotézis:** Feltételeztem, hogy az ápolók szakmai képzettsége hatással van az ápolók megelőzéssel kapcsolatos önálló tevékenységére.

3. Módszerek

3.1. A kutatás folyamata

A dolgozat témája a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés történetének, és jelenlegi helyzetének megismerése, illetve a képzés fejlesztési irányának meghatározása. A dolgozat alapjául szolgáló kutatómunka 2008 őszétől 2013 végéig tartott. A kutatás előkészítő szakaszában (2008-2011) feldolgoztam a vonatkozó szakirodalmat, tájékozódó interjúkat készítettem hazai és nemzetközi foglalkozás-egészségügyi szakemberekkel, illetve törekedtem a személyes tapasztalatszerzésre. Elsődleges célkitűzésem a hazai és nemzetközi foglalkozás-egészségügyi ellátórendszer működésének és a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés mélyebb megismerése volt. Az adatgyűjtés során jegyzetelési technikát alkalmaztam, vagyis bibliográfiai és jegyzetelő cédulázást. (Majoros 2004) Ez a szakasz csak részben jelenik meg a disszertációban. Ezt követően fogalmazódott meg bennem az elhatározás, hogy két kutatást végzek: egy alapkutatást, melynek célja a téma történeti áttekintést tartalmazó részeihez új tudás, ismeretanyag szerzése; valamint egy alkalmazott kutatást, melynek célja a szakterületen dolgozó ápolók jelenlegi helyzetének felmérése volt.

Előzőek okán jelen fejezet két további, jól elkülöníthető alfejezetre tagozódik. A 3.2. alfejezetben, „*A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata*” cím alatt ismertetem a történeti alapkutatás módszerét. A 3.3. alfejezetben pedig, „*A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés*” címmel az alkalmazott kutatást mutatom be.

A dolgozat írásakor, valamint az adatgyűjtés és értékelés folyamatában felhasználtam személyes tapasztalataimat, amelyeket egyrészt foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazásban állva, másrészt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál és a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségénél korábban és jelenleg betöltött tisztségviselői tevékenységem során szereztem.

3.2. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata

Jelen alfejezetben bemutatott alapkutatásom újdonságát az adja, hogy a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás történetének feltárása eddig még nem történt meg. Az elmúlt évtizedekben megjelent, a hazai foglalkozás-egészségügy történetét bemutató munkák többsége inkább csak a foglalkozás-orvostan kialakulása szempontjából meghatározónak tekinthető mérföldkövekről, intézményekről, személyekről ad áttekintést, de ezek nem törekedtek az orvos tevékenységét segítő személyzet részletes ismertetésére. (Béleczki 2000, Cseh és Felszeghi 2012, Ungváry 2010)

A foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolók tevékenységét ismertető publikációimban többször tettem utalást arra vonatkozóan, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolás gyökerei feltételezhetően korábbra nyúlhatnak vissza, mint az 1953-ban elindított „okleveles üzemi ápoló” szakképzés. Úgy véltem, a hazai foglalkozás-egészségügy történetében megjelenő kiemelkedő eredményt elért orvosok munkáját bizonyosan segítette ápolószemélyzet. Ezt az elképzelést erősítette meg bennem Téglásyné Bácsi Mária előadása is, aki rövid utalást tett arra, hogy a szervezett üzemegészségügyi ellátás kialakulása (1951) előtt már körülbelül 70 gyárorvos dolgozott az üzemekben. Mellettük jelentek meg a gyárgondozónők, akiket az előadás szerint az egészségügyi munkára legalkalmasabb üzemi dolgozók közül választottak ki. E feltételezés szerint a gyárgondozónők tekinthetők az üzemi ápolónők, illetve a foglalkozás-egészségügyi szakápolók elődjének. (Béleczki 1978, Téglásyné és Grónai 2010, Téglásyné 2013)

Tekintettel arra, hogy a jelen képzési rendszerben rendelkezésre álló szakirodalom és tankönyvek nem tesznek említést sem a gyárgondozónőkről, sem pedig a foglalkozás-egészségügyi szakápolás történetéről, a fenti utalásból arra következtettem, hogy ennek a területnek a feltárása számos értékes új információt adhat a foglalkozás-egészségügyi ápolás eredetének megismeréséhez. (Béleczki 2000)

Jelen dolgozatban ismertetett alapkutatásom háttéréül a Nővér folyóiratban „*Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője*” címmel

megjelent publikációm szolgált. Dolgozatomban e cikkemben megfogalmazottakat egészítettem ki annak megjelenése óta feltárt új információkkal. (Hirdi 2013)

3.2.1. Alkalmazott kutatási módszer

Tekintettel arra, hogy a foglalkozás-egészségügy hazai történetét ismertető munkákból hiányoznak a gyárgondozónői intézményt bemutató írások, arra törekedtem, hogy az üzemegészségügyi ellátás létrejöttét megelőző időszakból fennmaradt hazai nyomtatott, illetőleg online fellelhető levéltári, szakirodalmi, jogszabályi források és sajtóanyagok feltárását elvégezzem. A kutatási módszer a teljességre törekvő adatgyűjtés volt. Álláspontom szerint a gyárgondozónői intézményrendszer épp a források hozzáférhetőségének nehézségei miatt eddig nem volt kutatott téma.

Az adatgyűjtés lépései a következők voltak:

1. Könyvtárakban található szakirodalom felkutatása, áttanulmányozása
2. Jogszabályok keresése online adatbázisokban
3. Webes keresőrendszerek alkalmazása
4. Sajtóanyagok felkutatása, áttanulmányozása
5. Levéltári kutatás

A meglehetősen aprólékos kutatómunka során négy kérdéskörre kívántam választ találni:

1. Milyen szempontrendszer szerint választották ki az üzemi dolgozók közül a leendő gyárgondozónőket?
2. Részesültek-e valamilyen képzésben a gyárgondozónők?
3. Milyen feladatai voltak a gyárgondozónőnek?
4. Milyen anyagi, szakmai és társadalmi megbecsüléssel járt a gyárgondozónői feladatkör betöltése?

Első lépésként a foglalkozás-egészségügy és ápolóképzés történetét ismertető szakirodalom felkutatása és áttanulmányozása céljából különböző könyvtári adatbázisokban, katalógusokban (MOB, MATARKA, MOKKA) egyszerű és összetett

kereséseket végeztem. A megtalált könyveket és folyóiratokat az Országos Széchényi Könyvtárban, a GYEMMSZI IRF Országos Egészségpolitikai Szakkönyvtárban és a GYEMMSZI Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság Egészségtudományi Szakkönyvtárában tanulmányoztam át. A foglalkozás-egészségügy történetét ismertető szakirodalom áttekintése után egyértelművé vált számomra, hogy a gyárgondozónői intézményrendszer bemutatásához kizárólag elsődleges forrásokat tudok majd felhasználni, mivel a másodlagos források többségében még csak utalást sem találtam az általam vizsgálni kívánt kérdésekre. Az online adatbázisokban, katalógusokban a kutatást ezt követően a következő kifejezésekkel végeztem:

- gyárgondozó(nő),
- gyári gondozó(nő),
- üzemi gondozó(nő),
- ipari gondozó(nő)
- gyári gondozás.

A vonatkozó jogszabályok kereséséhez a CompLex Kiadó Kft. 1000 év törvényei internetes adatbázist használtam, mely Szent István korától kezdődően meghozott törvényeket tartalmazza egészen 2003-ig. Tekintettel arra, hogy az adatbázisban nincs keresési index, az 1840-1950 közötti időszakban megjelent törvénycikkeket tételesen tanulmányoztam át.

A webes keresőrendszerek közül a Google keresőt alkalmaztam a legeredményesebben, elsősorban az előbbieken már ismertetett kifejezések felhasználásával. Természetesen kutatásom előrehaladásával az alkalmazott kereső-kifejezések is egyre bővültek felhasználva a megtalált akkoriban használt kifejezéseket (pl.: „munkásjóléti intézmény”), illetve az azonosított intézmények (pl. Budapest Székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottsága), vagy személyek neveit (pl. Dr. Baloghy Mária). A webes keresés segítségével jutott tudomásomra, hogy kizárólag az Országos Egészségfejlesztési Intézetnél tekinthetőek meg – Dr. Fodor József által szerkesztett – „Egészség” folyóirat 1887-1942 között megjelentetett példányai. Az „Egészség” folyóiratban megjelent publikációk szerepe igen jelentős volt a kutatás további folytatásában. Ezen kívül a webes keresés módszerét a különböző antikváriumokban

fellelhető 1945 előtti könyvek, folyóiratok és sajtóanyagok felkutatásában is sikeresen használtam.

A levéltári kutatást a nyomtatott források áttanulmányozását követően kezdtem meg. Elsődlegesen a levéltárak fond- és állagjegyzékéből, valamint a „Levéltárak Közös Keresője” elektronikus adatbázisból tájékoztam arról, hogy az általam kutatni kívánt téma iratanyagait melyik levéltárban őrzik. A levéltári kutatáshoz szükséges támogató nyilatkozatok birtokában a Magyar Országos Levéltárban és Budapest Főváros Levéltárában elsősorban az államosítás előtt működött gyárak, vállalatok, illetve az ezidőtájt működött leányiskolák, népművelési bizottságok levelezéseinek, beszámolóinak vizsgálatára helyeztem a hangsúlyt. Sajnálattal tapasztaltam, hogy a legtöbb vállalati dokumentáció meglehetősen hiányos, ezért csak kevés esetben sikerült gyárgondozónői feladatkört betöltő munkavállaló iratanyagára bukkannom. Kutatásomat nehezítette az a tény is, hogy a gyárgondozónői intézményrendszer kialakulásával szoros kapcsolatban álló Budapest Székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottsága iratainak egy része megsemmisült, a fennmaradó rész kb. 20%-a pedig 1952-ben került kiselejtezésre. (Ort 1952)

A gyárgondozónői intézményrendszer eredetének és gyakorlatának feltárásához szükséges adatokhoz összességében az 1840 és 1950 között keletkezett dokumentumok, joganyagok szisztematikus kigyűjtésével és feldolgozásával jutottam. Ezen ismeretek birtokában próbáltam rekonstruálni a gyárgondozónői intézményrendszer kialakulásának történetét.

Figyelemmel az összegyűjtött adatok töredékes voltára nem tudtam a gyárgondozónői intézményrendszer dinamikáját bemutató statisztikai adatsorokat összeállítani. Az összegyűjtött adatok, információk elemzése leíró statisztikai módszerrel történt.

3.3. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés további fejlesztési irányainak kijelöléséhez nélkülözhetetlennek tartom a jelenlegi képzési rendszer mellett a szakterületen alkalmazott ápolók munkakörülményeinek, iskolázottsági szintjének, illetve tevékenységének megismerését. Magyarországon ezidáig nem készült átfogó kutatás a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók tényleges tevékenységéről, munkakörülményeiről, így a szakdolgozói tevékenységi kör változása, fejlődése csak az elmúlt évtizedek jogszabály változásai mentén követhető nyomon.

Jelen munkában részben terjedelmi okok miatt, részben figyelemmel arra, hogy dolgozatom középpontjában a foglalkozás-egészségügyi ápolók képzése áll, kizárólag az e témakörhöz kapcsolódó elemzésekkel foglalkozok. Megjegyzem azonban, hogy a dolgozat alapjául szolgáló felmérés egy összetettebb vizsgálat része volt, mely során a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazásban álló ápolók képzettségét, foglalkoztatási körülményeit, tevékenységét, elégedettségét, aktuális problémáit, továbbá egészségi állapotát és egészségmagatartását mértem fel. Kutatásom eredményeinek egy része *„A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók helyzete napjainkban a MESZK országos felmérése alapján”* címmel a Foglalkozás-egészségügy című tudományos és továbbképző folyóirat 2013. évi 1. lapszámában került közzétételre. (Hirdi és mtsai 2013a) A foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolók munkahelyi egészségfejlesztésben való hatékonyabb részvételének lehetőségét bemutató kutatási eredmények közlése *„Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók prevenciósi tevékenységének felmérése”* címmel pedig az Országos Egészségfejlesztési Intézet Egészségfejlesztés című folyóirat 2013. évi 4. lapszámában valósult meg. Míg *„A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata”* című kézirat az Egészségtudomány folyóirat 2014. évi 1. lapszámában jelent meg.

3.3.1. Mintaválasztás

A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat 2012. július 12. – október 31. között történt Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében. Az alapsokaságot a kutatás évében a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban, a foglalkozás-egészségügyi központokban, valamint a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyeken dolgozó egészségügyi szakdolgozók jelentették. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok 2011. évi tevékenységéről szóló OSAP jelentés alapján közzétett adatok szerint összesen 2806 fős populációméretet feltételeztem. (Nagy és mtsai 2012)

A beválasztási kritériumokat az alábbiakban határoztam meg:

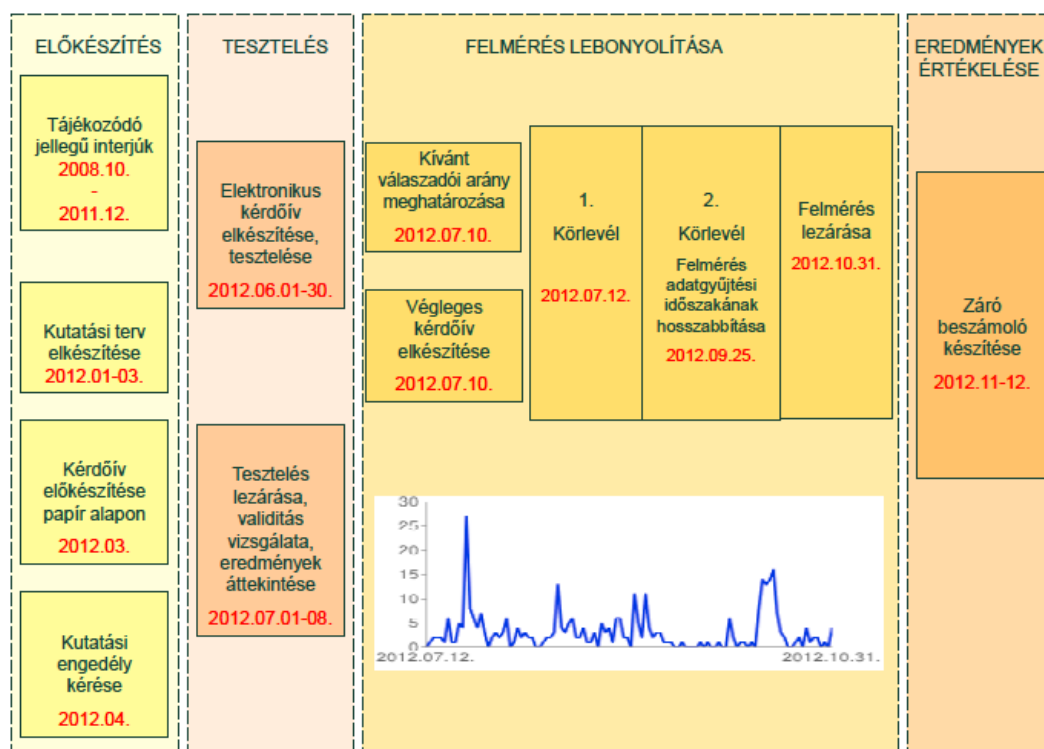
- a kutatás évében a foglalkozás-egészségügyi ellátás valamely területén aktív foglalkoztatási jogviszonyban dolgozó egészségügyi szakdolgozók, és
- egészségügyi szakképesítéssel rendelkezzenek, és
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban ápolói feladatkört látnak el.

Kizárási kritérium: a beválasztási kritériumok bármelyikének való meg nem felelés.

Az adatgyűjtés a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) honlapján elhelyezett web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával, egyszerű véletlen mintavételi technikával történt – Dr. Balogh Zoltán, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökének engedélyével. A kérdőívre mutató link, illetve a felhívás eljuttatása a célcsoporthoz egyrészt elektronikus hírlevél útján a kamarai levelezőlisták felhasználásával, másrészt a MESZK honlapján történő publikálással, illetve a Facebook közösségi oldal felhasználásával történt. A résztvevőket biztosítottam az önkéntes és anonim válaszadás lehetőségéről. A kérdőív kitöltése kb. 20 percet vett igénybe.

Figyelembe véve az alapsokaság számosságát megyére lebontva, azt terveztem, hogy minden megyéből legalább 10%-os arányban kerüljenek a mintába a kérdezettek. Országos szinten 281 fő válaszadóra számítottam. A Kamara honlapján 2012. július 13-án elhelyezett kérdőív kitöltésére eredeti elképzelésem szerint 2012. szeptember 15-én éjfélig lett volna lehetőség. Tekintettel azonban arra, hogy a megadott határidőig

kevesen – Magyarország közel 2,8 ezer foglalkozás-egészségügyi szolgálatban dolgozó egészségügyi szakdolgozója közül – mindösszesen 235 fő töltötte ki az elektronikus kérdőívet, a felmérés adatgyűjtési időszakát 2012. október 31-ig meghosszabbítottam. Erről 2012. szeptember 25. napján ismételt felhívást küldtem a kamarai tagoknak, a kérdőív kitöltését kérve. A kampány menetét a 13. ábrán szemléltetem.

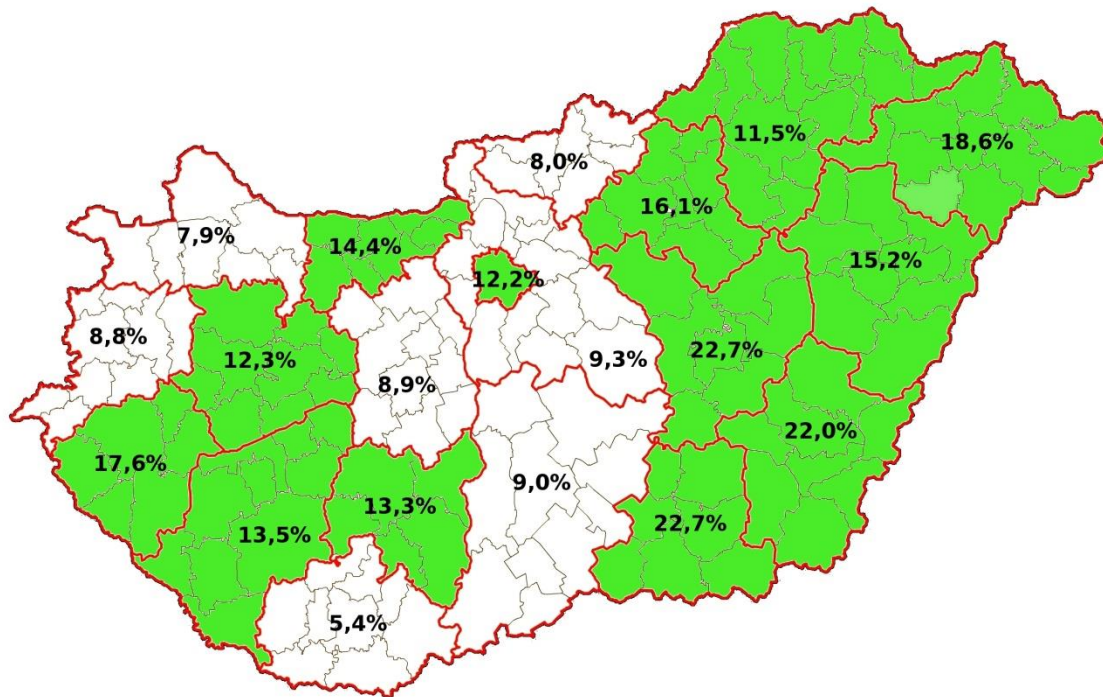


13. ábra: A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés folyamata (Forrás: Saját szerkesztés)

Az adatgyűjtés 2012. október 31-ei lezárása után kezdtem meg az adatbázis tisztítását. Megvizsgáltam vannak-e olyan rekordok, amelyeknél megállapítható, hogy azokat nem a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó egészségügyi szakdolgozók töltötték ki, illetve olyanok, ahol nem egyértelműek vagy hiányoznak a válaszok. Az ellenőrzés után megállapítottam, hogy valamennyi kérdőív értékelhető.

A MESZK honlapján elhelyezett elektronikus kérdőívet 2012. október 31-ig összesen 344 foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápoló töltötte ki, amely országos szinten a tervezett minta 122,6%-a, az alapsokaság 12,3%-a. Megyei szinten a legalacsonyabb válaszadási arány a megyére tervezett mintához képest 54% volt

(megyei alapsokaság 5,4%-a), a legmagasabb 227%. A felmérés eredményei a következő megyékre nézve reprezentatívak: Békés megye, Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Budapest, Csongrád megye, Hajdú-Bihar megye, Heves megye, Jász-Nagykun-Szolnok megye, Komárom-Esztergom megye, Somogy megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Tolna megye, Veszprém megye és Zala megye. A válaszadói arány megoszlását a megyei alapsokasághoz viszonyítva a 14. ábra tartalmazza, melyen a 10% feletti válaszadói arányt elért megyéket zöld színnel jelöltem.



14. ábra: A válaszadói arány megoszlása a megyei alapsokasághoz viszonyítva (N=344)

A tapasztalt válaszadási hajlandóság elfogadható szintű és nagyjából megegyezik az alapellátási szakterületen végzett hasonló vizsgálatokéval. A MESZK 2012. évi körzeti ápolók körében végzett felmérésénél az országos válaszadói arány az alapsokasághoz viszonyítva 13%-os volt. (Hirdi és mtsai 2012) Az elektronikus kérdőív kitöltése az első felhívást követő két hétben volt a legintenzívebb. (13. ábra) Megállapítottam azt is, hogy a minta területi megoszlása nem mutat szignifikáns eltérést az alapsokaságtól, ezt a 8. mellékletben szemléltetem.

A mintába minden megyéből bekerült legalább egy foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápoló. A megoszlás nagyjából egyenletes, de vannak olyan

területek, amelyek a mintában alulreprezentáltak (például Bács-Kiskun, Baranya, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Pest, Vas), és vannak olyanok is ahol a válaszadási hajlandóság az átlagosnál magasabb volt (például Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Zala). Tekintettel arra, hogy tájegységek szerint nem volt tapasztalható jelentős eltérés az alapsokaság és a minta eloszlása között, ezért a kapott eredményeket ebből a szempontból nem súlyoztam.

Amint azt a 1.2.3. alfejezetben is kifejtettem az alapsokaságra vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat a képzettség megoszlására vonatkozóan, ezért nem tudom értékelni a reprezentációt e változó tekintetében.

3.3.2. Vizsgálati módszer

A kutatás módszerét tekintve kvantitatív, következtető, illetve leíró jellegű vizsgálat. Tekintettel arra, hogy a vizsgálat során az ország különböző pontjain, foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazásban álló ápolókat kívántam vizsgálni, az online felmérés alkalmazása mellett döntöttem. Az online felmérés előnye nemcsak a gyorsaság és költséghatékonyság, hanem a közvetlen adatbevitel, a széleskörű földrajzi elérhetőség, és a kevesebb üresen hagyott kérdés. Hátrányaként azonban mindenképp meg kell említenem a mintavételi és lefedettségi torzítást, mivel a mintavételezés az internethasználók körében történik, így a felmérésből kimaradhettek az internet hozzáféréssel nem rendelkező ápolók.

Figyelemmel arra, hogy nem volt elérhető foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolókra vonatkozó hitelesített kérdéseket tartalmazó kérdőív, ezért kiindulópontként a szintén alapellátási területen – háziiorvosi szolgálatokban – foglalkoztatott ápolókra vonatkozó kérdőívek szolgáltak. Így az alkalmazott saját készítésű kérdőív szerkezete, kérdéscsoportjai követik az Országos Alapellátási Intézet (OALI) 2004. évi, valamint a MESZK 2012. évi körzeti ápolók körében végzett felmérésnél alkalmazott kérdőívek struktúráját. (Hirdi és mtsai 2012) A tevékenység tartalmára vonatkozó kérdések megfogalmazásánál egyrészt a foglalkozás-egészségügyi

ápolók hazai feladatkörét, másrészt a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) által végzett európai uniós felmérés adatait vettem figyelembe. Az egészségi állapottal, életmóddal kapcsolatos kérdések tekintetében az alapot az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) standard, egészségmagatartásra vonatkozó felmérésnél alkalmazott kérdőív adta. (OEK 2004) Ezen felül az egészségi állapot felmérésére a Pszichoszomatikus skála felhasználásával került sor. (Pikó és mtsai 1997)

A saját készítésű kérdőívben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztam, de az egyszerű és egyértelmű kiértékelés érdekében a kérdőív többségében zárt kérdésekre épült. (9. melléklet) A kérdőív az alábbi kérdéskörök köré csoportosult:

1. Szocio-demográfiai adatok és foglalkoztatás körülményeire vonatkozó kérdések (19 kérdés)
2. Képzetségre és továbbképzésre vonatkozó kérdések (7 kérdés)
3. A tevékenység tartalmára és elégedettségre vonatkozó kérdések (6 kérdés)
4. Jövedelmi viszonyokra vonatkozó kérdések (12 kérdés)
5. Helyettesítésre vonatkozó kérdések (5 kérdés)
6. Egészségi állapotra és egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (11 kérdés)

A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása, elemzése Microsoft Excel 2007 szoftver és SPSS 20.0 program felhasználásával történt. Az elemzés során alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértékeket, szórást, maximumot és minimumot számoltam. A változók közötti kapcsolatok vizsgálata Pearson Khi-négyzet próba (tipikusan 5%-os szignifikancia szinten vizsgálva, $p \leq 0,05$), illetve a nem metrikus (nominális) skála szimmetrikus volta miatt Cramer V ($0 \leq V \leq 1$) alkalmazásával történt. A Cramer V együtthatók értéke 0 és 1 között változhat, ahol a 0-hoz közeli értékek a kapcsolat hiányát, az 1-hez közelítő értékek pedig erős kapcsolatot jelentenek. (Sajtos és Mitev 2007) A Cramer V együttható lehetséges értékeinek magyarázatát a 3. táblázat tartalmazza. A kapott adatokat elsősorban a teljes mintára vonatkoztatva elemeztem, de képeztem különböző csoportokat (szakterület és végzettség alapján) is, amelyek értékeit összehasonlítottam.

3. táblázat: A Cramer V együttható lehetséges értékei és a kapcsolat erősségének jellege (Forrás: CHASS 2014)

Cramer V értékei	A kapcsolat erőssége
$V=0,00$	Nincs kapcsolat
$0,00 < V \leq 0,15$	Nagyon gyenge
$0,15 < V \leq 0,20$	Gyenge
$0,20 < V \leq 0,25$	Közepes
$0,25 < V \leq 0,30$	Közepesen erős
$0,30 < V \leq 0,35$	Erős
$0,35 < V \leq 0,40$	Nagyon erős
$0,40 < V \leq 0,50$	Extrém erős
$0,50 < V \leq 0,99$	Redundáns
$V=1,00$	Tökéletes kapcsolat

3.3.3. Megelőző pilótatanulmány és validitás vizsgálat

Az elektronikus kérdőív előzetes kipróbálására 10 fő részvételével került sor, akik a végső felmérés mintájával megegyezően foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók voltak. Az együttműködést, az önkéntes válaszadást mindannyian vállalták. A tesztelés során törekedtem arra, hogy a válaszadók különböző végzettségű (OKJ ápoló, BSc ápoló, foglalkozás-egészségügyi szakápoló, stb.) egyének legyenek. A tesztelés során ellenőriztem, hogy érthetőek-e a kérdések, megfelelőek-e a válaszkategóriák, illetve a kérdőív kitöltésének időigénye. A tesztelést követően a kérdések többségét változatlanul hagytam, a visszajelzések alapján 1 kérdést pontosítottam és 3 kérdést kihagytam.

Az elektronikus kérdőív időbeli (teszt-reteszt) reliabilitás vizsgálatához az első kérdőív kitöltésére 2012.06.01-jén került sor, míg a második tesztelés 30 nappal később, 2012.06.30-án történt. Egyéni kódokkal biztosítottam, hogy a tesztelésben résztvevő személyek (10 fő) egyértelműen beazonosíthatóak legyenek az egyes adatfelvételi időpontokban. A megbízhatóság megállapítására korrelációkat végeztem az egyes adatsorokon. Az időállandósági reliabilitás eredmények a kérdőív nagyfokú időbeli megbízhatóságát mutatták ki (Pearson korreláció: 0,836-0,999; $p \leq 0,003$). Megbízhatósági (validitás) vizsgálatot az intervallum skálát tartalmazó kérdés esetén vizsgáltam. Ennek alapján az elégedettségre vonatkozó kérdésre adott válaszok Cronbach-alfa értéke: 0,82.

4. Eredmények

4.1. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata eredményeinek bemutatása

Jogsabályi háttér áttekintése

Hazánkban a XIX. század közepén indultak meg azok a folyamatok, melyek a magyar gyáripar megerősödését eredményezték. Az új gyáripari törvény (1840. évi XVII. törvénycikk a gyárok jogviszonyairól) és az Iparegyesület mellett 1844-ben Kossuth Lajos kezdeményezésére létrejött a Védegylet, amelynek fő célja volt, hogy az osztrák politikával szemben támogassa az önálló magyar ipar megszületését. Áttanulmányozva a fenti törvénycikket megállapítottam, hogy a törvénycikk még nem tartalmazott munkavédelmi, vagy egészségvédelmi tárgyú rendelkezéseket. (CompLex 2003a, Fónagy 2000)

Ennek ellenére Dr. Englanderné Brüll Klára a pest-budai orvosokról és kórházakról írt tanulmányában megállapítja, hogy az 1835-ben, gróf Széchényi István által alapított hajógyár, a Duna Gőzhajózási Társaság az elsők között létesített segélyhelyet 1836-ban a saját munkásai számára, majd 1838-ban pedig egy 20-30 ágyas kórházat. Ez a hajógyári kórház egyike volt a legelső gyári kórházaknak. (Englanderné 1930)

A munkás egészségvédelmi rendelkezések csak harminc évvel később, az ipartörvényről szóló 1872. évi VIII. törvénycikkben jelentek meg. A törvénycikk alapján minden gyáros köteles volt a gyárában saját költségén olyan feltételeket létesíteni és fenntartani, melyek a munkások életének és egészségének biztosítását szolgálják. Ugyanakkor a feltételeket a jogszabály nem részletezte, így például azt sem, hogy egészségügyi ellátást kell biztosítani a munkás számára. Egyetlen konkrétum, hogy amennyiben a munkás beleegyezett elláthatta őt a gyáros lakással, étellemezzel, orvossággal, vagy orvosi segéllyel, de az ezekért járó összegeket a bérfizetés alkalmával a béréből levonhatta. (CompLex 2003b)

Három évvel később, a nyilvános betegápolás költségei fedezéséről szóló 1875. évi III. törvénycikk alapján a gyárak, nagyobb vállalatok tulajdonosai és a vasutak

igazgatóságai ugyan kifizették a munkásaik nyilvános gyógy- és betegápolási, és szülházi költségeit az egészségügyi szolgáltató részére, de azt a munkástól visszakövetelheték. (CompLex 2003c)

Első ízben a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk rendelkezett arról, hogy a nagyobb vállalatoknál és középítkezéseknél alkalmazott munkások megbetegedésének gyógykezelését a vállalat, vagy középítkezés terhére kell biztosítani. Ezen felül előírta azt is, hogy az iparos, gyáros vagy bányatulajdonos, ha segédei, tanoncai, illetőleg munkásai között ragályos vagy járványos betegség ütött ki, már a hatósági rendelkezés bekövetkezése előtt is köteles a betegeknek azonnal nyújtandó orvosi segélyről gondoskodni (CompLex 2003d)

Az ipartörvényről szóló 1884. évi XVII. törvénycikk az 1872. évi VIII. törvénycikkhez képest számos szabályt határozott meg a munkások egészségvédelme tekintetében. Előírta például az iparos számára, hogy ha a tanonc a háznépéhez tartozik köteles betegség esetében ápolásban részesíteni, illetve a tanonc megbetegedéséről a szülőket, és ha még iskolaköteles, a tanítót is értesíteni. Szintén az iparos kötelezettségeként határozta meg, hogy amennyiben segédeit lakással is ellátja, erre a célra csak egészséges és lakható helyet jelölhet ki. A segéd pedig panasszal élhetett az iparhatóság felé, ha az iparos egészségtelen lakást biztosított neki. A törvénycikk részletesen ismertette a műhelyekben kifüggesztendő munkarend minimumtartalmát is (pl. a nők és gyermekek alkalmazásának módja, a munkaidő tartama, a munkásokkal való bánásmód megbetegedés vagy szerencsétlenség eseteiben, stb.) (CompLex 2003e)

Az ezt követő években egymás után jelentek meg a vonatkozó jogszabályok, melyek szabályozták például az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezését, vagy az iparban foglalkoztatott gyermekek, fiatalok és nők védelmét, vagy épp az egyes Nemzetközi Munkaügyi Egyetemes Értekezleten elfogadott nemzetközi egyezményeket ratifikálták. (CompLex 2003i)

Az 1840-1950 között hatályba lépett törvénycikkeket tételesen áttanulmányoztam, azonban a gyárgondozónői intézményrendszeréről nem találtam semmilyen rendelkezést,

ellenben átfogó képet nyertem arról, hogy a munkáltatók kötelezettségei, felelőssége hogyan fejlődött a munkások egészségének védelme szempontjából.

Az áttanulmányozott primer szakirodalom alapján a különböző rendeletek és törvények végrehajtásának ellenőrzését az 1893. évi XXVIII törvénycikkkel az iparfelügyelőkre bízta az állam. Az iparfelügyelők jogosultak voltak a gyár területén ellenőrzést folytatni, és szemlézni, hogy a gyár tulajdonosa a munkások egészségének védelmét szolgáló rendelkezéseket betartja-e, illetve betartatja-e. Az ellenőrzések során arra a megállapításra jutottak, hogy rendkívül sok hiányosság tapasztalható (pl. munkarend hiányai, szabálytalanságai, nem megfelelő munkaruha, lelógó haj, munkakörnyezet tisztaságának hiánya, kötelező fürdő és szappan hiánya, fiatalkorúak törvénszegő foglalkoztatása, stb.) hiába a sok rendelet, illetve az alkalmankénti ellenőrzések, ezek önmagukban nem biztosítják a rendeletek folyamatos betartását. A balesetek okaként és az áldozatok nagy számáért mind a munkáltatók, mind pedig a munkások felelősek voltak. A gyártulajdonosok általában hanyagság vagy sokoldalú elfoglaltságuk miatt nem vezették be a rendeletek előírásait, vagy ha be is vezették és beszereztek védőeszközöket, azok használatát nem ellenőrizték. A munkások mulasztásának oka pedig elsődlegesen az ismeretek hiánya, a tudatlanság és a nemtörődömség volt. (Áfra 1943, Baloghy 1939a, Kováts 1941)

Fenti problémák kiküszöbölése céljából született meg a gyárgondozónői munkakör, mely segítségével az állandó – nem hatósági – ellenőrzés és a munkások ismereteinek növelése, nevelésük állandó jelleggel biztosítható volt, és így a jogszabályi rendelkezések betartása a megelőzés eszközeivel garantálható lett. (Áfra 1943)

Adatgyűjtésem utolsó szakaszában bukkantam csak nyomára a gyári gondozás intézményes megszervezéséről szóló szabályrendeletre, melyet a Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága 1940. december 13-ai közgyűlésen 764/1940. kgy. számú határozatával fogadott el és a M. Kir. Belügyminiszter Úrhoz jóváhagyás céljából felterjesztett. (BSZTB 764/1940 kgy. határozat) A M. Kir. Belügyminiszter a szabályrendeletet 144.189/1941-IV. számú leiratával hagyta jóvá. (BSZTB 320/1941. bejelentés) A szabályrendelet részletesen tartalmazta az alábbi tárgyköröket:

- a gyári gondozás feladatai;
- a gyári gondozás viszonya az üzemigazgatás szerveihez és ellátásának általános irányelvei;
- a gyári gondozónők létszáma, a rendszeresített állások száma;
- a gyári gondozónők jogviszonyának jellemzői;
- a gyári gondozónők alkalmazási feltételei, képesítési követelményei;
- a gyári gondozónők szolgálati beosztása;
- a gyári gondozónők illetmény előmeneteli rendszere, természetbeni juttatásai;
- a gyári gondozónők nyugellátásának szabályai.

Előzőek alapján megállapítottam, hogy már a II. világháború előtt a szakterület jól szabályozott volt, hiszen rendelkezésre állt egy olyan önálló rendeleti szintű szabályozás, mely részletesen meghatározta a gyárgondozónők alkalmazásának feltételeit, illetve a gyári gondozási tevékenység tartalmát. Ezáltal lehetővé tette a gyárgondozónői intézményrendszer egységes elveken történő kialakítását.

A gyárgondozónői munkakört betöltők kiválasztása

Kutatásom során arra a kérdésre kerestem a választ, hogy milyen szempontrendszer szerint választották ki az üzemi dolgozók közül a leendő gyárgondozónőket. A rendelkezésre álló levéltári források, valamint a megjelent primer szakirodalom adatai alapján meglepődve tapasztaltam, hogy a gyárgondozónőket jellemzően nem az üzemben dolgozó munkásnők közül választották ki, hanem először létrejött egy gyárgondozónői tanfolyam, és csak ezt követően kezdtek el a gyárakban gyárgondozónőket alkalmazni. A gyárgondozónők elhelyezkedését a gyárgondozónői tanfolyam igazgatósága segítette. Az első gyárgondozónő egy textilgyárban került alkalmazásra, egy sztrájkot követően az iparminisztériumi küldött ajánlására. (Balogh 1939b) Levéltári források alapján feltételezem, hogy az első gyárgondozónő Füzéki Alice budapesti lakos lehetett, aki 1935-től a Filtext Egyesült Magyar Filatori gát pestszentlőrinci Textilművek és Tisztító Rt-nél dolgozott. (Füzéki 1939)

A fent ismertetett 1941. évi rendeletben szabályozták a gyárgondozónői álláshelyek betöltési feltételeit. A 764/1940. kgy. számú határozattal elfogadott szabályrendelet

értelmében a gyárgondozónők középiskolai érettségi bizonyítványhoz, vagy ezzel tanértékre nézve egyenértékű iskolai végzettséghez kötött üzemi tisztviselői állást töltötték be. A gyári gondozónői állásra csak az volt kinevezhető, aki az előzőekben ismertetett iskolai végzettségen felül a gyári gondozási szolgálatra képző tanfolyam látogatását, illetve annak sikeres elvégzését igazolta. Az iskolai végzettségen és a külön szakirányú szakképesítés mellett további alkalmazási feltételként írták elő félév időtartamú gyári gondozásban megszerzett szakgyakorlat igazolását is. (BSZTB 764/1940 kgy. határozat)

Előzőek azt támasztják alá, hogy a gyárgondozónői munkakör betöltését szigorú képesítési feltételekhez kötötték, és nem az üzemi alkalmazottak közül választottak ki valakit. Esetenként persze arra is volt példa, hogy a vállalatok egy-egy rátermett munkásnőjüket a gyárgondozónői tanfolyamra elküldték, de ez a gyakorlat már a képzés fennállásának kb. 8. évétől volt jellemző, amikor már nagyon nagy volt a kereslet a végzett gyárgondozónők iránt. (Budinszky 1942) Előzőek alapján úgy gondolom, hogy a rátermettséget a képzőhely által felállított – a későbbiekben részletesen ismertetett – felvételi szempontrendszer alapján állapította meg a gyár vezetése.

A gyárgondozónők képzettsége

A feltárt források alapján a gyárgondozónői képzés ötlete és a munkakör alapvázának kialakítása Dr. Baloghy Mária (1895-1970?) középiskolai pedagógus nevéhez fűződik. Az 1939. évi közigazgatási továbbképző tanfolyamon tartott előadásában Dr. Baloghy Mária részletesen beszámolt arról, hogy az akkor még csak ötéves múlttal rendelkező gyárgondozónői intézmény létrehozását mi motiválta: *„Mint pedagógus, gondolkoztam a lehetőségeken, amelyek által a munkások egészségügyi, kulturális színvonalának megfelelő emelése elérhető s ezt a nevelői ráhatásoknak a munkás munkahelyére való koncentrálásában véltem megtalálni.”* Úgy gondolta: *„A gyárgondozónő, mivel az üzemi idő alatt a munkások közt időzik, a munkásokkal, munkaadókkal és a munkások családjával is állandó személyes kapcsolatban van, tanácsaival, javaslataival, ellenőrzésével üzemhigiéne és biztonság tekintetében valóban hatásos nevelő munkát fejthet ki.”* A gyárgondozónői hivatás részletes ismertetése mellett megemlítette azt is, hogy az első gyárgondozónőket képző tanfolyamot az Iskolánkívüli Népművelés támogatásával szervezte meg, és ekkor még semmilyen információval nem rendelkezett

arról, hogy külföldön létezik-e bármilyen hasonló jellegű intézmény. (Baloghy 1939b) Dr. Baloghy Mária egy későbbi nyilatkozatában azt is elmondta, hogy a képzés elindítása előtt középiskolásokat tanított, és az értelmiségi leány ifjúság számára szeretetett volna olyan kibontakozási lehetőséget teremteni, amely során a védtelen és veszélyeztetett munkásifjúság szolgálatába állíthatják megszerzett szellemi és erkölcsi tartalékaikat. A képzési rendszer és a munkakör sikeres kialakítása érdekében beállt gyári munkásnőnek, együtt lakott és dolgozott a többi munkásnővel, így szerevezve kellő tapasztalatot. E nyilatkozata során megerősítette azt is, hogy *„valóban magyar eredetű és szellemű”* a gyárgondozónői intézményrendszer, és azt is, hogy a gyárgondozónő a *„legelső elméleti és gyakorlati szakember”*. (Budinszky 1942)

Az első gyárgondozónői tanfolyam sikeres megvalósulását követően az iparügyi miniszter támogatta a gyárgondozónői intézményrendszer kialakítását. Dr. Baloghy Mária a minisztérium és a főváros támogatásával később külföldi tanulmányutakon is részt vett, melyek során beszámolt az általa kialakított képzési és intézményrendszeréről, illetve Angliában, Németországban és Svédországban megszerzett tapasztalataival kiegészítette a már működő hazai gyakorlatot. Dr. Baloghy Mária beszámolója szerint ezek a hazai közhatósági támogatások kiemelkedő jelentőségűek voltak, hiszen ezidőtájt még egyetlen külföldi államban sem kapott támogatást hasonló kezdeményezés, és erről a tényről még a Nemzetközi Munkaügyi Hivatal lapja is beszámolt. (Áfra 1943, Baloghy 1939b)

A gyárgondozónői hivatás bemutatása szándékával a Székesfővárosi Pályaválasztási Tanácsadó és Képességvizsgáló Intézet 1943-ban Pályaismertető füzetet adott ki. A füzetben a gyárgondozónői hivatás az alábbiak szerint került megfogalmazásra: *„A pályaválasztás előtt állók talán legkevésbé ismerik a gyárgondozónői szolgálatot. Pedig ez az igazán női léleknek megfelelő munkakör anyagilag nyugodt megélhetést biztosít, lelkileg pedig nagy kielégülést nyújtó hivatás. Ebben a munkakörben is épügy megtalálja a nő érzelmi életének, védeni, óvni, segíteni akaró hajlamának érvényre jutását, mint a zöldkeresztes vagy vöröskeresztes munkakörben, mert ez a pálya is a női lélek családi érzéseire és missziós megnyilvánulására alapozta sikerét.”* (Áfra 1943)

A gyárgondozónők képzése a Budapest Székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottsága (Budapest IV. kerület, Szép u. 5. félemelet 2.) felügyelete alá tartozó gyárgondozónői tanfolyamon történt. (15. ábra) A tanfolyam hossza eleinte másfél év volt, mely később két évre nőtt. A záróvizsga letétele után a tanfolyam hallgatói tanulmányt igazoló bizonyítványt kaptak. A szorgalmi időszak október 1-jétől június 30-áig tartott, heti 45 órában (heti 25 elméleti óra (délután) és heti 20 gyakorlati óra (délelőtt)). Az első tanfolyam Budapesten az Eötvös utcában indult 20 hallgatóval 800 órában. Majd a képzés helye áttevődött egészen 1944-ig Budapesten a Községi Polgári Iskolába (Budapest, VI. kerület Bajza utca 49-51., jelenleg: Budapest VI. Kerület Bajza Utcai Általános Iskola). Ekkor a bombatámadások, illetve a megfelelő óvóhely hiánya miatt új helyiséget kellett keresniük. (Áfra 1943, Baloghy 1943, Baloghy 1944a, Illyefalvi 1934) Az 1944/45-ös tanév helyszínéül az Országos Társadalombiztosító Intézet (Budapest VI. kerület Eötvös utca 3.) nagy előadóterme került kiválasztásra. (Baloghy 1944c) A felvételi eljáráshoz az alábbi dokumentumok benyújtása volt szükséges:

- Születési anyakönyvi kivonat,
- Iskolai végzettséget igazoló bizonyítványok,
- Keresztény származást igazoló okiratok. (Áfra 1943)

Felvételek gyárgondozónői tanfolyamra. Budapest Székesfőváros Népművelési Bizottsága felügyelete mellett működő kétéves gyárgondozónői tanfolyam 1943—44. évfolyamára a felvételek megkezdődtek. Felvilágosítást ad B a l o g h y Mária igazgatónő II., Bimbó-út 3. I. 5. Telefon: 357—182, reggel 8—10 között.

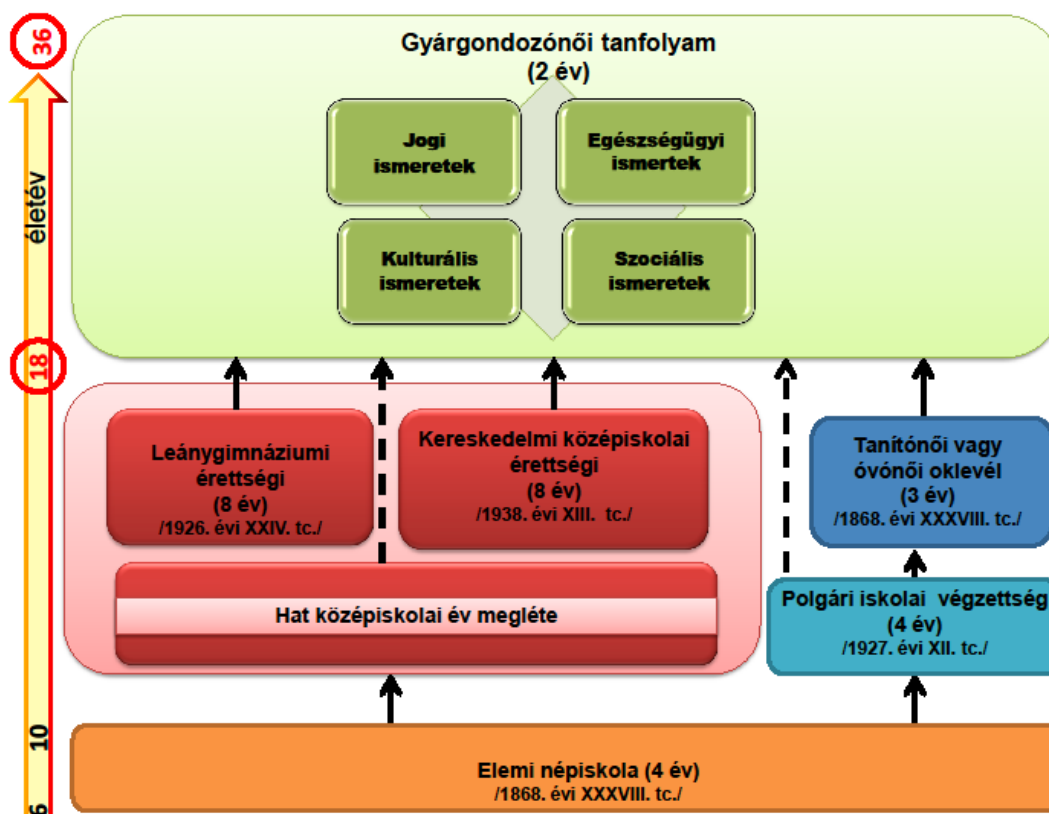
15. ábra: Felvételi hirdetmény gyárgondozónői tanfolyamra (Forrás: Unitárius Értesítő XXII. évf. 7. szám, Budapest 1943. július, p.79.)

Felvételt azok a 18-36 év közötti nők nyerhettek, akik az alábbi feltételi feltételeknek megfeleltek:

- testi-lelki alkalmasság az egyetemi Közegészségügyi Intézetben elvégzett előzetes orvosi alkalmassági vizsgálat alapján,

- gimnáziumi, vagy kereskedelmi érettségi bizonyítvány, illetve tanítónői, vagy óvónői oklevél megléte. (Áfra 1943, Budinszky 1942)

Az iskolai előképzettséggel kapcsolatos követelményeket alaposabban tanulmányozva megállapítottam, hogy a gyárgondozónői tanfolyamra magas alpműveltséggel rendelkező nők jelentkezhetek. (16. ábra) A leányok gimnáziumi oktatást például ezidőtájt a leányközépiskoláról és a leánykollégiumról szóló 1926. évi XXIV. törvénycikk szabályozta. A leányközépiskolák fő feladata az volt, hogy a leányokat vallásos, erkölcsös és nemzeti szellemben magasabb általános műveltséghez juttassa és képessé tegye őket akár egyetemi, vagy főiskolai tanulmányok folytatására is. Ennek megvalósulása érdekében a következő főbb tantárgyakat tanulták: hit- és erkölcsstan, magyar nyelv és irodalom, három idegen nyelv (latin, német és francia) és irodalmuk, Magyarország történelme és világtörténelem, földrajz, természetrajz, kémia, egészségstan, természettan, mennyiségstan, és filozófia. (CompLex 2003f)



16. ábra: Gyárgondozónő képzés 1933-1945 között (Forrás: saját szerkesztés)

Kivételes esetekben – méltányosság alapján – nyerhetett felvételt néhány olyan nő is, akinek rátermettségét figyelembe véve a tanulmányi vezetőség eltekintett a korhatártól, vagy a fent ismertetett iskolai előképzettségtől, de ezekben az esetekben minimumkövetelmény volt a hat középiskolai, vagy a négy polgári megléte. (Áfra 1943) A polgári leányiskolák által nyújtott képzések tartalmát ekkor a polgári iskoláról szóló 1927. évi XII. törvénycikk szabályozta. A gimnáziumi oktatáshoz képest az eltérés az volt, hogy a polgári iskola feladata az volt, hogy a tanulót vallásos, erkölcsös és nemzeti szellemben gyakorlati irányú általános műveltséghez juttassa és ezzel közvetlenül a gyakorlati életre, vagy pedig a középfokú szakiskolákra előkészítse. A polgári leányiskola feladata volt ezen felül a művelt, magyar polgári háziasszony nevelése. Tantárgyait tekintve elmondható, hogy szintén számos olyan ismeretet nyújtott, mely jó alapot adott a gyárgondozónői tanfolyam elvégzéséhez, a későbbiekben pedig a gyárgondozónő hivatás betöltéséhez. A polgári leányiskola rendes főbb tárgyai a következők voltak: hit- és erkölcsstan, magyar nyelv, német nyelv, történelem, földrajz, számtan és mértan, növénytan és állattan, ásványtan és vegytan, természettan, élet- és egészségügyi ismeretek, háztartási és nevelési ismeretek, szépírás, és női kézimunka. (CompLex 2003g)

A gyárgondozónői hivatást választókkal szemben a fentiekén kívül még számos elvárást fogalmaztak meg: *„emberszeretet, nyugodt idegrendszer, kiegyensúlyozott kedély, szociális érzés, erély és alkalmazkodóképesség, gyakorlati érzék, emberrel bánni tudás, segítőakarát, életismeret, emberség, éleslátás, széles látókör, tapintat, tartózkodás, közvetlenség, kiegyensúlyozottság és áldozatos, odaadó szolgálat szelleme”*. (Áfra 1943)

A beiratkozást követően két hónap próbaidő alatt kellett bizonyítaniuk testi és lelki alkalmasságukat a gyárgondozónő hallgatóknak, csak ezt követően vált véglegessé felvételük. Bizonyítványt az a hallgató sem kaphatott, akiről a próbaidő leteltét követően bizonyosodott be, hogy testileg, vagy lelkileg nem alkalmas a gyárgondozónői hivatásra. (Áfra 1943, Budinszky 1942) A próbaidőn belüli eltanácsolás lehetőségével valóban élt a képzőintézmény, az 1942/43. tanulmányi évről szóló beszámoló alapján 36 fő került felvételre, de csak 22 fő fejezte be az első tanévet, mert 14 főt részben egészségi okból, részben próbaidő alatt eltanácsoltak. Az erős szelekció szükségességét

a szakma színvonalának megőrzésével indokolták. (Baloghy 1943) Az 1943/44. tanulmányi évről szóló beszámoló alapján 28 fő iratkozott be a tanfolyamra, de közülük csak 21 fő folytatta tanulmányait a második tanévben. Természetesen nem felejthetjük el, hogy a súlyosbodó háborús viszonyok, az ellátás és elszállásolás nehézsége jelentősen befolyásolta a beiratkozott hallgatók létszámát. Az erkölcsi védelmet nyújtó otthon biztonsága, illetve az ellátás hiánya miatt maga a képzőintézmény beszélte le a vidéki, frissen érettségizett leányokat arról, hogy Pestre jöjjenek. Internátussal a képzőintézmény pedig nem rendelkezett. (Baloghy 1944a)

A képzés költségtérítéses volt (összesen 720 pengő), melyet a hallgatók havi részletekben is befizethettek. A beiratkozáskor az első havi képzési díjon felül, egyéb költségtérítésként még 74 pengőt kellett befizetni. (4. táblázat) A magas tandíj kapcsán ugyanakkor felmerült – de nem valósult meg – az ösztöndíj program kialakítása is, hogy a tehetséges, de szegény sorsú hallgatók is elvégezhessék a képzést. (Áfra 1943, Baloghy 1943)

4. táblázat: A gyárgondozónői tanfolyam képzési költségeken felüli egyéb költségeinek megoszlása 1943-ban (Forrás: Áfra 1943)

Beiratkozási díj	3 P
Tanulmányi index	3 P
Ellenőrző füzet	1 P
Házi betegápolási kézikönyv	2 P
Elsősegélynyújtási kézikönyv	2 P
Vöröskeresztes házi betegápolási bizonyítvány díja	3 P
Elsősegély bizonyítvány díja	6 P
Orvosi vizsgálat díja	6 P
Főzőtanfolyam anyagmegtérítése	12 P
Szülőj (kézimunka)-tanfolyam anyagmegtérítése	10 P
Sokszorosított jegyzetek	30 P
Összesen	74 P

A rendelkezésre álló korabeli dokumentumokban azt találtam, hogy a gyárgondozónői hallgatók elméleti oktatása – a középiskolában megszerzett ismeretekre ráépülve – négy fő területre terjedt ki: egészségügyi-, szociális-, jogügyi- és kulturális ismeretek. A jogi ismeretek oktatásának elsődleges indoka az volt, hogy a munkások nem voltak tisztában az őket illető jogokkal, így azokat érvényesíteni sem tudták. Az egyszerű munkásember

a különböző törvények és rendeletek útvesztőjében nehezen tudott eligazodni, jogi ügyeik megoldatlansága pedig frusztrációt okozott, mely egyrészt rontotta munkateljesítményüket, másrészt dekoncentráltóságuk munkabalesetet okozhatott. A szociális ismeretek az akkortájt jellemző nyomor és szegénység enyhítésére, az elesettek támogatására rendelkezésre álló lehetőségek kihasználását segítették elő. Az elméleti ismeretek anyagát az igényeknek megfelelően folyamatosan bővítették, míg 1933-ban az elméleti órák száma még csak 800 óra volt, 1944-re az elméleti óraszámot már 1200 órára emelték. (Áfra 1943, Baloghy 1943, Baloghy 1944a, Illyefalvi 1934) A gyárgondozónői képzésen alkalmazott tankönyvek közül egyedül a Házi betegápolási kézikönyvet sikerült fellelnem, melyet Ibrányi Alice írt a Magyar Vörös-Kereszt V. Ápolónői Főnökszonya. (sic!) (17. ábra)



17. ábra: A gyárgondozónői képzésen alkalmazott Házi betegápolási kézikönyv borítói (Forrás: Ibrányi A: Házi betegápolás 1937. évi és 1942. évi kiadás)

Az 1200 órányi elméleti anyag részletesebb ismertetését a 10. melléklet tartalmazza. Az elméleti képzést a kor kiváló szakemberei végezték, az üzemegészségügyi ismereteket Dr. Batiz Dénes az OTI orvos aligazgatója, az anatómiai és higiéniai ismereteket Dr. Haugg László vöröskeresztes főorvos, a társadalombiztosítás jogi ismereteket Dr. Mályusz Egyed az OTI igazgatója, a jogi ismereteket pedig Dr. Remsauer Tihamér Budapest Székesfőváros főjegyzője oktatta. (Baloghy 1944c)

A gyakorlati képzés a főváros különböző egészségügyi-, szociális-, közigazgatási-, és rendvédelmi intézményeiben valósult meg két-, három hetes szakaszokban heti 3 délelőtti időtartamban (1942-ig 600 órában, 1944-ben már összesen 1200 órában). A gyakorlati képzés helyszíneit a 11. melléklet tartalmazza Ezen kívül a hallgatók heti 1 alkalommal tanulmányi kirándulásokat tettek különböző gyárakba, szociális és egészségügyi intézményekbe, kulturális rendezvényekre. (Baloghy 1943, Baloghy 1944b, Budinszky 1942) Mindezekon felül szívesen vettek részt különböző rendezvényeken, például gyermeknapi gyűjtésben, a Gyermekvédő Liga nyaraltatásában, szükségtelevi vasárnapi foglalkoztatásban, de felajánlották segítségüket a Vöröskeresztnek a véradások szervezéséhez, a véradók toborzásához is. (Baloghy 1942)

Rendkívül szokatlannak – ugyanakkor nagyon hasznosnak – találtam azt az előírást, mely szerint a tanfolyam alatt a hallgatók 4-6 hétig inkognitóban munkásnőként kerültek alkalmazásra különböző gyárakban. Ezzel elősegítve azt, hogy a későbbiekben teljesen önálló munkát végző gyárgondozónők személyes élményként éljék át a gyárban dolgozó munkásnők örömeit, küzdelmeit, fáradalmait és közvetlen közletről ismerjék meg a rájuk leselkedő veszélyeket. Az inkognitó alatt szerzett tapasztalatokról szóló érdekes beszámolókat Dr. Baloghy Mária „Amikor én munkásleány voltam. Egy szociálpedagógiai kísérlet” cím alatt dolgozta fel. (Áfra 1943, Baloghy 1942, Baloghy 1944b)

1942-től a Kultuszminisztérium, az Országos Társadalombiztosítási Intézet és egyéb intézetek meghívása alapján hasznos előgyakorlat és látókörbővülés céljából a hallgatók a gyárgondozónői képzés mellett elvégezhették a Leányleveinte vezetői tanfolyamot, a napközi vezetői tanfolyamot, és az üdültetés vezetői tanfolyamot is. Dr. Baloghy Mária ezeket a meghívásokat a „szelektált hallgatók iránt megnyilvánuló bizalom jelének” tekintette. (Baloghy 1943)

A tanfolyam záróvizsgálja keretében a hallgatók többek között vöröskeresztes betegápolási és elsősegélynyújtói vizsgákat tettek, és ennek eredményes teljesítése esetén Vöröskeresztes házi betegápolási bizonyítványt, illetve Elsősegély bizonyítványt is kaptak. Az 1943/1944-es tanév vöröskeresztes beteg ápolási vizsgájáról kimagasló

eseményként számoltak be, mivel a vizsgaelnöki teendőket maga ifj. Horthy Miklósné látta el, „*ezzel is kifejezésre juttatván a Vöröskereszt és a maga személyes érdeklődését és elismerését*”.(Baloghy 1943)

A levéltárban őrzött képzési adatok sajnos hiányosak és különböző részletességűek, így aprólékos összehasonlításra nem volt lehetőségem. A gyárgondozónői tanfolyam iratanyagai alapján megállapítottam, hogy 1942-ben 16 fő, 1943-ban 24 fő, 1944-ben pedig 19 fő szerzett gyárgondozónői végzettséget. A lemorzsolódási arány 20-40%-os volt a felvételre kerültek és a végzettséget szerzettek között, ennek okai elsődlegesen a próbaidőn belüli eltanácsolások, másodlagosan pedig az internátus hiánya, az albrét drágasága, az általánosan jellemző háború miatti szegénység miatti kimaradások, illetve halálesetek voltak. Az 1943. évi jelentés két megrendítő halálesetről is beszámolt, az egyik gyárgondozónő növendék a vöröskeresztes beteg ápolási záróvizsgálója előtti napon hunyt el váratlanul. Egy másik növendék –, aki szintén lelkesen és nagy áldozatok árán készült a gyárgondozónői hivatásra – pedig hosszú ideig tartó betegsége, kínzó szenvedése után halálozott el, utolsó kívánságaként azt kérve, hogy gyárgondozónő jelöltként temessék el. (Baloghy 1942, Baloghy 1943, Baloghy 1944a)

A felfedezett sajtóforrások alapján tíz évvel az első tanfolyam indulása után – kb. a 9. gyárgondozónői tanfolyam indulását követően – már 150 végzett gyárgondozónőről adott hírt az Országépítés című folyóirat. („Százötven gyárgondozót nevelt a székesfőváros” 1943)

Szintén az Országépítés című folyóiratból tudtam meg, hogy a Budapest Székesfővárosi Iskolánkívüli Bizottság felügyelete alatt működő – Dr. Baloghy Mária által indított – gyárgondozói tanfolyam sikerességét és eredményességét látva 1938-ban egy másik képzőhely is létrejött. Az Országos Szociálpolitikai Intézet szintén elindította a gyárgondozói tanfolyamot. A korabeli beszámoló alapján a felvételi követelmények és a tanrend megegyezett a Baloghy-féle képzés rendjével. („A gyárgondozónők sikeres munkája egészségügyi, szociális és kulturális téren”, 1943)

A gyárgondozónői képzés és intézményrendszer egyre emelkedő elismertségét mutatta az is, hogy 1944-ben Dr. Baloghy Mária a Magyar Királyi Állami Védőnői Intézettől

Budapestre és Kassára is meghívást kapott, hogy a tantervbe beépítve 4-4 órában ismertesse a gyárgondozónői intézményrendszert. A képzési rendszer sikerességét bizonyítja az is, hogy Dr. Baloghy Mária szintén ez évben megbízást kapott az Iparügyi és Honvédelmi Minisztériumtól arra, hogy a Honvédelmi Gondozói Tanfolyamot megszervezze, tanrendjét kialakítsa, illetve a tanfolyamot levezesse a gyárgondozónői tanfolyam tapasztalatait felhasználva. (Baloghy 1944a)

A gyárgondozónők továbbképzése

Miután kutatásom során már rácsodálkoztam arra, hogy milyen korszerű és magas színvonalú képzési rendszert alakított ki Dr. Baloghy Mária a XX. század elején a gyárgondozónők számára, szinte nem is volt meglepő, hogy a végzett hallgatók folyamatos továbbképzéséről is gondoskodott. A továbbképző szemináriumok célja az volt, hogy a végzett gyárgondozónők korábbi tanulmányaikat elmélyítsék és kibővítsék. A közösségi szellem a gyárgondozónők között már növendékként is példás volt, így a szemináriumok a személyes kapcsolatok megőrzésére és fenntartására is kiváló lehetőséget nyújtott. A havonta megrendezésre kerülő szemináriumokon a végzetek szinte teljes számban – 1943-ban már 120-an – vettek részt, esetleges távolmaradásuk oka leginkább a háborús plusz megterhelés volt. A szemináriumi összejövetelekre az Országos Társadalom Biztosító Intézet Társadalom-egészségügyi Múzeumában került sor. A szemináriumokon szintén kitűnő szakemberek tartottak ismertető előadásokat, illetve kapcsolódó tevékenységükről a gyárgondozónők is beszámoltak, hogy gyakorlati munkájukban szerzett tapasztalataikat kicseréljék, illetve könyveket és folyóirat cikkeket ismertettek. A szemináriumon való részvétel költségtérítéses volt, hogy az előadók díját, illetve a terembérleti díjat fedezhessék. (Baloghy 1942, Baloghy 1943, Baloghy 1944a, „Gyárgondozói Szeminárium Közleményei” 1942)

A külföldön alkalmazott gyárgondozóknak lehetőségük volt arra, hogy több éves gyakorlati tapasztalat megszerzését követően iparfelügyeleti szolgálatot végezzenek. Angliában például a megszerzett gyakorlati idő után államilag irányított 1 vagy 2 éves tanfolyam segítségével képezhették át magukat. Dr. Kováts Irén tanulmányában azt is megemlítette, hogy ezt kihasználva az angliai iparfelügyelők jelentős többsége gyárgondozónőként kezdte pályafutását. Ezt gyakorlatot követve a hazai gyárgondozónők előtt is megnyílt a lehetőség arra, hogy gyári tapasztalataikat

felhasználva a későbbiekben iparfelügyelői munkakört töltsenek be. (Kováts 1941, Áfra 1943) Ezen kívül levéltári kutatásaim során felleltem olyan iratanyagokat is, mely alapján megállapítottam, hogy az 1942-ben, Budapest Székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottsága által szervezett 34 elméleti és 16 gyakorlati órából álló „Népművelési előadóképző” tanfolyamot gyárgondozónők is elvégezték. (Füzéki 1939)

A gyárgondozónők feladatai

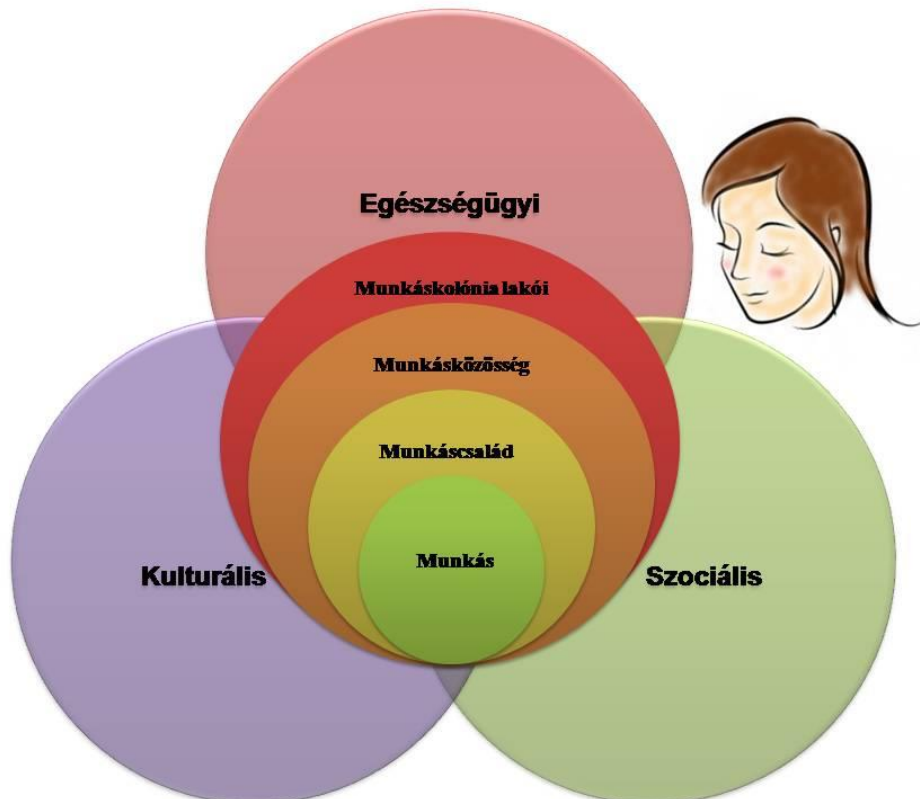
A végzett gyárgondozónők elhelyezkedését a gyárgondozónői tanfolyam igazgatósága segítette. A gyárgondozónői szolgálatot népszerűsítő sajtóforrások alapján 1937-ben – az első tanfolyamzárás után két évvel – még csak 10 gyárgondozónő állt hazánkban alkalmazásban. („A gyárgondozónői szolgálat” 1937) Később – 1942-1944 között – pedig olyan nagy lett a kereslet a végzett gyárgondozónők iránt, hogy a vállalatok a képzés ideje alatt már gyakornokként szerződtették a hallgatókat, illetve ekkoriban fordult az elő, hogy a vállalatok egy-egy rátermett munkásnőjüket a tanfolyamra elküldték. (Baloghy 1942, Budinszky 1942) Az 1944. évi beszámolóból az derült ki, hogy akkora volt a kereslet, hogy a tanfolyamzárást követően még 20 gyár igényét nem tudták kielégíteni, így nyilvántartásba vették őket. (Baloghy 1944a)

A gyárgondozónőket a tanfolyam igazgatóság közvetítette ki a különböző üzemekbe, magánvállalatokba a fővárosban és vidékre egyaránt. Az első hallgatók elsősorban textil-, bőr-, kábel-, tégl-, akkumulátor-, fegyver-, tápszergyárakban kerültek elhelyezésre. Kezdő fizetésük 250-300 Pengő volt havonta. Vidéken ehhez a gyárak természetbeni juttatásként szolgálati lakást biztosítottak és átvállalták annak fűtés és világítás költségeit. (Áfra 1943) Több olyan gyárgondozónő is volt, aki nem vidéki ipartelepen, hanem bányavidéken helyezkedett el. (Baloghy 1942, Budinszky 1942, „Százötven gyárgondozót nevelt a székesfőváros” 1943)

Nemcsak a szakirodalom, hanem a levéltárak is bővelkednek olyan iratokban, gyárgondozónői jelentésekben és levelezésekben, melyek a gyárgondozónők széleskörű tevékenységéről tanúskodnak. 1941-től a gyári gondozás feladatai már rendeleti szinten kerültek szabályozásra. Az elhelyezkedett gyárgondozónők feladata –, mint ahogy az a képzés elemeiből is látszik – igen sokágú volt. Elsődleges feladata az volt, hogy a

munkások és a munkaadók között egyfajta kommunikációs kapocsként közvetítsen. Feladatköre nemcsak magára a munkás egészségi-, szociális- és kulturális életére terjedt ki, hanem annak családjára is. Maternalista szemlélet jellemezte tevékenységüket, dr. Baloghy Mária leginkább úgy jellemezte, hogy „*az anyai szív gondoskodása a munkások és munkaadók közös nagy családjában*” vagy a gyárgondozónó „*akár az édesanya: nevelő, gyógyító, szervező, intéző egyszemélyben*”. (Áfra 1943, Budinszky 1942)

A gyárgondozónók tevékenységét megvizsgálva azt találtam, hogy holisztikus szemléletű tevékenységük igen széles és átfogó, egyaránt végeztek egészségügyi, szociális és kulturális jellegű feladatokat. (18. ábra) Munkájukat alapvetően két helyen végezték: az üzemen belül és az üzemen kívül. Hat munkanapos munkahetükből 3 napon üzemen belüli feladatokat végeztek, szintén 3 napon pedig üzemen kívülieket, de minden nap biztosítottak 2 óra időtartamban fogadóórát az irodájukban. Üzemen kívüli tevékenységük kiterjedt a munkás családjára is. (Baloghy 1941)



18. ábra: A gyárgondozónői gondozás modellje (Forrás: Saját szerkesztés)

A gyárgondozónó **egészségügyi feladatainak** célja a munkás egészségének megőrzése volt, ehhez szorosan kapcsolódva pedig a műhelyegészségügyi viszonyok javítása is elengedhetetlenül fontos volt. Egészségügyi feladataik a következők voltak:

- A munkakörnyezet tisztaságáról való gondoskodás keretében irányították a helyiségek takarítását (idejét, gyakoriságát és módját), illetve ellenőrizték azt. A munkáskolóniákon tisztasági versenyeket rendeztek.
- Gondoskodtak arról, hogy az üzem igazgatósága az előírt egészségügyi intézkedéseknek (pl. világítás, szellőztetés, festés, újrameszeltetés) eleget tegyen.
- Szorgalmazták a munkások számára a szociális helyiségek kialakítását (pl. öltözők, mosdók, étkezők, pihenőszobák). Gondoskodtak róla, hogy legyen elegendő ivóvízcsap és köpöcsésze. A megfelelő helyiségek, illetve infrastruktúra kialakítása után ránevelték a munkásságot azok használatára.
- Felhívták a gyár vezetőségének figyelmét arra, hogy az esetleg újonnan létesülő munkahelyiségek építésénél és berendezésénél vegyék figyelembe a munkásegészségügyi szempontokat (szellőztetés, világítás, szociális helyiségek, stb.).
- Az egészség védelmét szolgáló eszközök (pl. kesztyűk, védőszemüvegek, védőcipők, munkaruha, stb.) helyes használatát a munkások körében oktatták, és ellenőrizték azok használatát.
- A munkaszékek, padok meglétét, illetve a használatát figyelemmel kísérték, különösen a terhes munkásasszony kifáradásának csökkentésére.
- Gondoskodtak a megfelelő munkaruhák kiválasztásáról, mennyiségéről, váltásáról, mosatásáról, karbantartásáról.
- Közreműködtek a munkások egészségügyi szempontú kiválasztásában.
- Szorgalmazták a gyárorvosok alkalmazását az olyan üzemekben, ahol a körzeti orvos felkeresése órákat vett igénybe és emiatt a munkások inkább nem fordultak orvoshoz, nehogy a kiesett munkaidő miatt a munkabérük csökkenjen.
- Amennyiben létrehozásra került a gyárban orvosi rendelő, akkor az asszisztensi feladatokat ők látták el. Ehhez kapcsolódóan rendben tartották a rendelőben lévő műszereket, eszközöket és kötszereket. Vezették az egészségügyi karterékokat, statisztikákat.

- Segédkeztek az egészségügyi „óvszabályok” (tbc, vérbaj, járványok) betartásának ellenőrzésében.
- Szükség esetén elsősegélyben részesítették a munkásokat.
- A baleseti tényezőket elemezték. Minden reggel felmérték, hogy a munkások körében van-e olyan, akinél lelki bajok, a családi élet egyensúlyának megbomlása nagyobb baleseti veszélyeztettséget okoz.
- Felkutatták azokat a munkásokat, akik betegség vagy egyéb szervi baj miatt nem tudták munkakörüket ellátni, és akiket emiatt más munkakörbe kellett beosztani, erre javaslatot tettek.
- Egyéni és közösségi egészségnevelést folytattak (tanfolyamok szervezése, röplapok szétosztása, baleseti tízparancsolat készítése, vándorkiállítások rendezése, film és gramofon propaganda) a munkaártalmak és baleseti veszélyek megismerése érdekében a munkások körében.
- Ellenőrizték a munkaközi szünetek betartását (pl. 5 perces tízórai szünet gyomorbajosoknál), valamint munkaközi szünetekben vagy munka után kiegyenlítő tornagyakorlatot végeztettek az altesti vérbőség, lúdtalp, gerincferdülések stb. ellensúlyozására.
- Meglátogatták a megbetegedett munkást az otthonában, kioktatták a hozzátartozót a betegápolás főbb elemeire, a beteg megfelelő élelmezésére, a helyes és egészséges életmódra.
- Bekapcsolódtak az egészségügyi családgondozó munkájába.
- A gyár által fenntartott bölcsődékben és napközikben begyakoroltatták a munkások gyermekeivel a helyes egészségügyi szokásokat, hogy ez irányból is hassanak a munkások egészségügyi és tisztasági igényeire. (Áfra 1943, Budinszky 1942, Herczegné 1941, Kováts 1941, Petrányi 1941, Rottenbiller 1941, Szalayné 1947, Tekál 1941, Vittnyédy 1948, Vörös és Csaplár 1947)

A gyárgondozónő **szociális feladatait** szintén a gyárban és azon kívül egyaránt végezte. Hetente három napon családlátogatásokat tett és környezettanulmányokat készített, melyek során felmérte a családok szükségleteit. Szociális feladatkörébe a következők tartoztak:

- Fogadóórák keretében a legkülönbözőbb családi, jogi, jóléti kérdésekben adtak útmutatást, tanácsot. (pl.: pénzbeli segélyek és fizetési előlegek igénylése, holtta nyilvánítás, örökbefogadás, lakásigénylés, ruházati segély, férj iszákossága, stb.)
- A közösség igényeinek, szükségleteinek megfelelően – természetesen figyelembe véve a gyár pénzügyi lehetőségeit – prioritizált javaslatokat tettek különböző munkásjóléti intézmények (pl.: bölcsőde, óvoda, napközi foglalkoztató, kávéház, sporttelep, kultúrház, gyári könyvtár, stb.) létrehozására, illetve folyamatos fejlesztésére. Ellátták a gyári jóléti intézmények irányítását, és gondoskodtak a feladatellátáshoz szükséges megfelelő végzettségű és létszámú humán erőforrás (pl.: Stefániás gondozónők, óvónők, tanítónők) alkalmazásáról.
- A nyugodt és jó üzemi légkör megteremtése érdekében tájékoztatást adtak a gyárban dolgozó munkás számára a közben otthonukban fekvő beteg családtag állapotáról, kibékítették a civódó házastársakat, közvetítették az üzem érdeklődését a családi eseményeknél.
- Üzemi újságot, vagy falijútságot szerkesztettek az üzem belső eseményeinek megvitatására.
- Kirándulásokat, ünnepélyeket szerveztek, ahol a gyárvezetőségét közelebb hozták a munkássághoz. Megszervezték például a gyár születésnapjának, vagy nevezetes évfordulójának ünnepét.
- Szorgalmazták a vezetőség és munkásság részvételével a különböző üzemi, egészségügyi, jóléti, szabadidő, vigalmi bizottságok alakítását.
- Szorgalmazták a munkás sportéletet biztosító intézkedéseket. A munkások körében sportversenyeket (pl. futball, sakk) szerveztek.
- Felébresztették a munkások esztétikai érzékét, a munkakörnyezetet (falak, gépek, csővezetékek, munkaasztalok) átmázoltatták hangulatjavító, vidám színekre. A munkahelyen virág és díszítési versenyt szerveztek. Az étkezőbe gramofont állítottak be.
- A munkásnők és munkás feleségek körében délutáni egyéni és csoportos oktatást szerveztek a helyes családi életmód, a gyermeknevelés, a higiénia, a takarékos házvezetés, a helyes táplálkozás, az egészséges lakókörülmények fontosságáról. (Áfra 1943, Budinszky 1942, Herczegné 1941, Kovács 1941,

Petrányi 1941, Rottenbiller 1941, Szalayné 1947, Tekál 1941, Vittnyédy 1948, Vörös és Csaplár 1947)

Kulturális feladatkörükbe a következők sorolhatók:

- Továbbképző-, ismeretterjesztő előadásokat, tanfolyamokat szerveztek (pl. főzőtanfolyam, kézimunka tanfolyam, stb.)
- Munkások szabadidejének megszervezéséhez – a dolgozók szabadidejének helyes felhasználásához – tanácsokat adtak, programokat szerveztek.
- A munkások pihenése, rekreálódása érdekében üdülőhelyeket, sporttelepet létesítettek. Intézték az üdülőhelyre a beutalásokat.
- Ünnepeket, bálokat (pl. karácsonyi, farsangi, stb.), és kirándulásokat szerveztek. (Áfra 1943, Budinszky 1942, Petrányi 1941, Szalayné 1947, Vittnyédy 1948, Vörös és Csaplár 1947)

A felkutatott primer szakirodalom alapján a gyárgondozónői feladatrendszer a gyári orvosi intézménytől függetlenül jött létre, ezért az alá-fölérendelt viszony a két rendszer között egyáltalán nem volt jellemző. Dr. Tímár Lajosné gyárgondozónő publikációjában megemlíti azt is, hogy *„több esetben az újonnan alkalmazott gyárgondozónő javaslatára létesült gyárorvosi rendelő”*. A munkások egészségének védelme érdekében tehát a gyári orvos és a gyárgondozónő együttműködése, team munkája nélkülözhetetlen volt. A gyárgondozónő preventív munkáját hatékonyan segítette, hogy a gyári orvos által végzett felvételi, illetve időszakos orvosi vizsgálatokon részt vett és így első kézből szerzett információt az egyének egészségi állapotáról, a szükséges további szakorvosi vizsgálatáról. Összességében megállapítható, hogy a gyárgondozónő és a gyári orvos munkája elsősorban az orvosi rendeléseken vált közös munkává. (Baloghy 1941, Jankovich 1941, Tímárné 1941)

A gyárgondozónők tevékenységének elfogadását, a munkások beléjük vetett bizalmát jól szemlélteti, hogy 1941-ben 11 hónap alatt a munkások közel 4000 esetben fordultak egészségügyi kérdéssel egy vidéki gyárban alkalmazott gyárgondozónőhöz. (Tímárné 1941) Balesetmegelőző munkájuk eredményeképp pedig megállapítást nyert, hogy a balesetek arányszáma 20-30%-os esést mutatott azokban az intézményekben, ahol

gyárgondozónót alkalmaztak. Az OTI balesetelhárítási pályázatán 1940-ben egy gyárgondozónó még díjat is nyert. De volt olyan gyárgondozónó is, aki védőeszközt készített, találmányát pedig a textilgyár szabadalmaztatta és ezt a szabadalmat még külföldről is megvették. Ezen felül jelentősen javultak a „műhelyegészségügyi” viszonyok, a munkáscsaládok erkölcsi, egészségügyi és műveltségi helyzete felemelkedett. (Áfra 1943, Kasitzné 1941)

Meg kell említenem azt is, hogy a gyárgondozónók fenti eredmények elérésében túlnyomó részben csak önmagukra számíthattak. A gyárak egy része csak szeretne volna dokumentáltatni velük, hogy a gyár a jogszabályokban előírt követelményeknek eleget tesz, ellenben a valóságban nem akartak túl sok erőforrást a kötelezettségeikre fordítani. Mindemellett a munkásság persze jelentős eredményeket és teljesítményeket várt el a gyárgondozónóktól. Dr. Hilscher Rezső előzőek miatt úgy ítélte meg, hogy *„Az a körülmény, hogy a gyárgondozónókat foglalkoztató üzemekben a munkásság a tevékenységüket értékeli és irányukban bizalommal viseltetik, a gyárgondozónó hivatottságát bizonyítja.”* (Hilscher 1941)

A gyárgondozónók együttműködése más szakemberekkel

A gyárgondozónók a gyárban végzett tevékenységeik során szorosan együttműködtek a gyári orvossal, a személyzeti ügyintézőkkel, a biztonsági mérnökkel, az üzemi védőnőkkel, az üzemi étkezde személyzetével. Dr. Batiz Dénes megállapítása szerint, míg a felsorolt munkakörök jól körülhatárolhatóak, *„addig a gyárgondozónó sokirányú munkásságával mintegy átfogja az egész tevékenységi kört”*, s mindeközben egyéb önálló tevékenységeket is ellát. (Batiz 1941)

A gyárgondozónók tevékenységének eredményeiről elismerően nyilatkoztak az iparegészségügy, közegészségügy más szakemberei is. A gyári orvosok és a gyárgondozónók együttműködéséről Dr. Jankovich Adél a következőket fogalmazta meg 1941-ben: *„A gyári orvos működését igen megkönnyíti, ha gyárgondozónó is van alkalmazva az üzemben. Sőt: a kettő egyenesen feltételezi egymást és egymás nélkül eredményes munkásságuk el sem képzelhető.”* (Jankovich 1941) Az Országos Társadalombiztosító Intézet egészségvédelmi munkája és a gyárgondozónó tevékenysége közötti kapcsolatról Dr. Petrányi Győző előadásában azt hangsúlyozta,

hogy „A gyárgondozónő az OTI egészségvédelmi munkájának nélkülözhetetlen kiegészítője, ezért a gyárgondozónői intézménynek minél szélesebb körű kiépítését és az OTI egészségvédelmi munkájába való szoros bekapcsolódását feltétlenül szükségesnek tartom.”. (Petrányi 1941) A gyárgondozónő által végzett környezettanulmány tapasztalatainak felhasználása a munkások egészségének védelméhez kitűnő lehetőségeket rejt magában, éppen ezért Dr. Rottenbiller Alajos szerint a gyárgondozónő „munkája aranyhíd lesz a munkásotthon, a család, illetve a gyár vezetősége között.”. (Rottenbiller 1941)

A gyárgondozónők anyagi-, szakmai- és társadalmi megbecsültsége

Szakirodalmi kutatásaim során a gyárgondozónői szolgálatról, a gyárgondozónői képzésről több hazai sajtóközleményt és szócikket is találtam 1937-től kezdődően. A különböző cikkek mindegyikében elismerően számolnak be a gyárgondozónői intézményrendszer kiépüléséről, ezzel is növelve a gyárgondozónői hivatást választók szakmai és társadalmi elismertségét az ország egész területén. A gyárgondozónők képzésével kapcsolatban kihangsúlyozásra került, hogy milyen szerteágazó ismeretekre tesznek szert a tanfolyam ideje alatt a hallgatók, illetve az is, hogy a legkiválóbb előadók oktatják őket. A gyárgondozónői tevékenységre vonatkozóan kiemelték a preventív szemléletet, mely a leghatékonyabban segíti elő a munkásság egészségének védelmét. („A gyárgondozónők sikeres munkája...” 1943, „A gyárgondozónő egészségvédelmi szerepe” 1944, „Kisanyák és gondozónők szolgálatban” 1944) Az új intézményrendszer hatásosságának elismeréseként a kor meghatározó folyóirata, a Tolnai Világlapja „A gyárgondozónő mesél...” címmel interjút is készített egy már elhelyezkedett gyárgondozónővel. („A gyárgondozónő mesél” 1937) De vidéki napilapban is tettek közzé népszerűsítő sajtóközleményt. („A gyárgondozónői szolgálat” 1937)

Az Országos Közegészségügyi Intézettel együttműködve 600 fős hallgatóság előtt került ismertetésre a gyárgondozói intézményrendszer. A rendezvényen elhangzott előadások az „Egészség” folyóirat tematikus lapszámában jelentek meg 1941-ben. (12. melléklet) A gyárgondozónők szakmai megbecsültségét fémjelzi, hogy az Országos

Közegészségügyi Intézet rendes taggá fogadta a már aktívan dolgozó gyárgondozónőket és rendkívüli taggá a gyárgondozónő jelölteket. (Baloghy 1942)

A gyárgondozónői képzés megalapítóját, Dr. Baloghy Máriát 1942-ben a Magyar Rádió riportere Budinszky Sándor is felkereste és „Anyai szív a gyárban” címmel interjút készített vele az iskoláról és az iskolákban végzett hallgatók munkájáról. A 2x5 percben leadott rádióinterjú szövege a Budapest Fővárosi Levéltárban megtalálható, azonban az MTVA Archívum és Tartalomkereskedelmi Igazgatóság 2013. november 22-én adott tájékoztatása szerint a hangfelvétel *„minden valószínűség szerint az idők folyamán megsemmisült”*. (Baloghy 1943, Budinszky 1942) Szintén ebben az évben Dr. Baloghy Mária szerette volna elérni, hogy a Gyárgondozónői Egyesület alapszabálya elfogadásra kerüljön. (Baloghy 1943)

Sajnos arra vonatkozóan nem találtam információt, hogy a Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága 764/1940. kgy. számú határozatával elfogadott és a M. Kir. Belügyminiszter által jóváhagyott, a gyári gondozó szolgálat megszervezéséről szóló szabályrendeletet mikor helyezték hatályon kívül. Annyi bizonyos, hogy a II. világháború után az Egészségügyi Alkalmazottak Szabad Szakszervezetén belül már külön Üzemi gondozónői szakcsoport működött, melynek elsődleges célja a gyárgondozónők munkaviszonnyal kapcsolatos érdekeinek előmozdítása és megvédése volt. A szakszervezet Üzemi gondozónői szakcsoportja szükségesnek tartotta valamilyen szabályozás kialakítását. Ezért 1948. február 28-án a Magyar Gyáriparosok Országos Szövetsége, mint munkáltatói érdekképviselő és az Egészségügyi Alkalmazottak Szabad Szakszervezete, mint munkavállalói érdekképviselő kollektív szerződést kötött a gyárgondozónők alkalmazására, bérkérdésére, illetve a munkaidejük (a munkanapjuk) hosszára vonatkozóan. A Magyar Országos Levéltárban a Goldberger Sám. F. és Fiai Rt. gyárgondozónője levelezései között lelhető fel a hivatkozott kollektív szerződés, mely többek között szabályozza a gyárgondozónők létszámát is az ellátandó munkavállalók létszámához viszonyítva. (5. táblázat) (MGYOSZ és EASZSZ 1948)

**5. táblázat: A gyárgondozónők létszámának meghatározása az ellátandó munkavállalói létszámokhoz viszonyítva 1948-ban
(Forrás: MGYOSZ és EASZSZ 1948)**

Munkavállalók létszáma	Gyárgondozónők létszáma
500-2000	1
2000-5000	2
5000-10000	5
10000 felett	10

A kollektív szerződés a munkáltató kötelezettségeként előírta a megfelelő helyiség biztosítását a gyárgondozónő számára, ahol a munkavállalók felkereshetik. Munkaidő tekintetében pedig rögzítésre került, hogy a gyárgondozónők heti 48 órában végzik tevékenységüket. A túlmunka elrendelésére adott iránymutatás alapján maximum heti 4 napon és naponta legfeljebb 2 óra időtartamban rendelhetek el túlórákat a gyárgondozónő számára, tehát a munkaidő a heti 56 órát nem haladhatta meg. (MGYOSZ és EASZSZ 1948)

Napjainkban a kollektív szerződésekben nem szokás a bérekre vonatkozóan megállapodást kötni, ezzel szemben az 1948. évi kollektív szerződés rögzítette a gyárgondozónők bérezését, előmeneteli szabályait, különbséget téve a gyárgondozónői tanfolyammal nem rendelkezők (300-400,- Ft/hó) és rendelkezők (380-570,- Ft/hó), illetve a vezető gyárgondozónői státuszt betöltők (550-670,- Ft/hó) bérében. Előzőeken túlmenően pótlékrendszert is bevezetett az ellátandó munkavállalók létszámához viszonyítva. Mint azt az előzőekben ismertettem minimum 500 fő munkavállalót látott el egy gyárgondozónő. Pótlék abban az esetben illette meg, ha 500 főnél több munkavállaló tartozott az ellátási körébe. Ekkor a minimális 500 munkavállalón felül minden további 500 munkavállaló után fizetése 5%-ának megfelelő összeg illette meg az alaplábán felül. A természetbeni juttatások tekintetében a kollektív szerződés előírta, hogy a gyárgondozónőt évente egy munkaruha illeti meg, továbbá amennyiben rendszeresen a gyártelepen kívül is foglalkoztatják érvényes arcképes villamosbérlet. (MGYOSZ és EASZSZ 1948)

A 764/1940. kgy. számú határozattal elfogadott a gyári gondozó szolgálat megszervezéséről szóló szabályrendelet és a MGYOSZ és EASZSZ között 1948-ban

megkötött kollektív szerződés áttanulmányozása után megállapítottam, hogy mindkettő azonos tárgykört tartalmazott. (BSZTB 764/1940 kgy. határozat, MGYOSZ és EASZSZ 1948)

4.2. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményei

A minta bemutatása átfogó elemzéssel történik. A különböző foglalkozás-egészségügyi ellátási formákban (alapszolgálatban, központban és szakellátó helyen) alkalmazott ápolók jellemzőit külön-külön is, valamint a teljes mintára vonatkozó adatokat összesítve is bemutatom a 13. mellékletben található táblázatban.

Szocio-demográfiai adatok

A vizsgált mintában a nemek megoszlása egyenetlen, mely nem meglepő, hiszen a hazai ápolói pályára jellemző a női nem dominanciája. Jelen mintában is abszolút női túlsúlyról beszélhetünk: a minta 97,4%-a nő, 2,6%-a férfi. A válaszadók átlagéletkora 44,6 év (SD: 8,78, st.error: 0,47). Az összes válaszadó életkorának helyzeti középértéknek számolt életkora (medián) 44 év. Az alapszolgálatban dolgozók életkorának helyzeti középértéke 45 év, a központban dolgozóké 42 év, míg a szakellátó helyen lévőké 43,5 év volt. A kérdőívben ugyan születési dátumra kérdeztem rá, de a megadott adatokat később hat korcsoportba soroltam. A huszonéves és a harmincéves korosztály (18–25 évesek: 2,6%; 26–30 évesek: 2,6%), illetve a 61 évesek vagy idősebbek (2,6%) egyforma arányban töltötték ki a kérdőívet. A minta közel felét (43,3%) a 41-50 év közöttiek tették ki. A középkorúak aránya (31-40 év) 25,6%, míg az 51–60 éveseké 23,3% volt. A vizsgálatban szereplő legfiatalabb ápoló 23, a legidősebb 66 éves.

A válaszadók több mint fele (65,4%) foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatban dolgozik, több mint egynegyede (26,2%) foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyen, 8,4% pedig foglalkozás-egészségügyi központban. A válaszadók átlagosan 15,9 éve (Min: 0,2; Max: 43, SD: 10,32, st.error: 0,55) dolgoznak foglalkozás-egészségügyi szakterületen. Az összes válaszadó foglalkozás-egészségügyi szakterületen töltött

munkaviszonyának helyzeti középértéknek számolt ideje (medián) 14 év. Az alapszolgálatban dolgozók szolgálati idejének helyzeti középértéke 13 év, a központban dolgozóké 12 év, míg a szakellátó helyen lévőké 15 év volt. Jelenlegi munkahelyükön átlagosan 12 éve (Min: 0,2; Max: 40, SD: 10) dolgoznak. A kérdezettek aktivitási státuszát tekintve jelenleg 5,8%-uk dolgozik nyugdíj folyósítása mellett.

A munkavégzés helye szerint a mintában lévő személyek mintegy fele városban dolgozik (48%), egy negyedük (25%) a fővárosban, míg 19,5%-uk megyei jogú városban. A mintánkban a tevékenység jellegének megfelelően alacsonyabb arányban vannak a községekben dolgozók (7,6%). Régiók szerint a legtöbben Közép-Magyarországon dolgoznak (34,6%). A válaszadói arány a többi régióból közel azonos mértékű volt (Dél-Dunántúl 7%, Közép-Dunántúl 10,5%, Nyugat-Dunántúl 10,2%, Észak-Alföld 13,7%, Dél-Alföld 13,7%) és Észak-Magyarország 10,5%).

Ami a foglalkoztatás jellegét illeti, a válaszadók – a 2003. évi LXXXIV. törvényben foglaltaknak megfelelően – különböző jogviszonyokban végezhetnek egészségügyi tevékenységet. A válaszadók fele (53,2%) munkaviszonyban alkalmazott, közalkalmazottként 38,7 %-uk dolgozik, egyéni egészségügyi vállalkozó 3,5%-uk, a más jogviszonytípusban történő foglalkoztatás ritka (társas vállalkozás tagja 1,5%; közszolgálati és szolgálati jogviszonyban foglalkoztatott 1,2-1,2%; szabadfoglalkoztatás keretében dolgozik 0,9%). Az alapszolgálatban foglalkoztatottak jellemzően (62,2%) munkaviszony típusú jogviszonyban állnak alkalmazásban. Ezzel szemben a foglalkozás-egészségügyi központokban és szakellátó helyeken a közalkalmazotti jogviszonyban történő foglalkoztatás a jellemző (58,6% és 58,9%).

A jogviszony időtartama szerint a szakdolgozók 90,7%-a határozatlan idejű jogviszonyban foglalkoztatott, csupán 6,1%-uk rendelkezik határozott idejű szerződéssel. Ugyanakkor a válaszadók 3,2%-a nem tudja, hogy jogviszonya milyen időtartamra szól. A központokban nagyobb mértékű a határozott idejű munkaszerződéssel foglalkoztatottak aránya.

A foglalkoztatás jellegét tekintve teljes munkaidősnek (heti legalább 40 órában foglalkoztatottnak) vallja magát a szakdolgozók 80,8%-a, közülük 5,8% jelezte, hogy heti 40 óránál magasabb óraszámban (heti 41-70 óra) áll alkalmazásban. A válaszadók 19,2%-a részmunkaidős (heti 5-30 órában alkalmazott). A teljes és részmunkaidős foglalkoztatások arányát megvizsgálva nem tapasztalható jelentős eltérés a különböző ellátási formákban.

A válaszadóknak csak a fele (54%) végez jelenlegi munkahelyén *kizárólag* foglalkozás-egészségügyi ápolói tevékenységet. 46%-uk a foglalkozás-egészségügyi ápolói tevékenységen kívül más tevékenységet is végez munkaidejében a munkáltató utasításának megfelelően. Ez utóbbin belül 18%-uk jelölte meg azt, hogy különböző a járóbeteg-szakellátáshoz tartozó rendelőkben (pl. belgyógyászat, nőgyógyászat, ortopédia, stb.) kell asszisztensi tevékenységet végezniük. 16%-uk pedig házi orvos mellett lát el szakápolói feladatokat. A fennmaradó 12%-ban többen gyógymasszőri, orvosírmoki, recepciósi feladatokat is megjelöltek.

Képzettségi és továbbképzési adatok

Mint azt az 1.2.3 alfejezetben már ismertettem a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3.§-a meghatározza, hogy milyen képesítési feltételek mellett alkalmazható egy egészségügyi szakdolgozó foglalkozás-egészségügyi szakterületen ápolói feladatok végzése céljából. A kérdőív 20. számú, „*Rendelkezik-e a jogszabály által a foglalkozás-egészségügyi területre előírt szakirányú szakképesítéssel?...*” kérdéssel, arra kerestem a választ, hogy vajon az ápolók tisztában vannak-e a fenti jogszabályi előírással, saját végzettségük alapján megfelelő kategóriába sorolják-e magukat. A helyes besorolás érdekében megadtam a kérdés alatt a vonatkozó jogszabály alapján elfogadható képesítéseket. A következő, 21. számú kérdésben pedig kértem, hogy a felsorolt konkrét végzettségek közül válasszák ki azokat, melyekkel rendelkeznek. A 21. kérdésre adott válaszok alapján én is elvégeztem a végzettségek kategorizálását (szakirányú képesítéssel rendelkezik/nem rendelkezik/folyamatban van). A résztvevők válaszai és az általam végzett besorolás összevetésekor 15%-os eltérést tapasztaltam. A további részletes elemzésekor arra derült fény, hogy sokan – tévesen – úgy értelmezik a fenti jogszabályt, hogy a szakirányú képesítési előírás alól teljesen mentesülnek az általános ápolói, illetve

általános asszisztensi végzettséggel rendelkezők, és ezért válaszadáskor azt jelölték be, hogy rendelkeznek a jogszabályban előírt szakirányú végzettséggel. Csupán a felmérésben résztvevők 5%-a válaszolta végzettségének megfelelően azt – helyesen –, hogy nem rendelkezik szakirányú szakképesítéssel. Ennek megfelelően tehát összesen a válaszadók 18,1%-a dolgozik szakirányú szakképesítés nélkül, kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítéssel úgy, hogy közülük jelenleg egyikük sem folytat tanulmányokat annak érdekében, hogy szakirányú végzettséget szerezzen, ugyanakkor a kérdőívben adott nyilatkozataik szerint jelenlegi munkahelyeiken heti 40 órában, munkaviszony típusú jogviszonyban már több éve (átlag: 11 év; min: 0,1 év; max: 32 év) dolgoznak.

A vonatkozó hatályos jogszabályban előírt szakirányú szakképesítések valamelyikével tehát a válaszadó ápolók 78%-a (269 fő) rendelkezik, közülük 158 főnek van üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettsége. Az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő speciális végzettség meglétét elemezve megállapítottam, hogy a válaszadók 54,1% (186 fő) nem rendelkezik e végzettségek egyikével sem. Az ápolók 9,3%-a rendelkezik üzemi ápolói végzettséggel, és 36,6%-uk pedig foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítéssel. A válaszadók további 1,7%-a (6 fő) jelezte, hogy valamely szakirányú szakképesítésének megszerzése már folyamatban van.

A legmagasabb ápolói alapvégzettséget vizsgálva azt találtam, hogy a válaszadók 38,7%-ának általános ápoló, általános asszisztensi, 12,2%-ának felnőtt szakápolói, 38,4%-ának OKJ ápolói, 10,8%-ának pedig felsőoktatási intézményben szerzett ápolói képesítése van. A felsőfokú képzésben részt vettek aránya magasabb az alapszolgálatokban (13,3%) és központokban (10,3%), mint a szakellátó helyeken (4,4%).

A teljes mintára vonatkozóan Pearson-féle Khi-négyzet próbával vizsgáltam, hogy a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3.§ (4) bekezdésben előírt végzettség megléte és az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) között van-e összefüggés. Ezzel kapcsolatban a következő nullhipotézist fogalmaztam meg: Az ápolók

jogszabályban előírt szakmai képzettségének megléte és az ápoló alkalmazásának helye között nincs összefüggés. A nullhipotézis elvetése esetén, szignifikáns összefüggés állapítható meg az ápolók jogszabályban előírt szakmai képzettségének megléte és az ápoló alkalmazásának helye között.

A 6. táblázatban látható, hogy van kapcsolat a két változó között. A 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3.§ (4) bekezdésben előírt végzettség megléte statisztikailag szignifikáns összefüggést mutat a szakterülettel ($p < 0,001$), és erős a kapcsolat a két ismérv között ($V = 0,326$). A kapott adatok alapján megállapítható, hogy a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatban alkalmazott ápolók közül jóval magasabb azoknak az aránya, akik rendelkeznek a hivatkozott jogszabályban meghatározott képesítési követelményekkel. Ugyanakkor a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek esetében azt találtam, hogy az ápolók közel fele nem felel meg a jogszabályban meghatározott képesítési követelményeknek.

6. táblázat: A jogszabály által előírt képesítési követelmény megléte és a szakterület Khi-négyzet eloszlása és a kapcsolat erőssége (N=344)

Foglalkozás-egészségügyi szakterület	27/1995. NM rendelet 3.§ (4) bek. szerinti végzettség		Összesen (N=344) n (%)	χ^2	df	p	V
	van (N=276) n (%)	nincs (N=68) n (%)					
alapszolgálat	202 (73,2)	23 (33,8)	225 (65,4)	38,48	2	<0,001	0,326
központ	20 (7,2)	9 (13,2)	29 (8,4)				
szakellátó hely	54 (19,6)	36 (52,9)	90 (26,2)				

Pearson-féle Khi-négyzet próbával azt is megvizsgáltam, hogy az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő speciális végzettség megléte és az ápolók legmagasabb ápolói alapvégzettsége, illetve az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) között van-e összefüggés. Ezzel kapcsolatban a következő nullhipotéziseket fogalmaztam meg:

- Az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő speciális végzettség megléte és az ápolók legmagasabb ápolói alapvégzettsége között nincs összefüggés.

- Az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő speciális végzettség megléte és az ápoló alkalmazásának helye között nincs összefüggés.

A fenti nullhipotézisek elvetése esetén, szignifikáns összefüggés állapítható meg az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő speciális végzettség megléte és az ápolók legmagasabb ápolói alapvégzettsége, illetve az ápoló alkalmazásának helye között.

A 7. táblázatban látható, hogy van kapcsolat a fenti változók között. A legmagasabb ápolói alapvégzettség szignifikancia-szintje kisebb ($p < 0,001$), mint az elfogadottnak tekintett 0,05, ezért az a szakirányú specifikus végzettség meglétével statisztikailag szignifikáns összefüggést mutat. A közöttük lévő kapcsolat erősségét mutató érték $V = 0,306$ (30,6%). Az ellátási terület és a szakirányú specifikus végzettség megléte szintén jelentős összefüggést mutat ($p < 0,001$), és a kapcsolat erőssége ez esetben nagyon erős, $V = 0,364$ (36,4%).

7. táblázat: A specifikus (az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) végzettség megléte és az alap ápolói végzettség szintje, illetve a szakterület Khi-négyzet eloszlása és a kapcsolat erőssége (N=344)

		Szakirányú specifikus végzettség		Összesen (N=344) n (%)	χ^2	df	p	V
		van (N=158) n (%)	nincs (N=186) n (%)					
Alap ápolói legmagasabb végzettség	általános ápoló, ált. asszisztens	83 (52,5)	50 (26,9)	133 (38,7)	32,28	3	<0,001	0,306
	felőtt szakápoló	24 (15,2)	18 (9,7)	42 (12,2)				
	OKJ ápoló	38 (24,1)	94 (50,5)	132 (38,4)				
	ápoló (BSc és MSc)	13 (8,2)	24 (12,9)	37 (10,8)				
Foglalkozás-egészségügyi szakterület	alapszolgálat	133 (84,2)	92 (49,5)	225 (65,4)	45,65	2	<0,001	0,364
	központ	7 (4,4)	22 (11,8)	29 (8,4)				
	szakellátó hely	18 (11,4)	72 (38,7)	90 (26,2)				

Ha megvizsgáljuk a 7. táblázaton belüli arányokat, rögtön kitűnik, hogy az általános ápoló, általános asszisztensi, illetve a felőtt szakápolói alapvégzettséggel rendelkezők

között jóval magasabb azoknak az aránya, akik a specifikus (az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) végzettséget megszerezték. Emögött nyilvánvalóan az áll, hogy a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3. § (5) bekezdésében esetükben előírja a foglalkozás-egészségügyi szakápolói (vagy a diplomás ápolói) szakképesítés megszerzését. Ugyanakkor itt is szembevetendő azoknak az aránya, akik e jogszabályi rendelkezésnek nem tettek eleget. Fontosnak tartom kiemelni, hogy annak ellenére, hogy az OKJ ápolók, és felsőfokú végzettségű ápolók képesítését az NM rendelet szakirányúként elfogadja, az e végzettségekkel rendelkezők egy harmada megszerezte a specifikus (az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) végzettséget is.

A 7. táblázat adatai alapján az is megfigyelhető, hogy a központokban és a szakellátó helyeken rendkívül magas (75,9%-80%) azoknak az aránya, akik nem rendelkeznek a ráépülő specifikus végzettséggel. Ezzel szemben az alapszolgálatokban foglalkoztatottak 46,7%-a rendelkezik foglalkozás-egészségügyi szakápolói és 12,4%-a üzemi ápolói végzettséggel, tehát az alkalmazásban lévők kevesebb mint felének (40,9%) nincs specifikus végzettsége. Természetesen felmerül a kérdés, hogy az e csoportba tartozókat mi motiválta a specifikus végzettség megszerzésére, ennek megismerése érdekében érdemes lenne további, részletesebb kutatást folytatni.

Jelen kutatásom során vizsgáltam azt is, hogy a szakterületen dolgozók milyen egyéb végzettségekkel rendelkeznek. A felmérésben részt vett ápolók 43,9% nyilatkozta azt, hogy más egészségügyi szakképesítéssel, vagy szakképzettséggel is rendelkezik. A megadott szakképesítéseket – az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 1. számú mellékletét alapul véve – szakmacsoportokba soroltam. A besorolást követően arra az eredményre jutottam, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók 9,3%-a rendelkezik körzeti közösségi szakápolói végzettséggel, melynek magyarázata lehet, hogy számos házi orvos melléktevékenységként foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást is nyújt. Magas arányt mutat még a gyermek ápolás és gondozás (7,3%), a mozgásterápia és fizioterápia (7%), valamint a sürgősségi ellátás (5,8%) szakmacsoportokba tartozó szakképesítésekkel rendelkezők száma. (14. melléklet)

Kutatásom során vizsgáltam azt is, hogy okoz-e nehézséget az ápolók számára a 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet szerinti továbbképzési kötelezettség teljesítése. A válaszok alapján megállapítottam, hogy az ápolók 58%-ának okoz gondot napjainkban az elméleti továbbképzési pontok összegyűjtése, ennek okaként elsődlegesen a továbbképzési kötelezettség költségei (39%), az információhiányt (21%), valamint a helyettesítés megoldatlanságát (19%) jelölték meg. De gondot okoz számukra az is, hogy lakóhelyükhöz közel nem hirdetnek a szakterületüknek megfelelő továbbképzést (18%), a lakóhelytől távoli továbbképzési lehetőségeken való részvétel pedig utazási, esetleg szállásköltséggel is együtt jár. A szakdolgozók 45,9%-ának (158 fő) egyáltalán nem biztosít a munkáltatója munkaidő-kedvezményt a továbbképzési kötelezettség teljesítéséhez, ők munkaidőn kívül próbálnak továbbképzésre eljutni. A többieknek a munkáltató átlagosan 1-2 napot biztosít évente a továbbképzési kötelezettség teljesítése érdekében. A továbbképzéseken való részvételt anyagilag a válaszadók 19%-a esetében támogatja a munkáltató.

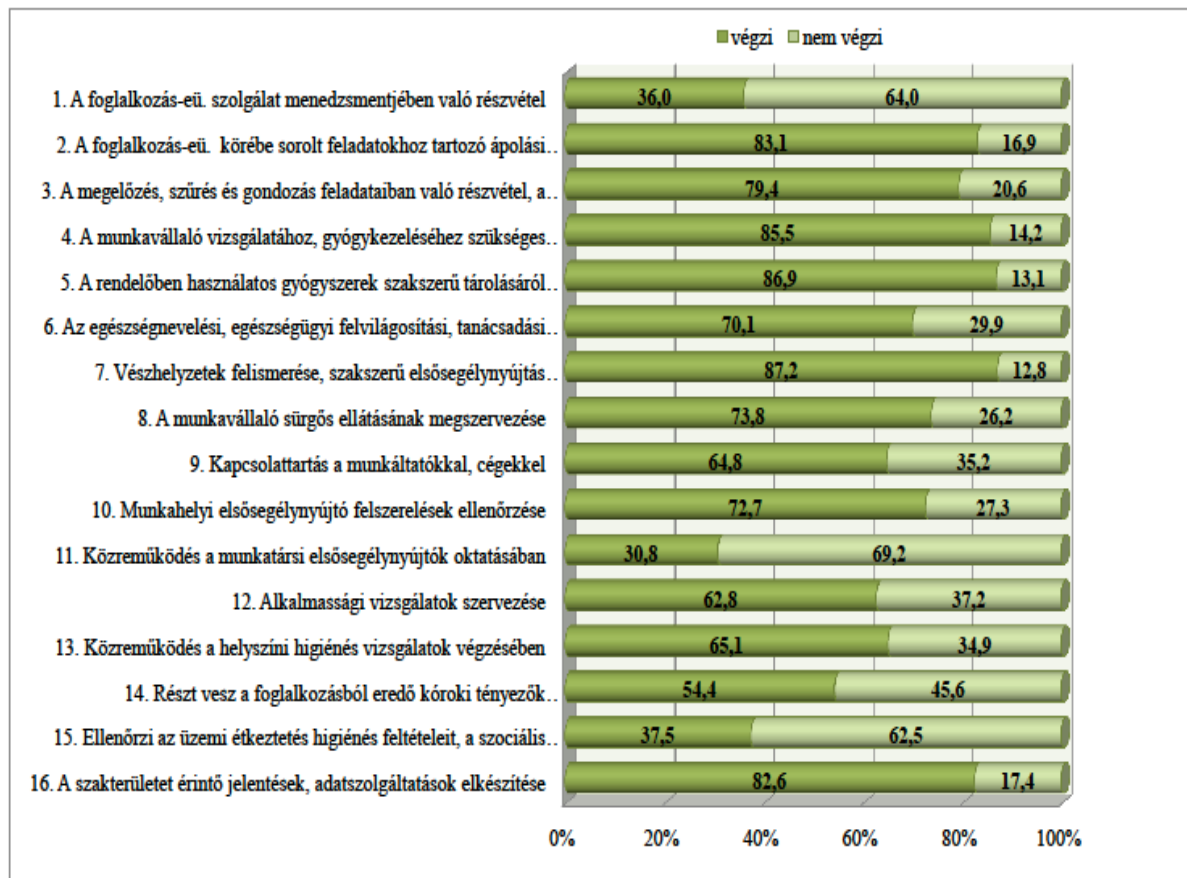
A tevékenység tartalmára vonatkozó kérdések

A szakterületen alkalmazott ápolóknak csak 86%-a rendelkezik személyre szabott munkaköri leírással, mely tartalmazza a feladat-, felelősség- és hatáskörét.

A kutatás egyik fő irányát az eltérő végzettséggel rendelkező ápolók által végzett tevékenységek adta. A kérdőívben összesen 20 tevékenységet soroltam fel, melyek közül önkényesen 16 tevékenységet választottam ki, és az ezekre adott válaszokat elemeztem. Az ápolóknak az egyes tevékenységeknél meg kellett jelölni, hogy végzik-e az adott tevékenységet vagy sem. Minden végzett tevékenység 1 pontot ért, így a maximálisan megszerezhető pontszám 16 pont volt. A teljes minta összpontszámainak átlaga 10,93 pont lett. (15. melléklet) A felmérés eredményei alapján megállapítást nyert, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók tevékenységi köre nem egységes. A teljes mintát elemezve a válaszadók közül mindössze 34 fő (9,9%) nyilatkozott úgy, hogy mind a 16 felsorolt tevékenységet végzi. A klinikai feladatokat átlagosan 70%-uk végzi. A munkaegészségügyi feladatok közül azonban csak a szakdolgozók 37,5%-a ellenőrzi az üzemi étkeztetés közegészségügyi feltételeit,

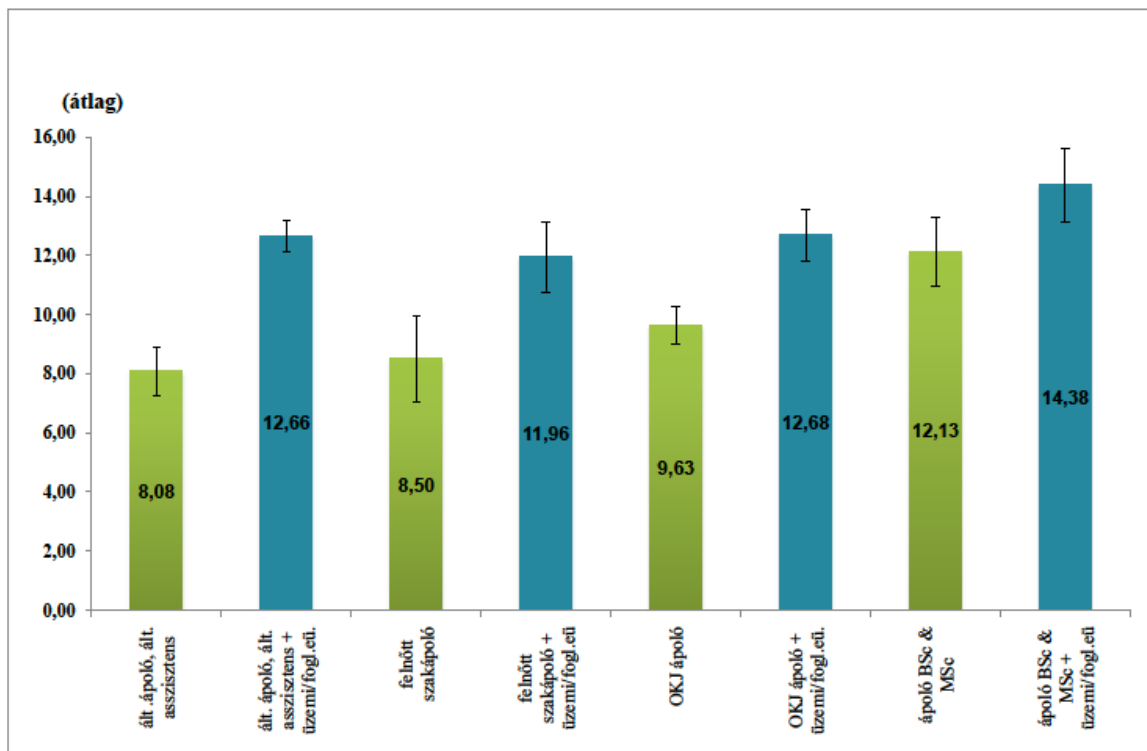
illetve a szociális helyiségek tisztaságát, és kizárólag 54,36%-uk vesz részt a foglalkozásból eredő expozíciós tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, ergonómiai, pszichoszociális) felderítésében. A válaszadó ápolók 79,36%-a végez egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységet. (19. ábra)

Az ápolók feladatkörébe tartozik továbbá a szakterületet érintő jelentések, adatszolgáltatások elkészítése (82,56%), és ezzel összhangban az elektronikus betegnyilvántartási rendszer naprakész vezetése (72,97%). A válaszadók 65%-a szerint az adminisztrációs feladatok elvégzése a munkaidejük több mint felét veszi igénybe, közülük 18% munkaidőn kívüli is végez adminisztrációt, mert a munkaidő alatt az nem végezhető el.



19. ábra: A szakdolgozók által végzett különböző típusú tevékenységek a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban (N=344)

Megvizsgáltam szakképesítésenkénti bontásban (független változók) a fenti tevékenységek végzéséből (függő változók) számított átlagos pontértékeket. Ahogy az a 15. mellékletben található táblázat adatain és a 20. ábrán látható, a felsőfokú ápolói alapvégzettséggel és erre ráépülő foglalkozás-egészségügyi specifikus végzettséggel rendelkező ápolók szignifikánsan magasabb átlagot értek el, mint az alacsonyabb szintű alapvégzettséggel rendelkezők, illetve a ráépülő foglalkozás-egészségügyi specifikus végzettséggel nem rendelkező felsőfokú végzettségű ápolók.



20. ábra: Ápolók által végzett tevékenységek megoszlása végzettség szerinti bontásban (N=344)

Jelen mintában a foglalkozás-egészségügyi specifikus végzettséggel nem rendelkező ápolók a többi specifikus végzettségű kategóriához képest szignifikánsan alacsonyabb átlagértékeket értek el. E szempontból elemezve a konfidencia intervallumok nem fednek át, ezért ezen eredmények általánosíthatóak a populációra. Az egyes végzettségek szerinti bontásban szemléltető táblázatból az alábbiak emelhetők ki:

- azok az ápolók, akik felsőfokú ápolói alapvégzettséggel és erre ráépülő foglalkozás-egészségügyi specifikus végzettséggel rendelkeznek, sokkal több tevékenységet végeznek el (Átlag: 14,38; CI: 13,13-15,64);
- azok az általános ápolói, általános asszisztensi végzettséggel rendelkező ápolók, akik megszerezték az üzemi ápolói, vagy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséget is ugyanolyan átlagot (Átlag: 12,66; CI: 12,14-13,18) értek el, mint akik az OKJ ápoló végzettségre ráépülve szereztek specifikus végzettségek (Átlag: 12,68; CI: 11,83-13,54);
- azok az ápolók, akik általános ápolói, általános asszisztensi végzettséggel rendelkeznek, a jelen kutatásban meghatározott 16 ápolói tevékenységnek csak a felét látják el (Átlag: 8,08; CI: 7,26-8,9).

További, keresztábra-elemzés elvégzésével arra kerestem a választ, hogy a szakképesítés (független változók) és a fenti tevékenységek (függő változók) végzése között milyen összefüggés van. Ezzel kapcsolatban a következő nullhipotézist fogalmaztam meg: Az ápolók szakmai képzettsége nincs hatással az egyes ápolói tevékenységek végzésére. A nullhipotézis elvetése esetén, szignifikáns összefüggés állapítható meg az ápolók szakmai képzettsége és az egyes ápolói tevékenységek végzése között.

A szakképesítések alapján 3 csoportot képeztem a válaszadók egészségügyi végzettsége szerint. A speciális ismerettel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápoló és üzemi ápoló végzettségűek kerültek az első kategóriába. A egészségügyi főiskolai végzettséggel és emeltszintű OKJ alapvégzettséggel rendelkező ápolók összevontan képezték a második kategóriát. Míg a harmadik kategóriába azon válaszadókat soroltam, akik általános ápoló, általános asszisztens végzettségűek, és ezért a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet alapján előírt magasabb végzettség megszerzésére kötelezettek.

A statisztikai próba elvégzése után azt az eredményt kaptam, hogy a szakképesítés típusa jelentősen befolyásolja a végzett ápolói tevékenységet. Tehát attól függően, hogy milyen végzettséggel rendelkezik a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban alkalmazott ápoló, más-más valószínűséggel végzi az egyes feladatokat. (16. melléklet) Szignifikáns

és kifejezetten erős kapcsolatot mutattam ki a szakképesítés típusa és a végzett ápolói tevékenység között az alábbiaknál:

- kapcsolattartás a munkáltatókkal, cégekkel ($\chi^2=73,25$; df:2; $p<0,001$; $V=0,461$),
- alkalmassági vizsgálatok szervezése ($\chi^2=114,89$; df:2; $p<0,001$; $V=0,578$),
- a szakterületet érintő jelentések, adatszolgáltatások elkészítése ($\chi^2=73,33$; df:2; $p<0,001$; $V=0,462$),
- részvétel a foglalkozásból eredő kóroki tényezők felderítésében ($\chi^2=47,63$ df:2; $p<0,001$; $V=0,372$),
- az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, tanácsadás ($\chi^2=34,45$; df:2; $p<0,001$; $V=0,317$),
- az üzemi étkeztetés higiénés feltételeinek, a szociális helyiségek ellenőrzése ($\chi^2=33,23$; df:2; $p<0,001$; $V=0,311$).

Szignifikáns és közepes vagy közepesen erős kapcsolatot találtam a szakképesítés típusa és az alábbi ismérvek között:

- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat menedzsmentjében való részvétel ($\chi^2=25,88$; df:2; $p<0,001$; $V=0,274$),
- a foglalkozás-egészségügyi ellátás körébe sorolt feladatokhoz tartozó ápolási tevékenységek végzése ($\chi^2=20,58$; df:2; $p<0,001$; $V=0,245$),
- a megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett munkavállalók előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása ($\chi^2=21,37$; df:2; $p<0,001$; $V=0,249$),
- a rendelőben használatos gyógyszerek szakszerű tárolásáról, kezeléséről való gondoskodás ($\chi^2=17,77$; df:2; $p<0,001$; $V=0,228$),
- sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetben - amikor az orvos kihívására nincs lehetőség - a mentőszolgálat útján a beteg sürgős ellátásának megszervezése ($\chi^2=14,61$; df:2; $p<0,001$; $V=0,206$),
- közreműködés a munkatársi elsősegélynyújtók oktatásában ($\chi^2=19,92$; df:2; $p<0,001$; $V=0,241$),
- közreműködés a helyszíni higiénés vizsgálatok végzésében ($\chi^2=21,23$; df:2; $p<0,001$; $V=0,248$).

Szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolat került kimutatásra a szakképesítés típusa és az alábbi tevékenység végzése között:

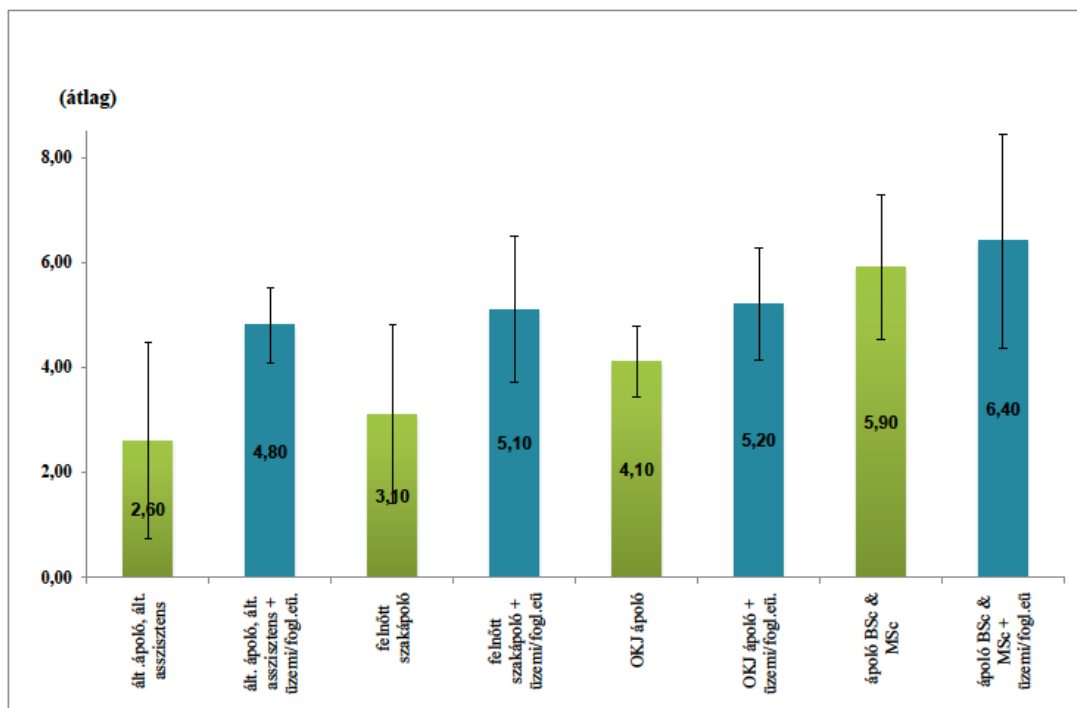
- a munkavállaló vizsgálatához, gyógykezeléséhez szükséges eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról való gondoskodás ($\chi^2=13,59$; $df:2$; $p<0,001$; $V=0,199$).

A szakképesítés típusa és a veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén az elsősegélynyújtás szakszerű megkezdése, illetve a munkahelyi elsősegélynyújtó felszerelések ellenőrzése közötti szignifikancia-szint magasabb ($\chi^2=4,71$; $df:2$; $p=0,095$ és $\chi^2=1,32$; $df:2$; $p=0,518$), mint az elfogadottnak tekintett 0,05, ezért e változók elemzése nem hozott szignifikáns eredményt.

Vizsgáltam azt is, hogy a szakképesítés (független változók) és az ápoló által végzett egészségnevelő tevékenységek (függő változók) végzése között milyen összefüggés van. Ezzel kapcsolatban a következő nullhipotézist fogalmaztam meg: Az ápolók szakmai képzettsége nincs hatással az egészségnevelő tevékenységek végzésére. A nullhipotézis elvetése esetén, szignifikáns összefüggés állapítható meg az ápolók szakmai képzettsége és az egészségnevelő tevékenység végzése között.

A témaköröket tekintve három csoportot képeztem: (1) életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben, (2) krónikus betegségekhez köthető életmódi témakörökben, illetve (3) a munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben nyújtott tanácsadás, felvilágosítás. A 17. - 22. mellékletekben található összefoglaló táblázatokból az derül ki, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek szinte valamennyi témakörben magasabb arányban végeznek önállóan tanácsadási tevékenységet, mint az ilyen speciális szakirányú végzettséggel nem rendelkező ápolók. Megfigyelhető továbbá, hogy a kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítéssel rendelkezők 50%-a jellemzően nem végez sem önállóan, sem pedig közreműködőként tanácsadási tevékenységet.

Megvizsgáltam a fenti kategóriákba sorolt egészségnevelő tevékenységek önállóan való végzésének gyakoriságát is a válaszadók között. Az életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatban összesen 11 témakört adtam meg a kérdőívben. A teljes mintából mindösszesen 33 fő (9,6%) jelölte meg azt, hogy mind a tizenegy témakörben önállóan végez egészségnevelő tevékenységet. A három leggyakoribb témakör a személyi higiéne (189 fő; 54,9%), az egészséges táplálkozás (171 fő; 49,7%) és az ajánlott szűrővizsgálatok (154 fő; 44,8%). A 17. mellékletben található táblázat adatain és a 21. ábrán látható, hogy szignifikáns különbség mutatkozik a kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi végzettséggel rendelkező ápolók és az ugyanezzel az alapvégzettséggel, de ráépülő specifikus végzettséggel is rendelkező ápolók életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenysége között. Ugyanakkor nem tapasztalható szignifikáns különbség a felsőfokú ápolói végzettséggel rendelkező ápolók és az erre ráépülő specifikus végzettséggel is rendelkezők tevékenysége között. Jelen mintában a konfidencia intervallumok átfednek, ezért ezen eredmények nem általánosíthatóak.

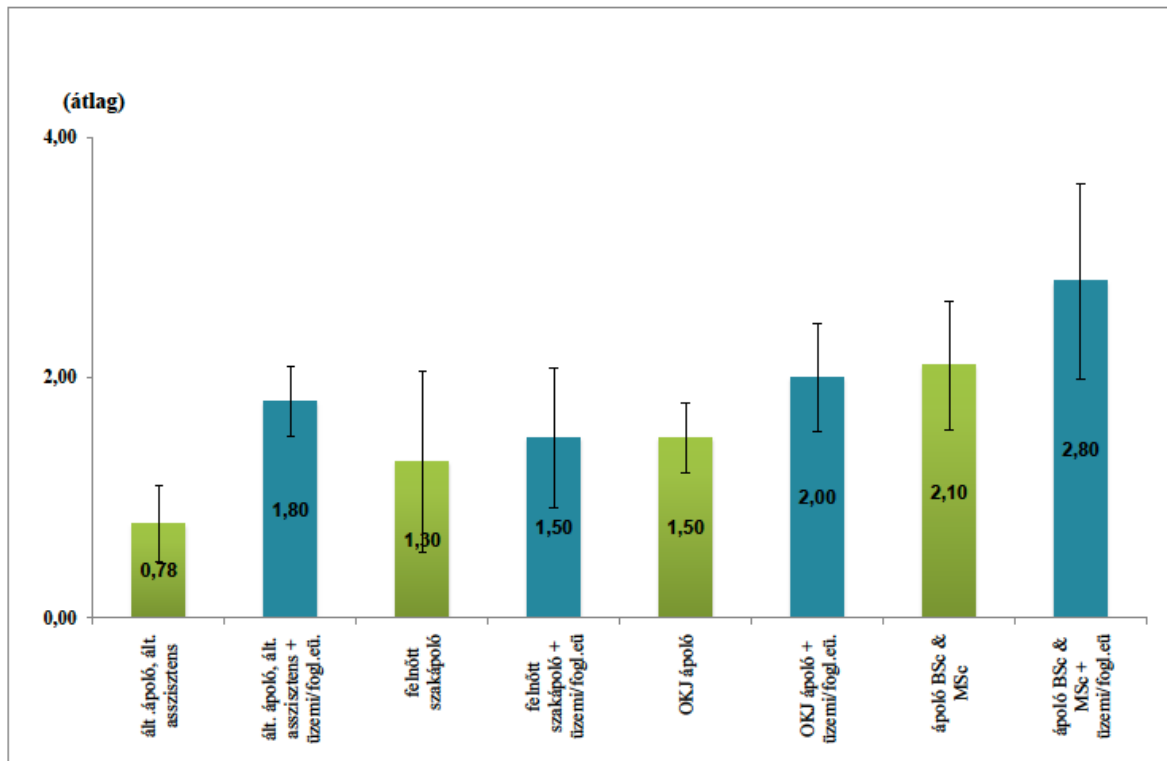


21. ábra: Életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)

A 17. mellékletben található, az egyes végzettségek szerinti bontásban szemléltető táblázatból az alábbiak emelhetők ki:

- azok az ápolók, akik megszerezték az üzemi ápolói vagy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséget, de az alapképzésük nem felsőfokú szintű, közel azonos $5,0 \pm 0,2$ átlagot értek el;
- az alap ápolói képzettség szintjének emelkedéséhez egyre nagyobb önállóság párosul az életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység terén.

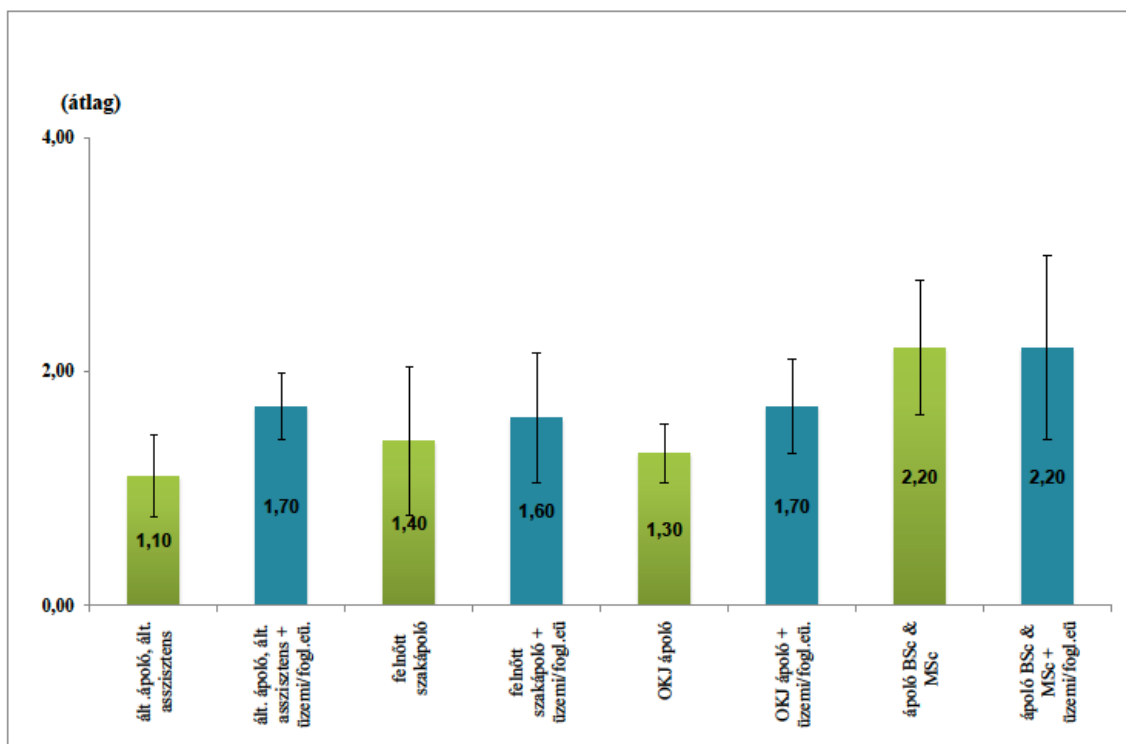
A krónikus betegségekkel kapcsolatos 4 témakörre vonatkozóan a teljes mintából összesen 76 fő (22%) jelölte meg azt, hogy önállóan végez egészségnevelő tevékenységet. A vizsgált témakörök közül önállóan legtöbbször a helyes táplálkozással összefüggésben adnak tanácsot (cukorbetegségekre vonatkozóan: 44,2%, szív- és érrendszeri betegség tekintetében 41,9%). Végzettség szerinti bontásban vizsgálva itt is látható, hogy az alap ápolói képzettség szintjének emelkedéséhez egyre nagyobb önállóság párosul. (22. ábra)



22. ábra: A krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)

Szignifikáns különbség csak a kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi végzettséggel rendelkező ápolók és az ugyanezzel az alapvégzettséggel, de ráépülő specifikus végzettséggel is rendelkező ápolók között mutatkozott. A konfidencia intervallumok átfedése okán az eredmények nem általánosíthatóak. (18. melléklet)

A munkahelyi egészségvédelemmel összefüggésben szintén 4 témakört határoztam meg a kérdőívben. A teljes mintából összesen 63 fő (18,3%) jelölte meg azt, hogy mind a négy témakörben önállóan végez egészségnevelő tevékenységet. A vizsgált témakörök közül önállóan legtöbbször a munkahelyi higiénével kapcsolatban adnak tanácsot (163 fő; 47,4%), ezt követi a védőeszközök használatával kapcsolatos felvilágosítás (137 fő; 39,8%), majd az egészségkárosító tényezőkre vonatkozó útmutatás (123 fő; 35,8%) és a védőoltások tekintetében pedig 102 fő (29,7%).



23. ábra: A munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)

A 23. ábrán jól látszik, hogy az üzemi ápolói vagy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzésben részt vett, de felsőfokú végzettséggel nem rendelkező ápolók

azonos önállósággal bírnak (Átlag: $1,65 \pm 0,05$). Nincs eltérés a felsőfokú képzésben részt vettek (átlag: 2,2; CI: 1,63-2,78) és az erre ráépülő specifikus végzettséggel rendelkezők között (átlag: 2,2; CI: 1,45-3,02). (19. melléklet)

A Pearson-féle Khi-négyzet próba szerint az ápoló szakképesítése és az egyes tanácsadási tevékenységekben való részvétel között valamennyi esetben szignifikáns (df:4; $p < 0,001$) kapcsolat van. (20-22. melléklet)

Mint az a 20. mellékletben található táblázatban jól látható az életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti kapcsolat erősségét vizsgálva a Cramer V együttható közepes vagy közepesen erős erősségű szignifikáns kapcsolatot jelzett az alábbi témaköröknél:

- dohányzásról való leszokás lehetőségei ($\chi^2=61,0$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,298$),
- egészséges táplálkozás ($\chi^2=44,14$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,253$),
- étkezési tanácsok obesitas esetén, testsúlycsökkentő lehetőségek ($\chi^2=58,49$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,292$),
- ajánlott szűrővizsgálatok ($\chi^2=48,86$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,266$),
- a túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei ($\chi^2=43,53$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,252$),
- nők egészségvédelme ($\chi^2=48,38$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,265$),
- stressz, mentális egészség fejlesztése ($\chi^2=55,72$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,285$),
- aktív testedzés, pihenés ($\chi^2=51,99$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,275$).

Szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolat került kimutatásra a szakképesítés típusa és az alábbi témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység végzése között:

- kábítószerrel való leszokás lehetőségei ($\chi^2=26,81$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,197$),
- személyi higiéné ($\chi^2=28,54$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,204$),
- fertőző betegségek terjedésének megelőzése ($\chi^2=27,38$; df:4; $p < 0,001$; $V=0,199$).

A krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti erős, illetve közepesen erős szignifikáns kapcsolatot találtam az alább felsorolt témakörökben (21. melléklet):

- magasvérnyomás betegség megelőzése, kockázati tényezői ($\chi^2=68,22$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,315$),
- étkezési tanácsok szív- és érrendszeri betegség esetén ($\chi^2=65,18$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,308$),
- étkezési tanácsok cukorbetegség esetén ($\chi^2=48,3$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,265$),
- gyógyszereszedés ($\chi^2=43,26$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,251$).

A munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti összefüggés vizsgálata során erős szignifikáns kapcsolatot mutattam ki a védőoltásokkal összefüggő egészségnevelő tevékenység tekintetében ($\chi^2=62,07$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,300$). (22. melléklet) Közepesen erős kapcsolatot pedig a következőknél találtam:

- egészségkárosító tényezők ($\chi^2=39,62$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,240$),
- védőeszköz használata ($\chi^2=31,59$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,214$).

Szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolat van a munkahelyi higiéniével kapcsolatban végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség között ($\chi^2=22,80$; $df:4$; $p<0,001$; $V=0,182$).

5. Megbeszélés

5.1. A hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás eredetvizsgálata eredményeinek megbeszélése

A foglalkozás-egészségügyi ápolás története hosszú évtizedekre nyúlik vissza Európában. A XVIII. században Angliából elindult ipari forradalom hatására a gyáripár rohamos léptekben fejlődött és a gyárakban foglalkoztatott munkások számának növekedése miatt egészségvédelmük megoldása is egyre fontosabbá vált. A Foglalkozás-egészségügyi Szakápolók Európai Szövetségének (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) 2012. évi kutatása és a rendelkezésre álló nemzetközi szakirodalom alapján mindeddig úgy tudtuk, hogy az első foglalkozás-egészségügyi szakápolói jogelőd képzés az Egyesült Királyságban indult. A Royal College of Nursing szervezésében 1934-ben indított hat hónapos képzést követően a végzett növendékek bizonyítványt kaptak. (Baly 1995, Oakley 2008, FOHNEU Education Group 2012)

Jelen kutatás során fellelt szakirodalom, sajtóközlemények, joganyagok és levéltári iratok tanulmányozása után arra az eredményre jutottam, hogy Magyarországon 1933-ban – Európában az elsők között – került bevezetésre a gyárgondozónői intézményrendszer. Bár jelen tanulmány nem részletezi, de a gyárgondozónői intézményrendszer igen nehéz időkben, nagyon rögös utat járt be, miközben Dr. Baloghy Mária személyének köszönhetően rengeteg akadályt és nehézséget sikerrel oldott meg.

Joggal merülhet fel a kérdés, vajon miért „gyárgondozónő” megnevezéssel hozta létre ezt a szakmát Dr. Baloghy Mária, és miért nem „gyárápolónő”-nek nevezte el, hiszen e szakma jelenlegi megnevezésében – foglalkozás-egészségügyi szakápoló – és korábbi elnevezésében – üzemi ápoló – is szerepel az „ápoló” kifejezés. Elgondolkodtató az is, hogy miért jellemezték a gyárgondozónő tevékenységét inkább szociális munkaként és nem egészségügyiként, miközben a gyárgondozói tanfolyam végeztével vöröskeresztes betegápolói bizonyítványt is szereztek a hallgatók.

Fenti kérdésekre az Egészség folyóiratban 1930-ban – a gyárgondozónői tanfolyam létrehozása előtt három évvel – „Az egészségügyi segédzemélyzet kérdéséről” megjelent publikáció adott választ. A női egészségügyi segédzemélyzet kategorizálása, képzési rendszerének kialakítása ekkortájt komoly vitákat eredményezett orvos szakmai körökben. A közleményből a női egészségügyi segédzemélyzet képzésével, tevékenységével kapcsolatban a következőket emelném ki e közlemény alapján. Dr. Szénásy József szerint három főcsoportba osztható az egészségügyi segédzemélyzet: bábák, ápolónők és védőnők. Dr. Johan Béla professzor azon ötletét, hogy az ápoló- és védőnők képzést egységes tanterv alapján kellene megoldani Szénásy nem támogatta. Ennek okaként elsősorban azt hangsúlyozta, hogy míg a védőnő preventív tevékenységet végez és munkája elsősorban szociális, addig az ápoló a kuratív medicina területén áll alkalmazásban. Az ápolók képzésével összefüggésben a közlemény azt is kiemeli, hogy *„semmi szükségünk nincs arra, hogy az ezen a téren mutatkozó furcsa amerikai példát a magyar talajba is átplántáljuk”*, mert a *„túlméretezetten magas képzettségű ápolónők inkább kritikusai, mint segítői a kórházi orvosnak”*. Szénásy azon elképzelését, hogy *„csak az ápolók rendi tömörítése vezethet sikerre és csak egyféle ápolónőre van szükség”* helytállónak találták. Mindezeket megismerve egyértelmű, hogy 1933-ban nem talált volna támogatottságra egy egészségügyi szakosító ápoló képzés. Ráadásul, míg az ápoló tevékenységét, a *„betegek szakszerű kiszolgálása”*-t kuratív jellegűnek tartották, addig a gyárgondozónő feladatköre egyértelműen preventív szemléletű volt. A gyárgondozónő ugyan vöröskeresztes házi betegápolói bizonyítvánnyal rendelkezett, de tényleges otthonápolási feladatokat nem végzett csak tanácsot adott a munkásnőnek, hogyan ápolja beteg családtagjait. Előzőek miatt tevékenysége az akkor szociális munka kategóriába sorolt védőnői tevékenységhez hasonlított leginkább. („Az egészségügyi segédzemélyzet kérdéséről” 1930)

Az 1933-ban indított első gyárgondozónői tanfolyam elindításáért, a folyamatos továbbképzési rendszer megvalósításáért és az intézményrendszer kialakításáért a foglalkozás-egészségügyi szakápolás hazai megalapítójának Dr. Baloghy Mária (Kassa, 1895 – Budapest, 1970) okleveles középiskolai pedagógus, ifjúsági író, fordító, a „Jövő Útjain” c. tanügyi folyóirat felelős kiadója tekinthető. (Gulyás 1940)

Megvizsgálva a gyárgondozónők képzési rendszerét és tevékenységi körét megállapítottam, hogy már 1935 és 1950 közötti időszakban is folyt holisztikus szemléletű közösségi ápolás hazánkban. A megvizsgált elsődleges források alapján világosan látszik, hogy Dr. Balogh Mária korán felismerte az egészségügyi, szociális és kulturális területek összehangolásának fontosságát, e területek egymással való kapcsolatát, egymásra hatását. A képzési rendszert úgy alakította ki, hogy a gyárgondozónők biztos tudással rendelkezzenek későbbi feladataik elvégzéséhez, illetve az „igénybresztő nevelő hatás” eléréséhez.

5.2. A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek megbeszélése

Mind a hazai, mind pedig a nemzetközi szakirodalomban kevés a foglalkozás-egészségügyi ápolók foglalkoztatási helyzetét, tevékenységét részletesen elemző felmérés. Így a bemutatott kutatásom eredményei elsőként nyújtanak átfogó képet hazánk foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolóinak ezirányú tevékenységéről.

Elemzéseim megerősítették, hogy a szakterületen alkalmazott ápolók végzettsége igen heterogén. A vonatkozó hatályos jogszabályban előírt szakképesítések valamelyikével (legalább OKJ ápoló végzettséggel) a válaszadó ápolók 80%-a rendelkezik. Ugyanakkor a képesítési feltételekkel nem rendelkezők 18,1%-a több éve dolgozik már szakirányú szakképesítés nélkül, miközben tanulmányokat sem folytatnak annak érdekében, hogy a minimum képesítési követelményeknek megfeleljenek.

Annak ellenére, hogy a minőségi munkavégzéshez, ápolói tevékenységhez ezen a szakterületen szinte nélkülözhetetlen a speciális szaktudás, az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakmaspecifikus szakképesítések meglétét elemezve megállapítottam, hogy a válaszadók 54,1% nem rendelkezik ilyen végzettséggel. Hasonló eredményt mutattak ki az üzemegeészségügy foglalkozás-egészségüggyé történő átalakulása után, 1996-ban végzett országos felmérés adatai alapján, ekkor az ápolók 52,8%-a nem rendelkezett üzemi ápolói szakképesítéssel.

(Téglásyné és mtsai 1996) Jelen kutatás adataival összevetve tehát megállapítható, hogy az elmúlt 16 évben nem történt érdemi előrelépés, sőt csökkent a speciális szaktudással rendelkezők aránya. Ennek számos oka lehet, melyek közül csak hármat emelnék ki a ráépülő képzés jövedelemben jelentkező anyagi elismerésének hiányát, a vidéki képzőhelyek megszűnését, a minimumfeltételektől eltérő alacsonyabb képzettségi szintű ápoló alkalmazásának rendeleti szintű megengedését.

Mindemellett szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók a világ minden táján aktív szerepet vállalnak a munkavállalók egészséges életmódra nevelésében, az egészséges életmód népszerűsítésében, a higiénés információk nyújtásában, illetve fellépnek a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, drogfogyasztás) ellen. (Béleczki 2000, Csete és Hirdi 2011, Deangelis és Burgel 2013, Hirdi és mtsai 2013b, McFall és Oakley 2008, Rogers B és mtsai 2014, WHO Europe 2001) Ennek eredménye, hogy az Európai Unión belül a foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe egyre inkább felértékelődik. (FOHNEU 2013) A fejlett országok egy részében a foglalkozás-egészségügyi ápolóknak már az idősödő, krónikus betegséggel dolgozó munkavállalók gondozásában is teljesen önálló feladata van. Tevékenységük célja, hogy a már kialakult krónikus állapotot olyan szinten tartsák, hogy a munkavállaló az állapotával a munkakörnyezetében tudjon tovább dolgozni. (Hirdi 2014, Rogers B és mtsai 2014)

Jelen kutatás során azt találtam, hogy a magyar foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók – hasonlóan külföldi kollégáikhoz – nemcsak a munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatban adnak tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak, hanem az egészséges életvitellel (egészséges táplálkozással, aktív testmozgással, testsúlycsökkentéssel, mentális egészségfejlesztéssel), a káros szenvedélyekről (dohányzásról, alkohol-, és drogfogyasztásról) való leszokás lehetőségeivel, valamint a krónikus betegek életmódjával kapcsolatban is. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy napjainkban az egészségügyi szolgáltatások keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó

követelményekről szóló 51/2013 (VII.15.) EMMI rendeletben foglaltak megvalósításának elősegítése újabb kihívást jelent a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolók számára. E témakörben végzett kutatásunk során azt találtuk, hogy a hazai egészségügyi szakdolgozók több mint 80 százalékánál fordult már elő, hogy megszurta, illetve megvágta magát munkája során. A tűszúrások és vágási sérülések okozta balesetek okát pedig legtöbbször a hiányos és/vagy nem megfelelően alkalmazott védőfelszerelések jelentik. A 27/1995. (VII.25.) NM rendelet az egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadást a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatás körébe sorolja. Ennek megfelelően a megfelelően képzett, felkészített foglalkozás-egészségügyi szakápolók az évente kötelezően elrendelt oktatás keretében ismereteket adhatnak át az egészségügy más szakterületein alkalmazott dolgozók számára, többek között az egészséget fenyegető kockázatokról, az egyéni védőeszköz viseléséről és használatáról, illetve az éles vagy hegyes eszközök által okozott sérülések esetén teendő intézkedésekről. Kutatásunk eredményeinek egy része „*The incidence of needlestick injuries among health workers in Hungary*” címmel a Journal of Medical Safety című tudományos folyóirat 2014. évi májusi lapszámában került közzétételre. (Balogh és mtsai 2014)

A foglalkozás-egészségügyi ápoló által végzett oktatás és tájékoztatás hatékonyságát alátámasztja azon kutatásom is, mely során a munkavállalók véradással kapcsolatos tudásszintjét, attitűdjét mértük fel a foglalkozás-egészségügyi szakápoló által kezdeményezett ismeretterjesztést követően. A felmérésben részt vett 483 fő munkavállalónak több mint háromnegyede (88%) rendelkezett helyes ismeretekkel a véradással kapcsolatban 6-12 hónappal az oktatást követően. A kapott eredmények alapján arra lehet következtetni, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolók által végzett ismeretátadás tehát pozitívan járulhatna hozzá akár a munkavállalók véradói szokásának alakulásához, illetve donációs aktivitásuk növekedéséhez. Míg a gyárgondozónők az 1940-es években segítséget nyújtottak a Vöröskeresztnek a véradások szervezéséhez, a véradók toborzásához, addig napjainkban Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak nem feladata a munkahelyi véradásszervezésben való közreműködés. Noha a munkaköri alkalmassági vizsgálatok végzése kapcsán komoly szerepük lehetne az egészséges, kockázatmentes életvitelt

folytató potenciális donorok felderítésében, mely tényező kiemelkedő jelentőségű a vérkészítmények biztonságossága érdekében. Kutatásunk eredményeit „*The effects of Occupational Health Nurse-initiated education on workers knowledge, attitude and practice regarding blood donation*” címmel a New Medicine című tudományos folyóirat 2013. évi 4. lapszámában mutattuk be. (Baloghy 1942, Hirdi és mtsai 2013b)

Fentiekkel kapcsolatban fontos hangsúlyozni azt a tényt, hogy elemzéseim megerősítették, hogy az egyes ápolói végzettségek és az ápolók által végzett tevékenységek között szignifikáns kapcsolat áll fenn. Elemzéseim felhívják a figyelmet továbbá arra is, hogy a legönállóbban és legmagasabb arányban a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettséget is megszerzett ápolók, illetve a felsőfokú végzettségű ápolók végeznek preventív tevékenységet. Ugyanakkor jelen kutatásunkban kapott értékek alapján megállapítottam azt is, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban csak meghatározott feltételek teljesülése mellett – átmeneti ideig – alkalmazható általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítéssel rendelkezők fele jellemzően nem végez sem önállóan, sem pedig közreműködőként preventív tevékenységet.

5.2.1. A felmérés korlátai, erősségei és lehetséges további irányai

A fentiekben bemutatott több szempontú elemzés célja az volt, hogy a kutatás eredményei alapján képet adjak a foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott ápolók helyzetéről, tevékenységéről. A kutatás erősségei közzé sorolható, hogy a felmérést kellően nagy elemszámmal sikerült lefolytatnom, és ez erősíti az eredményeim érvényességét és megbízhatóságát. Úgy vélem, hogy – bár a válaszadói minta nem minden megyére nézve reprezentatív – eredményeim országos szinten jól értelmezhetőek és hasznosíthatóak, hiszen jelen kutatásom célja elsősorban az volt, hogy országos viszonylatban ismertessem a foglalkozás-egészségügyi ápolás helyzetét. Mivel hasonló tanulmány nincs a hazai irodalomban, kutatásom második erősségként a témaválasztást jelölném meg. Kutatásom eredményei hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott ápolók alkalmazásának módjait, képzettségét, tevékenységüket jobban megismerve, az

egészségpolitikai döntéshozókkal új irányokat jelöljünk ki a foglalkozás-egészségügyi szakterület fejlődése érdekében. Jelen kutatás az előzőek miatt hazai vonatkozásban egyedülállónak tekinthető. Úgy érzem, hogy dolgozatom fókusza, ami a foglalkozás-egészségügyi ápolók képzésének vizsgálatát tűzte ki céljául, hozzájárulhat a munkahelyi egészségfejlesztési programok hatékonyságának növeléséhez és ezáltal a munkaképes korú népesség egészségi állapotának javításához.

Mint ahogy azt a 3.3.2. alfejezetben is kiemeltem a kutatás korlátai között kell megemlítenem az online önkitöltős kérdőív módszerének azon jellegzetességét, hogy a felmérésből kimaradhattak az internet hozzáféréssel nem rendelkező ápolók, illetve az önbevallás miatt a válaszadók hajlamosak lehettek a valóságtól eltérő kép kialakítására. Mindezek ellenére azért választottam ezt a módszert, mert a szakterületen dolgozó ápolók elérése nagyon nehézkes, hiszen területileg szétszórta, ezernél is több különálló egészségügyi szolgáltatónál helyezkednek el.

Eredeti elképzelésem szerint teljes képet szerettem volna adni a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolásról, minden olyan részelemmel, mely a szakápolók képzését, helyzetét, tevékenységét befolyásolják. Jelen vizsgálataim több irányban is lehetőséget nyújtanak kutatásaim folytatására. Mint kutatásomból is kiderült a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók képzettsége igen sokszínű, így egyik ilyen téma a foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő képzésre jelentkezők motivációjának vizsgálata. A motiváció eszközeinek egzakt meghatározásához szükségesnek tartom egyrészt a foglalkozás-egészségügyi szakápolói ráépülő képzésre jelentkezők, a képzésben már részt vettek motivációjának vizsgálatát, másrészt a képzésben részt nem vettek álláspontjának megismerését. De legalább ennyire érdekes témának vélem a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások vizsgálatát, mind a multidiszciplináris team egyes tagjainak szemszögéből, mind pedig az ellátottak, a munkavállalók oldaláról. Mindezen hiányok a kutatás további irányait is jelölik.

5.3. Hipotézisvizsgálat

A kitűzött kutatási célokkal összhangban, a következő hipotézisek érvényesülését kívántam megvizsgálni a disszertációban.

1. hipotézis: *Feltételeztem, hogy a gyárorvosokat segítő személyek, a gyárgondozónők az üzemi dolgozók közül kerültek kiválasztásra, figyelembe véve azt, hogy az új feladatkör elsajátításához szükséges ismeretek megszerzésére képesek legyenek.*

A gyárgondozónői munkakör a gyárgondozónői tanfolyam létrejöttét követően alakult ki. A gyárgondozónőket nem a gyárorvos jövőbeni segédszemélyzeteként képezték ki, hanem az értelmiségi nők számára kívántak önállóan végezhető munkalehetőséget teremteni. Tehát a gyári orvosi intézménytől függetlenül jött létre a gondozónői munkakör, ezért alá-fölérendelt viszony a két rendszer között nem volt. Az első gyárgondozónői tanfolyamot elvégzett személy 1935-ben került alkalmazásra egy textilgyárban, maga a tanfolyam először 1933-ban indult. Dr. Baloghy Mária az 1939. évi Közigazgatási továbbképző tanfolyamon előadásában kihangsúlyozta, hogy „Azok a kísérletek, melyek gyári munkásnőknek gondozónőkké való kiképzésével próbálkoztak, eddig nem váltak be.” (Baloghy 1939b) A gyárgondozónői munkakört betöltő személyeket tehát nem az üzemben dolgozó munkásnők közül választották ki, hanem a szakirányú képzettség birtokában lévő személyek közül, ezt rendeleti szinten is szabályozták. A Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága 1940. december 13-ai közgyűlésen 764/1940. kgy. számú határozatával elfogadott és a M. Kir. Belügyminiszter által jóváhagyott a gyári gondozás intézményes megszervezéséről szóló szabályrendelet 6. §-a értelmében gyári gondozónői állásra csak az volt kinevezhető, aki a gyári gondozási szolgálatra képző tanfolyam elvégzését igazolta. (BSZTB 764/1940 kgy. határozat) Ezért az 1. hipotézisem nem teljesült.

2. hipotézis: *A nemzetközi hasonló témában született szakirodalom és a hazai foglalkozás-egészségügy történetét bemutató munkák alapján feltételeztem, hogy a gyárgondozónők nem részesültek szakirányú képzésben.*

A foglalkozás-egészségügyi ápolás történetét bemutató nemzetközi szakirodalom alapján az első foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú képzés az Egyesült Királyságban indult 1934-ben, míg a többi európai országban az ilyen irányú képzés csak a II. világháború utáni évtizedekben indult el. (Baly 1995, Oakley 2008, FOHNEU Education Group 2012) A hazai foglalkozás-egészségügy történetét bemutató munkákban a gyárgondozónők képzésére, tevékenységére vonatkozóan ezidáig nem volt fellelhető információ, míg a szakorvos képzéssel összefüggésben az található, hogy az üzemorvostan oktatása az Orvostovábbképző Egyetem Munka- és Üzemegészségtani Tanszékén 1962-ben kezdődött. (Béleczi 2000, Cseh és Felszeghi 2012, Ungváry 2010) Dr. Béleczi Lajos Üzemápolói tananyag című művében a következőket írta: *„Hazánkban a felszabadulás előtt szervezett üzemegészségügyi ellátás nem volt. Dolgozott ugyan mintegy 70 gyárorvos az üzemekben, azonban elsősorban gyógyító tevékenységet folytattak. A felszabadulást követően egyre több orvos került az üzemekbe és mellettük megjelentek a gyárgondozónők is, akiket az egészségügyi munkára legalkalmasabb üzemi dolgozók közül választottak ki. A gyárgondozónőket az üzemi ápolónők elődjeinek tekinthetjük.”* (Béleczi 1978) Emellett a GYEMSZI Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság weboldalán keresztül letölthető *„Egészségügyi szakképesítések 1946-tól napjainkig”* összefoglaló dokumentum alapján az első üzemi ápoló képzés megszervezése a 8400-6/1953.(Eü.K-20) Eü.M sz. utasítás alapján történt 1953-ban vagy azt követően. Előzőek alapján azt feltételeztem, hogy a gyárgondozónők nem részesültek szakirányú képzésben.

Ezzel szemben – kutatásaim során – bebizonyosodott, hogy Dr. Baloghy Mária 1933-ban Budapesten, a Budapest Székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottsága felügyeletével gyárgondozónői tanfolyami képzést szervezett, mely 1,5-2 éves képzési idővel bírt. A Baloghy-féle gyárgondozónői képzés folyamatos fennállásáról 1945-ig áll rendelkezésünkre adat, mely alapján 1933 és 1943 között 150 fő szerzett gyárgondozónői végzettséget, illetve számukra továbbképzési rendszer is kialakításra került. 1938-ban az Országos Szociálpolitikai Intézet is bekapcsolódott a gyárgondozói képzésbe. (Hirdi 2013) Tehát hazánkban már a felszabadulás előtt kialakult a gyárgondozónői intézményrendszer, sőt bizonyítottan több képzett gyárgondozónő volt a rendszerben, mint gyárorvos. Ezen hipotézisem tehát nem igazolódott be.

3. hipotézis: *Feltételeztem, hogy a gyárgondozónők fontos szerepet játszottak a munkavállalók egészségének védelmében, a gyárorvosok melletti tevékenységük egyre hangsúlyosabbá vált. Tevékenységük hozzájárult a későbbi üzemi ápolónői képzési rendszer megteremtéséhez.*

A levéltári források – a gyárgondozónői levelezések, jelentések, kimutatások –, a 764/1940. kgy. számú határozatával elfogadott és a M. Kir. Belügyminiszter által jóváhagyott a gyári gondozás intézményes megszervezéséről szóló szabályrendelet, továbbá az „Egészség” folyóirat 1941. évi tematikus lapszámában a gyárgondozónői intézményrendszert bemutató publikációk alapján igazolható, hogy a gyárgondozónők önálló tevékenységet végeztek. Preventív, holisztikus szemléletű tevékenységük az egészségügyi, szociális és kulturális területek mindegyikére kiterjedt. Nemcsak a munkahelyen belül, hanem azon kívül – a lakóközösségekben, munkáscsaládoknál – is aktív szerepet játszottak az egészséges életvitel kialakításában és fenntartásában, illetve a munkahelyi balesetek és foglalkozással összefüggő megbetegedések kialakulásának megelőzésében. Hipotézisem első részét igazoltnak tekintem.

8. táblázat: A gyárgondozónői és az üzemi ápolói képzés között azonosított főbb eltérések (Forrás: Saját szerkesztés)

	Gyárgondozónői képzés (1933)	Üzemi ápolói képzés (1953)
felvételi kritérium	18-36 év közötti életkor neme: nő testi és szellemi alkalmasság keresztény származás középiskolai végzettség (egyéni elbírálás alapján ennél alacsonyabb szintű végzettség, de minimum 4 polgári megléte)	18-40 év közötti életkor testi és szellemi alkalmasság hatósági vagyoni bizonyítvány iskolai végzettség nem szabályozott
képzés alatti próbaidő	2 hónap	nincs
képzési idő	18-24 hónap	10 hónap
képzési forma	nappali tagozatos, heti 45 óra	konferenciákkal egybekötött magántanulás
képzési költség	költségtérítéses a hallgató számára	térítésmentes a hallgató számára, a költségeket az egészségügyi tárca költségvetése fedezte
főbb témakörök	egészségügyi, szociális, kulturális, jogi ismeretek	egészségügyi, gondozási, világnézeti ismeretek

Feltételeztem, hogy a gyárgondozónók tevékenysége hozzájárult a későbbi üzemi ápolónői képzési rendszer megteremtéséhez, azonban az 1953-ban kialakított üzemi ápolói képzési rendszeren nem jelenik meg sem a gyárgondozónői képzés, sem pedig a tevékenységük hatása. Az előző oldalon található 8. táblázat jól szemlélteti a felvételi követelmények, a képzés formája és időtartama, valamint a képzés tartalma közötti főbb különbségeket. Ezért 3. hipotézisem második részét nem tekintem igazoltnak.

4. hipotézis: *Feltételeztem, hogy a gyárgondozónókat feladatkörüknek köszönhetően társadalmi megbecsülés övezte.*

Amint azt a 4.1. alfejezetben „A gyárgondozónók *anyagi-, szakmai- és társadalmi megbecsültsége*” alcím alatt ismertettem kutatásom során számos olyan hazai sajtóközleményt és szócikket találtam, melyben elismerően számoltak be a gyárgondozónői képzésről és tevékenységükről. Az a tény, hogy 1940-ben elkészítésre, majd a M. Kir. Belügyminiszter által jóváhagyva kiadásra került egy olyan önálló szabályrendelet, mely nemcsak kötelezettségeket állapít meg, hanem jogokat biztosítva védelmet nyújt a gyárgondozónók számára, szintén azt támasztja alá, hogy szakmailag és társadalmilag köztisztelőnek örvendtek. (BSZTB 764/1940 kgy. határozat, BSZTB 320/1941. bejelentés) Ezt a hipotézisemet igazoltnak tekintem.

5. hipotézis: *A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok éves kötelező adatszolgáltatása és az EEKH működési nyilvántartásában szereplő közhiteles adatok alapján feltételeztem, hogy a szakterületen alkalmazott ápolók 80%-a rendelkezik a vonatkozó jogszabály által meghatározott szakképesítéssel. Az alkalmazott ápolók több mint fele pedig rendelkezik üzemi ápolói, vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítéssel.*

Az 1.2.3. alfejezetben részletesen ismertettem a foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók tekintetében rendelkezésre álló létszámadatokat, melyek e hipotézisem felállításának alapjául szolgáltak. A foglalkozás-egészségügyi szakterületről beérkezett OSAP jelentések alapján 2012-ben összesen 2649 fő ápoló közül 79,3% felelt meg a

27/1995. (VII. 25.) NM rendeletben meghatározott képesítési követelményeknek. (Nagy és mtsai 2013) Az EEKH által vezetett működési nyilvántartásból származó közhiteles adatok alapján pedig 2012. december 31-én összesen 2176 fő rendelkezett üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítés tekintetében érvényes működési nyilvántartással. (EEKH 2013) Abban az esetben tehát, ha az érvényes működési nyilvántartással rendelkező ápolók mindegyike foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozna, akkor legalább 82,1%-os lehetne a specifikus (üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) végzettséggel rendelkezők aránya a foglalkoztatottak között.

Jelen felmérésben azt találtam, hogy a kérdőívet kitöltő 344 ápoló közül a vonatkozó hatályos jogszabályban előírt szakképesítések valamelyikével a válaszadó ápolók 80,2%-a (276 fő) rendelkezik. Ugyanakkor a képesítési feltételekkel nem rendelkezők közül csupán 6 fő (1,7%) jelezte, hogy valamely szakirányú szakképesítésnek a megszerzése már folyamatban van. Megdöbbentő módon a válaszadók 18,1%-a (62 fő) dolgozik szakirányú szakképesítés nélkül úgy, hogy közülük jelenleg egyikük sem folytat tanulmányokat annak érdekében, hogy a jogszabályban meghatározott képesítési feltételeknek megfeleljen. A specifikus végzettséggel rendelkezők arányát vizsgálva pedig azt találtam, hogy a kérdőívet kitöltő ápolók kevesebb, mint fele, 45,9%-a rendelkezik a szakmaspecifikusnak tekinthető üzemi ápolói (9,3%) vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói (36,6%) szakképesítéssel. Előzőek alapján az 5. hipotézisem csak részben igazolódott be.

6. hipotézis: *Feltételeztem, hogy az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) hatással van az ápoló 27/1995. NM rendelet 3.§ (4) bekezdésben előírt végzettségének meglétére.*

A 27/1995. NM rendelet 3.§ (4) bekezdésben előírt végzettség megléte statisztikailag szignifikáns összefüggést mutat a szakterülettel ($p < 0,001$), és erős a kapcsolat a két ismerv között ($V=0,326$). Ezért a 6. hipotézisem teljesült, hiszen a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatban alkalmazott ápolók 89,8%-a rendelkezik a hivatkozott

jogszabályban meghatározott képesítési követelményekkel. Ugyanakkor a központokban ez az arány 68,9%, míg a szakellátó helyeken csak 60%.

7. hipotézis: *Feltételeztem, hogy az ápolók legmagasabb ápolói alapvégzettsége, illetve az alkalmazás helye (alapszolgálat, központ, szakellátó hely) befolyásolja a szakmaspecifikus (üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) szakképesítés megszerzését.*

A legmagasabb ápolói alapvégzettség és a szakmaspecifikus szakképesítés megléte statisztikailag szignifikáns összefüggést mutat ($p < 0,001$), és a kapcsolat a két változó között erős ($V = 0,306$). A 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 3. § (5) bekezdésében előírt képzés megszerzési kötelezettségből is adódik, hogy az általános ápoló, általános asszisztensi alapvégzettségűek 62,4%-a, a felnőtt szakápolók 57,1%-a megszerzi a szakmaspecifikus (üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) szakképesítést. Ezzel szemben a szakirányú végzettségüként elfogadott OKJ ápolók közül csak 28,8%-uk, a felsőfokú végzettségű ápolóknak pedig 35,1%-a szerezte meg a szakmaspecifikus szakképesítést. Hipotézisem ezen részét igazoltnak tekintem.

Az ellátási terület és a szakmaspecifikus szakképesítés megléte szintén összefüggést mutat ($p < 0,001$), a kapcsolat erőssége itt nagyon erős ($V = 0,364$) Ezt a hipotézisemet igazoltnak tekintem. Az adatok elemzésekor azt találtam, hogy az alapszolgálatokban foglalkoztatottak több mint fele (59,1%-a) megszerezte a szakmaspecifikus szakképesítést. Ezzel szemben a központokban 24,1%, a szakellátó helyeken pedig csupán 20% azoknak az aránya, akik rendelkeznek szakmaspecifikus végzettséggel. Ezért hipotézisem második részét is igazoltnak tekintem.

8. hipotézis: *Feltételeztem, hogy az ápolók szakmai képzettsége hatással van az egyes ápolói tevékenységek végzésére.*

A felmérésben részt vett ápolók meglehetősen heterogén végzettséggel rendelkeznek: általános ápoló, általános asszisztens 14,5% (50 fő), felnőtt szakápoló 5,2 (18 fő), OKJ ápoló 27,3% (94 fő), felsőfokú végzettségű ápoló 7% (24 fő), üzemi ápoló 9,3 (32 fő), foglalkozás-egészségügyi szakápoló 36,6 (126 fő). 16 tevékenység tekintetében vizsgáltam meg az ápolók képzettsége és tevékenységük közötti kapcsolatot, illetve

annak erősségét. Szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolatot ($V=0,199$) egy tevékenységnél találtam, míg közepes vagy közepesen erőset ($0,206 < V \leq 0,274$) összesen 6 vizsgált tevékenységnél. Erős szignifikáns kapcsolatot állapítottam meg ($0,311 < V \leq 0,317$) 2 tevékenységnél, és 4 tevékenység tekintetében nagyon vagy extrém erős kapcsolatot ($0,372 < V \leq 0,578$) mutattam ki. Ugyanakkor alátámasztottam azt is, hogy a szakképesítés típusa nincs hatással a veszélyhelyzetek felismerésére, életveszély esetén az elsősegélynyújtás szakszerű megkezdésére ($p=0,095$), illetve a munkahelyi elsősegélynyújtó felszerelések ellenőrzésére ($p=0,518$). Ezért a 8. hipotézisemet igazoltnak tekintem.

9. hipotézis: *Feltételeztem, hogy az ápolók szakmai képzettsége hatással van az ápolók megelőzéssel kapcsolatos önálló tevékenységére.*

Az ápoló szakképesítése és az egyes önállóan végzett, 19 különböző tanácsadási tevékenység között valamennyi esetben szignifikáns ($p < 0,001$) kapcsolatot mutattam ki. Erős szignifikáns kapcsolatot találtam ($0,308 \leq V \leq 0,315$) két vizsgált témakörnél, közepesen erőset ($0,251 \leq V \leq 0,300$) összesen 11 témakörnél, míg közepeset ($0,204 \leq V \leq 0,24$) 3 témakörnél. Szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolatot ($0,182 \leq V \leq 0,199$) szintén 3 témakör esetében állapítottam meg. Ezért ez a hipotézisem is teljesült.

6. Következtetések

Kutatásom célja egyrészt az volt, hogy történelmi visszapillantással bemutassam a gyárgondozónői intézményrendszer kialakulásának történetét, másrészt, hogy feltárjam napjaink foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolóinak foglalkoztatásának körülményeit, tevékenységüket. Így összefűzve a múlt tanításait, a jelen kihívásaival igyekeztem megtalálni a támpontokat folyamatosan változó világunkban.

A szakma múltjának kutatása során talán nem véletlenül fedeztem fel a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés történetének egy mozaikdarabját, mely új megvilágításba helyezi a foglalkozás-egészségügyi szakápolás születéséről szóló eddigi elméleteket. Büszkeséggel tölt el, hogy a jelenleg rendelkezésünkre álló információk alapján, Magyarországon indult el – a világon elsők között – a speciális ismeret adó foglalkozás-egészségügyi szakápolói-, vagyis elődje a gyárgondozónői képzés. Jelen dolgozatban ismertetett gyárgondozónői képzési rendszerről elmondható, hogy egy folyamatosan fejlesztett, magas színvonalú, a kor általános elvárásait messze meghaladó szakmai képzés folyt hazánkban. A magyar gyárgondozónők sokoldalú tudása kiváló lehetőséget nyújtott a holisztikus szemléletű közösségi ápolásra. Éppen ezért kötelességemnek éreztem a képzés megalapítójának, Dr. Baloghy Máriának az emlékét e disszertáció keretein belül is megőrizni. Rendkívül fontosnak tartom a hazai foglalkozás-egészségügyi ápolás fejlesztési stratégiájának kidolgozásához azt, hogy tisztában legyünk a szakma eredetével, hiszen megismerve a múlt értékeit, támpontot kaphatunk a jövőkép formálásához is.

A „jelen” pillanatát vizsgáló kutatásom eredményeinek bemutatásakor számos aggodalomra okot adó jelenségre mutattam rá. Ugyanakkor az ismertetett felmérés eredményei alapján, a szakterületen egy azonnali intézkedést igénylő problémát azonosítottam. Álláspontom szerint a legnagyobb problémát a szakirányú képzettséggel rendelkező szakdolgozók hiánya jelenti. Miközben az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet hatályos rendelkezései kimondják, hogy 2501 szakmakódú foglalkozás-egészségügyi alapellátás szakmakódú egészségügyi tevékenység ellátásának személyi

feltétele a szakmaspecifikus végzettséggel rendelkező foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvos, a 2502 szakmakódú foglalkozás-egészségügyi szakellátáshoz pedig 5 éves foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakképesítéssel és gyakorlattal rendelkező szakorvos alkalmazása szükséges, addig az ápolóra vonatkozó képesítési követelményben, szakmai gyakorlatban nincs különbség. Ennek következménye, hogy bár az EEKH működési nyilvántartása alapján lenne elegendő számú szakmaspecifikus szakképesítéssel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápoló, mégis a szakellátó helyeken – összesen kb. 80 egészségügyi szolgáltatónál – a magasan kvalifikált szakorvos mellett jelen kutatás adatai alapján megközelítőleg 20% azoknak az aránya, akik rendelkeznek szakmaspecifikus végzettséggel. Ha pedig az alapvégzettséget nézzük megállapítható, hogy a felsőfokú képzésben részt vettek aránya e területen a legalacsonyabb, mindössze 4,4%. Továbbá azt is jelentős problémának érzem, hogy a szakellátó helyeken foglalkoztatott ápolók közel fele nem felel meg a jogszabályban meghatározott képesítési követelményeknek.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban valamelyest jobb a helyzet az ápolók képzettségi szintjét tekintve, ugyanakkor nem felejtkezhetünk el arról, hogy a szakterületen dolgozó szakorvosok jelentős része (64,6%) részmunkaidőben dolgozik, és csak 35,4%-uk főállású. (Nagy és mtsai 2012) Ezzel szemben jelen kutatás eredményeinél is szembetűnő, hogy az ápolók döntő többsége (78,7%) főállású, vagyis a szakterület sajátosságaiból adódóan az ápoló munkavégzése során gyakran kényszerülhet döntési helyzetbe, önálló munkavégzésre.

Elemzéseim kimutatták, hogy az ápoló szakképesítése és tevékenysége, valamint az önállóan végzett tanácsadási tevékenység között szignifikáns kapcsolat van. Éppen ezért úgy gondolom, hogy a kiemelt probléma megszüntetése esetén a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége hatékonyabbá válhatna, hiszen a szakmailag magasan képzett, speciális szaktudással rendelkező, önálló munkavégzésre alkalmas ápolók a foglalkozás-egészségügyi team aktív tagjaként eredményesebben működnek közre a munkavállalók egészségének megőrzésében, a népegészségügyi mutatók javításában.

7. Javaslatok

A változást előidéző tényezők elemzésére használt módszerek közül az egyik legelterjedtebb a külső és belső tényezők együttes vizsgálatára alkalmas SWOT-analízis. Éppen ezért a javaslatok megfogalmazásához szükségesnek tartom a hazai foglalkozás-egészségügyi ápolás SWOT analízisét. Az analízis során a jelenlegi helyzetet erősségekkel (Strength) és gyengeségekkel (Weaknesses) jellemeztem, ezen felül kategorizáltam a külső környezetből adódó további fejlesztések lehetőségeit (Opportunities) és az azokat kockázatos veszélyeket (Threats). A 23. mellékletben található SWOT táblázatban az elemzést nem kizárólag a jelen felmérés során általam vizsgált területekre vonatkozóan mutatom be, hanem saját tapasztalataim és a most feltárt, foglalkozás-egészségügyi ápolást jellemző tényezőket, faktorokat együtt rendszereztem. Úgy gondolom, hogy a táblázatban található csoportosítás (szervezeti rendszer, szabályozási feltételrendszer, humán feltételrendszer, képzés, továbbképzés, minőség és eredményesség, finanszírozás, informatikai háttér, szervezetfejlesztés) segítségével átláthatóbbá váltak a szakterületet jelenleg és a jövőben is meghatározó tényezők.

Ezek közül kihangsúlyoznám a képzés fontosságát. Pozitív előrelépésnek tartom, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés bemeneti követelmény szintje a közelmúltban megemelésre került és a jövőben minimum OKJ 54 szintű ápolói végzettséggel kell rendelkeznie annak, aki ilyen végzettséget szeretne. Ellenben félok, hogy amennyiben a jogszabályokban meghatározott személyi feltételekre vonatkozó rendelkezések nem kerülnek módosításra, akkor nem lesz, aki ezt a képzést elvégezné, hiszen a jelenlegi szabályozás alapján az OKJ 54 ápolói végzettség már önmagában elegendő a munkakör betöltéséhez. Erre a tényre hivatkozva a munkáltatók a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség megszerzését nem fogják megkövetelni, sem támogatni a képzéssel járó költségek (képzési-, és vizsgadíj, utazási költség, helyettesítési díj, stb.) átvállalásával. Ugyanakkor az ismertett eredmények és analízis alapján a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége csak akkor válhatna hatékonyabbá, ha az ott alkalmazásban álló ápolók mindegyike rendelkezne a speciális ismereteket biztosító ráépülő szakképzéssel.

Előzőekkel összefüggésben kiemelten fontosnak tartom a személyi feltételeket meghatározó rendeletek módosítását oly módon, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban az ápolói munkakör betöltéséhez az egyetlen elfogadható képesítési követelmény az alapképesítésre ráépülő foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség legyen. Vagyis a rendeletek jövőbeni módosítását követően kizárólag foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú szakképzettséggel rendelkező személy kaphasson megbízást, illetve nyerhessen kinevezést. Természetesen a rendelet módosításának hatályba lépésekor már foglalkoztatási jogviszonyban álló, de foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú szakképzettséggel nem rendelkező ápoló munkakörben foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozóknak biztosítani kell a szakirányú, ráépülő szakképzettség megszerzésének lehetőségét, melynek költségét európai uniós pályázati alapú támogatási rendszerből lenne célszerű biztosítani. A képzéshez való hozzáférés érdekében regionális rendszerben kellene a képzőintézményeket létrehozni, hogy a főváros-centrikusság helyett egyenletes területi eloszlás valósuljon meg.

Figyelemmel arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló ráépülő képzés iskolarendszeren kívüli képzési ideje 500-720 órában lett meghatározva, elegendőnek tartom, ha az újonnan előírt képesítési követelmény teljesítésére a jogalkotó 3 év időtartamot biztosítana. A felmenő rendszer ideje alatt – a folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása érdekében – javaslom, hogy amennyiben nem áll rendelkezésre az új képesítési előírásoknak megfelelő képesítésű olyan személy, aki az adott munkakörre kinevezhető, vagy megbízható lenne, akkor – határozott időre, de legfeljebb 2 évre szólóan – legyen alkalmazható az az OKJ ápoló, vagy diplomás ápoló, aki a képesítés megszerzése érdekében már oktatásban vesz részt, vagy vállalja a képesítés megszerzését.

Ezzel párhuzamosan, tekintettel arra, hogy a jelenlegi rendszerből hiányzik a felsőoktatásban ápolói alapképzést szerzettek számára kialakított ráépülő szakirányú képzési rendszer, javaslom az európai szervezetek ajánlásainak megfelelő, felsőfokú foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzési rendszer kialakítását, és a magasabb szintű képzéshez új kompetenciák definiálását.

8. Összefoglalás

A hazai foglalkozás-egészségügy története mintegy ezer éves múltra tekint vissza. Ez alatt az időszak alatt kikristályosodott, hogy a foglalkozás-egészségügy fő feladata a prevenció. Kutatásomban célul tűztem ki, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolásról átfogó képet adjak. A nemzetközi kitekintést követően bemutatom a hazai foglalkozás-egészségügyi képzési rendszer fejlődését a kezdetektől napjainkig. A komplex kép kialakításához két kutatást végeztem, egy alapkutatást a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolás történetének feltárása érdekében és egy alkalmazott kutatást, melynek célja a szakterületen dolgozó ápolók jelenlegi helyzetének felmérése volt.

Első kutatásom a napjainkra már feledésbe merült gyárgondozónői intézményrendszer kialakulásának bemutatására irányult. Munkám során elsőként tártam fel, hogy az első gyárgondozónői tanfolyam Dr. Baloghy Mária kezdeményezésére indult el Budapesten 1933-ban. A képzésben résztvevőknek szigorú felvételi követelményeknek kellett megfelelniük. A kétéves képzés során a hallgatók egészségügyi-, szociális-, jogi- és kulturális ismereteket tanultak. Megállapítást nyert, hogy hazánkban a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés 80 éves múltra tekinthet vissza, mely új megvilágításba helyezi a foglalkozás-egészségügyi szakápolás születéséről szóló eddigi elméleteket.

Második kutatásom alapjául a 2012. július 13. és 2012. október 31. között a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó ápolók körében végzett országos szintű, hiánypótló jellegű felmérés szolgált. A web-alapú anonim, önkitöltős kérdőívet összesen 344 ápoló töltötte ki. Eredményeim alapján igazolást nyert, hogy az egyes ápolói végzettségek és az ápolók által végzett preventív tevékenységek között szignifikáns kapcsolat áll fenn. Ennek alapján a foglalkozás-egészségügyi szakterület hatékonyságának növelése érdekében javasolt a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséggel rendelkezők alkalmazása, illetve e végzettséggel nem rendelkezők továbbképzése.

A feltárt múltbeli értékek és a jelen kor hiányosságainak összevetése hozzájárulhatnak a hazai foglalkozás-egészségügyi ápolás jövőbeni fejlesztési stratégiájának kialakításához.

9. Summary

The history of the occupational health (OH) roots back to almost a thousand-year's tradition in Hungary. During this period, it became clear that prevention is a key feature of OH. In this research my aim was to give a wide overview on OH nursing. Starting from the international perspective the Reader will be led through the development of the national OH nursing education system from early to recent days. Here I present both of my research tasks in order to give a complex picture. This includes a historical study of the origin of the Hungarian OH nursing and an applied research aiming to map the status of the nurses working in OH units.

The first part of my research was focused on to present the development of the factory nurse institutions which fell into oblivion by this time. Hereby, I present first time that the first factory-nurse course has been started in 1933 led by dr. Maria Baloghy in Budapest. Participants of the course had to suit strict admission requirements. Students of the two-years full-time course learnt about health, social, legal and cultural knowledge. It has been stated that OH nurse education has an 80-year-old history in Hungary that throw new light upon theories until now about origin of OH nursing.

The second part of my research based on an unique national survey, which was conducted between 13th July 2012 and 31st October 2012 among nurses working in OH units. The web-based, anonymous, self-completion questionnaire was completed by 344 nurses. Based on my results it was proven that a significant relationship has been found between the various nursing qualifications and nurses' preventive activities. Here I suggest to employ nurses with OH nursing certificate, and to train those who has basic nursing education, in order to increase the efficiency of OH settings.

Comparison past values with the shortcomings of the present may contribute to the future development of the Hungarian OH nursing's strategy.

10. Irodalomjegyzék

1. 1840. évi XVII. törvénycikk a gyárok jogviszonyairól. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. Letölthető <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5213> (letöltve: 2013-12-15) (CompLex 2003a)
2. 1872. évi VIII. törvénycikk az ipartörvényről. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5542> (letöltve: 2013-12-15) (CompLex 2003b)
3. 1875. évi III. törvénycikk a nyilvános betegápolás költségei fedezéséről. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5658> (CompLex 2003c)
4. 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727> (CompLex 2003d)
5. 1884. évi XVII. törvénycikk az ipartörvényről. 1000 év törvényei internetes adatbázis: szóló. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6141> (CompLex 2003e)
6. 1926. évi XXIV. törvénycikk a leányközépiskoláról és a leánykollégiumról. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7684> (CompLex 2003f)
7. 1927. évi XII. törvénycikk a polgári iskoláról. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7696> (CompLex 2003g)
8. 8400-6/1953. Eü.M. számú utasítás az üzemi ápolók szakképesítése tárgyában (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1953-8400-6.pdf>

9. 1972. évi II. törvény az egészségügyről. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=8488> (CompLex 2003h)
10. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
11. 2005/36/EK Irányelv a szakmai képzések elismeréséről (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:hu:PDF>
12. 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról
13. 2/1975. (III. 1.) EüM rendelet az egészségügyi szakiskolákról
14. 11/1975. (Eü.K.6.) EüM. sz. utasítás az egészségügyi szakiskolákról szóló 2/1975. (III. 1.) EüM számú rendelet végrehajtásáról (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1975-11.pdf>
15. 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgátról (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99500089.KOR
16. 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: http://www.njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=23521.36708
17. 35/1999. (VIII. 13.) EüM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szakápoló és az izotópasszisztens szakképzések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://www.vitalitas.hu/?ctype=5&did=3939&cid=59>
18. 32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelet az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképzések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <http://mediatar.eti.hu/webmedialib/media/BB93927E-2DB4-7EBF-19D0-79AA07CC98E4.pdf>
19. 37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképzések szakmai és vizsgakövetelményeiről (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300037.EMM
20. A gyárgondozónő mesél... (1937. november 17.) Tolnai Világlapja, 47: 26.

21. A gyárgondozónő egészségvédelmi szerepe. Szociális Szemle, 1944:1-2: 34.
22. A gyárgondozónői szolgálat (1937. május 23.) Győri Nemzeti Hírlap, 115: 8.
23. A gyárgondozónők sikeres munkája egészségügyi, szociális és kulturális téren (1943. október 1.). Országépítés Nemzetpolitikai Szemle, 19: 2.
24. AAOHN International Committee. Resources List on International Occupational Health Nursing. The American Association of Occupational Health Nurses Inc. 2011. (letöltve: 2013-08-20) Letölthető: <http://www.aaohn.org/aaohn-practice-files.html?download=37:international-main-resource-list>
25. Alli BO. Occupational health services. In: Alli BO. (szerk.), Fundamental Principles of Occupational Health and Safety. 2nd Edition. International Labour Office, Geneva, 2008: 81-89. (letöltve: 2013-08-20) Letölthető: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_093550.pdf
26. Alston RM és mtsai.: Workshop for Occupational Health Nursing, Hanasaari, Finland, 1989.
27. Alston RM. A model for international understanding in occupational health nursing. In: Alston R. Occupational health nurses' changing roles: An international perspective. UNE New England Press. 1994: 28-34.
28. Az egészségügyi segédszemélyzet kérdéséről (1930) Egészség, VIII-IX: 201-203.
29. Áfra J. A Székesfővárosi Pályaválasztási Tanácsadó és Képességvizsgáló Intézet pályaismertető füzetei: A Gyárgondozónői hivatás. Budapest Székesfőváros Házinyomdája, Budapest, 1943: 1-13.
30. Arranz S. (2012) Occupational Health Nursing in Spain. Workplace Health & Safety, 5: 195.
31. Balogh Z. Az alapellátás hazai fejlődése. In: Balogh Z. Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén. Semmelweis Egyetem Patológiai Orvostudományok Doktori Iskola. 2008: 21-25.
32. Balogh Z, Raskovicsné CsM, Hirdi H, Hundley V, Mészáros J. (2014) The incidence of needlestick injuries among health workers in Hungary. Journal of Medical Safety, May: 43-50.
33. Baloghy M. (1939a) A gyárgondozónői szolgálat. Franklin Nyomda, Budapest, 1939: 138-143.

34. Baloghy M. A gyárgondozónői szolgálat. In: Martonffy K (szerk.), A mai magyar szociálpolitika. Az 1939. évi közigazgatási továbbképző tanfolyam előadásai. Budapest, 1939: 708-716. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: http://mtdportal.extra.hu/books/martonffy_karoly_a_mai_magyar_szocialpolitika.pdf (Baloghy 1939b)
35. Baloghy M. (1941) A gyárgondozónői szolgálat kiépülése és jövője. Egészség, December: 195-197.
36. Baloghy M. (1942) Gyárgondozónői tanfolyam 1941/42 tanulmányi évéről. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
37. Baloghy M. (1943) Beszámoló a gyárgondozónői tanfolyam 1942/43 tanulmányi évéről. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
38. Baloghy M. (1944a) Beszámoló jelentés a gyárgondozónői tanfolyam 1943/44 évfolyamáról. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
39. Baloghy M. (1944b) Gyakorlati beosztások. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
40. Baloghy M. (1944c). Gyárgondozónői Tanfolyam 1944/45. évi munkaterve. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
41. Baly ME. Nursing and Social Change. Routledge, 1995: 266-297. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: http://books.google.hu/books?id=_pZCpAISbVvC&pg=PA297&lpg=PA297&dq=Nursing+and+Social+Change+1934+industrial+nurse&source=bl&ots=xClZskZKi5&sig=lroxf_GVPYosDTUtu9F71u5c6DA&hl=hu&sa=X&ei=TLTJUtasBYyByQOR7YGAAG&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Nursing%20and%20Social%20Change%201934%20industrial%20nurse&f=false

42. Baker F. (1995) Occupational Health in the European Union. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 2.
43. Batiz D. (1941) Üzemegészségügy, üzembiztonság és gyárgondozás. Egészség, December: 182-185.
44. Béleczi L. Az üzemi egészségügyi szolgálat feladatai. In: Béleczi L. Üzemápolói tananyag. Egészségügyi Minisztérium Oktatási Főosztály, Budapest, 1978: 4-7.
45. Béleczi L, Grónai É, Téglásyné BM. Foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképesítés központi programja (szakosító képzés). Egészségügyi Minisztérium II. Ápolási és Egészségügyi Szakképzési Főosztálya, Budapest, 1999.2-76. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: <http://mediatar.eti.hu/medialib/4D790F3C-84DD-3399-A668-5B4211FF1905.pdf>
46. Béleczi L. A munkahelyi egészségvédelem és a foglalkozás-egészségügy alapjogszabályai, a foglalkozás-egészségügyi ápoló feladatai. In: Béleczi L. (szerk.), Foglalkozás-egészségügyi alapismeretek ápolók számára. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2000: 8-20.
47. Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága. 764/1940 kgy. számú határozat a gyári gondozó szolgálat megszervezéséről szóló szabályrendeletéről. 1940. december 13. közgyűlés 764. szám (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága közgyűlési jegyzőkönyveinek adatbázisa 1873-1949. http://archivportal.arcanum.hu/szkj?v=pdf&l=hun&a=help\hun\DB_BIB (BSZTB 764/1940 kgy. határozat)
48. Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága. A 764/1940 kgy. számú határozat M. Kir. Belügyminiszter általi jóváhagyásának bejelentése. 1941. június 25. közgyűlés 320. szám (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: Budapest Székesfőváros Törvényhatósági Bizottsága közgyűlési jegyzőkönyveinek adatbázisa 1873-1949. http://archivportal.arcanum.hu/szkj?v=pdf&l=hun&a=help\hun\DB_BIB (BSZTB 320/1941. bejelentés)

49. Budinszky S. (1942) „Anyaszív a gyárban” rádióinterjú. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
50. Burgel B, Camp J, Lepping G. (2005) Occupational Health Nursing in 2000 – An International Perspective. International Commission on Occupational Health Scientific Committee on Occupational Health Nursing Working Party Report#10 The Nurse’s Contribution to the health of the workers. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető:http://www.icohweb.org/site_new/multimedia/scientific_committees/pdf/SCOHNursing.pdf
51. Burgel BJ, Kennerly. (2012) Snapshot of the AAOHN Membership. Workplace Health & Safety, 11: 465-469.
52. Chang PJ. Factors Influencing Occupational Health Nursing Practice. A two part PhD Doctoral thesis. Kings College London. University of London. 1994: 272-301. (letöltve: 2013-12-15) Letölthető: <https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/2926281/322803.pdf>
53. Cheung K., Ishihara I, Lai GKB, June KJ. (2012) Challenges and Opportunities for Occupational Health Nurses in Asia. Workplace Health & Safety, 2: 67-75.
54. CompLex Kiadó Kft. 1000 év törvényei internetes adatbázis. CompLex Kiadó Kft. 2003. Letölthető: <http://www.1000ev.hu> (CompLex 2003i)
55. CHASS. Crosstabulation with Nominal Variables. Computing in the Humanities and Social Sciences Faculty of Arts & Science, University of Toronto. 2014. Letölthető: http://groups.chass.utoronto.ca/pol242/Labs/LM-3A/LM-3A_content.htm
56. Current Nursing. Pender’s Health Promotion Model. Nursing Theories. Letölthető:http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html (letöltve: 2012-08-15)
57. Cseh K, Felszeghi S. (2012) A foglalkozás-örvostan helyzete. Népegészségügy, 2: 91-95.
58. Csete K, Hirdi H. (2011) A foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe és lehetőségei a Lánglovagok egészségfejlesztésében. Nővér, 6: 26-35.
59. Deangelis MP, Burgel BJ. (2013) Snapshot of the AAOHN Membership - Health Risk Appraisal Priority Areas. Workplace Health & Safety. 6: 237-242.

60. Doba É. (2010) Florence Nightingale – a lámpás hölgy. (letöltve: 2012-08-15)
Letölthető: <http://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>
61. EEKH. Adatszolgáltatás. 056849-002/2013/MON. Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, Budapest. 2013. október 22.
62. Englanderné BK. Orvosok és kórházak Pest-Budán: A legrégebbi időktől a városok egyesítéséig. Novák R. & Tsa, Budapest, 1930: 91.
63. Európai Parlament. Az Európai Parlament jogalkotási állásfoglalás-tervezete a szakmai képezések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv és a belső piaci információs rendszer keretében történő igazgatási együttműködésről szóló rendelet módosítására irányuló európai parlamenti és tanácsi irányelvre irányuló javaslatról. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0038+0+DOC+XML+V0//HU#title1>
64. Felvételek gyárgondozónői tanfolyamra (1943) Unitárius Értesítő, 7:79.
65. FOHNEU. Core Curriculum. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. 2002: 2:24. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: http://www.fohneu.org/Education/core_curriculum/ (FOHNEU 2002)
66. FOHNEU. Occupational Health Nurse Definition. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. 2010. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: http://www.fohneu.org/about_us/ohn_definition/ (FOHNEU 2010)
67. FOHNEU. 5th International FOHNEU Congress on Occupational Health Congress Delegate Book. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. 2012: 7,48. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: <http://www.fohneu.org/files/design/images/Congress/Tarragona2012/prsci.pdf> (FOHNEU 2012)
68. FOHNEU. The FOHNEU Constitution. 6. kiadás. 2013: 1-7. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/CONSTITUTION-6th%20ed._2013.pdf (FOHNEU 2013)
69. FOHNEU. Finland - The Education of an Occupational Health Nurse in General. letöltve: 2014-01-17) Letölthető: <http://www.fohneu.org/members/finland/> (FOHNEU 2014)

70. FOHNEU Education Group. Occupational Health Nursing Education, Practice and Profile in the EU countries. Final Report. 2012. (letöltve: 2013-11-21)
Letölthető:<http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/final%20report%20on%20OHN%20education,%20practice%20and%20profile%202012.pdf>
71. Fónagy Z. (2000) Gazdaság és gazdálkodás. In: Haza és haladás. A reformkortól a kiegyezésig (1790-1867) Encyclopaedia Humana Hungarica 07. CD-ROM, Enciklopédia Humana Egyesület, Budapest. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: <http://mek.oszk.hu/01900/01903/html/index7.html>
72. Fülöp T. A magyar egészségügy szervezete és működése. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1959: 138-150.
73. Füzéki A. (1939) Felvételi kérelem a népművelési előadóképző tanfolyamra. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 191. doboz. Balatonlellel Népművelési előadóképző tanfolyam iratai (1939).
74. Gábor E. (2009) Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében I. Egészségfejlesztés, 4: 2-8.
75. Gulyás P. Magyar írók élete és munkái II. kötet. Magyar Könyvtárosok és Levéltárosok Egyesülete, Budapest 1940:166.
76. Gyárgondozói Szeminárium Közleményei (1942) Egészség, Március-Április: 102.
77. Helimäki-Aro (1996) Factors of Success of the High Coverage of Occupational Health Care of Employees in Finland. Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine, 3. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: <http://www.omfi.hu/cejoem/Volume2/Vol2No3/ce963-1.html>
78. Herczegné LE. (1941) A gyári munkások élelmezésének időszerű feladatai. Egészség, December: 198-199.
79. Hilscher R. (1941) Az üzemi szociálpolitika és a gyárgondozónő. Egészség, December: 178-180.
80. Himmanen E. (2010. május 4.) Occupational Health Nursing in Finland. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napja. Budapest, előadás.
81. Hirdi H. (2009) Beszámoló a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének 29. találkozójáról. Hivatásunk, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. 2: 21.

82. Hirdi H. (2010) Beszámoló a FOHNEU 31. találkozójáról és a MESZK által szervezett Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Szakmai Napról. Hivatásunk, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. 1: 22-23.
83. Hirdi H, Staun JMC, Mészáros J. (2010) A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, 5: 3-11.
84. Hirdi H, Staun JMC. (2011a) Occupational health nursing in the European Union. In: Kongres pracovního lékařství. XXX. Kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí. (ISBN:978-80-7071-319-8), Prága
85. Hirdi H, Balogh Z, Mészáros J. (2011b) Bemutatkozik a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége. Nővér, 2: 31-34.
86. Hirdi H, Rajki V, Mészáros J. (2011c) Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban. Nővér, 4: 35-41.
87. Hirdi H, Téglásyné BM. (2012) Kongresszusi beszámoló. V. Nemzetközi FOHNEU Kongresszus 2012. szeptember 19-21. Nővér 5: 41-42.
88. Hirdi H, Kálmánné SM, Balogh Z. (2012) A háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményei Magyarországon. Nővér, 4: 11-27.
89. Hirdi H, Téglásyné BM, Balogh Z. (2013a) A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók helyzete napjainkban a MESZK országos felmérése alapján. Foglalkozás-egészségügy, 1: 42-50.
90. Hirdi H. (2013) Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. Nővér, 6: 26-40.
91. Hirdi H, Rajki V, Mészáros J. (2013b) The effects of Occupational Health Nurse-initiated education on workers knowledge, attitude and practice regarding blood donation. New Medicine, 4:132-135. (letöltve: 2014-01-19) Letölthető: <http://www.newmedicine.pl/shown.php?katory=4571>
92. Hirdi H. (2014) Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában: beszámoló tanulmányútról. Nővér, 1: 35-40.
93. Hong O. (2011. szeptember 21.) Occupational and Environmental Health Nursing (OEHN) in the USA. Semmelweis Egyetem ETK, Budapest, előadás.
94. Hong O. (2012) Exploring Occupational Health Nursing in South America Though Brazilian Experience. Workplace Health & Safety, 3: 115-121.

95. Illyefalvi L. Iskolánkívüli Népművelési Bizottság. In: Illyefalvi L. (szerk) Budapest Székesfőváros Statisztikai és Közigazgatási Évkönyve 1934. Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala, Budapest, 1934: 526.
96. ILO. 171. számú Ajánlás a foglalkozásegészségügyi szolgálatokról. International Labour Organization. 1985: 1-9. (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: <http://www.kormany.hu/download/4/29/01000/171A.pdf>
97. Jankovich A. (1941) A gyári orvosi rendelő. Egészség, December: 190-194.
98. Kisanyák és gondozónők szolgálatban (1944) Huszadik Század Online történelmi folyóirat – Sajtóhírek a múlt századból, 1944. április (letöltve: 2013-11-21) Letölthető: <http://www.huszadikszazad.hu/1944-aprilis/tudomany/kisanyak-es-gondozonok-szolgalatban>
99. Kapás Zs. Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás. Országos Egészségfejlesztési Intézet. 2007. (letöltve: 2013-08-25) Letölthető: http://www.oefi.hu/kapas_zsolt_tanulmany.pdf
100. Kasitz Ané. (1941) Gyakorlati eredmények a gyárgondozónők balesetmegelőző munkájának köréből. Egészség, December: 187-188.
101. Kováts I. (1941) Iparfelügyelet és gyárgondozás. Egészség, December: 180-181.
102. Krisztián B. A társláda a Kárpát-medencében. In: Ungváry Gy, Varga J. (szerk.), A magyar bányaegészségügy története. Argumentum, Budapest, 2007: 16-60. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: http://mek.oszk.hu/09700/09716/pdf/mbet_1.pdf
103. Lin YP, Hong O, Yeh MC. (2012) Occupational Health Nursing Practice, Education, and Research in Taiwan. Workplace Health & Safety, 3:151-158.
104. Magyar Gyáriparosok Országos Szövetsége és az Egészségügyi Alkalmazottak Szabad Szakszervezete (1948) Kollektív szerződés a gyárgondozónők alkalmazására vonatkozóan. MNL - Goldberger Sám. F. és Fiai Rt. – A gyárgondozónő levelezése, kimutatásai (Z674) 81. csomó 61. tétel (MGYOSZ és EASZSZ 1948)
105. Majoros P. A jegyzetelés technikája. In: Majoros P. A kutatómódszertan alapjai. Perfekt Zrt. 2004: 74-79.
106. McFall T, Oakley K. Health Promotion. In: Oakley K. (szerk.), Occupational Health Nursing. 3rd Edition. John Wiley & Sons, Ltd. 2008: 237-252.

107. Mellor G, St John W, McVeigh C. (2006) Occupational health nursing practice in Australia: What occupational health nurses say to do and what they actually do. *Collegian*, 3: 18-24.
108. Michell KE. (2012) Occupational Health Service Delivery in Nursing in South Africa. *Workplace Health & Safety*, 2: 63-66.
109. Morvai V, Ungváry Gy. (2013) A foglalkozás-egészségügy a rendszerváltozástól napjainkig – eredmények, kérdések. A foglalkozás-egészségügy jövője, új kihívások. *Foglalkozás-egészségügy*, 1: 4-28.
110. Nagy I, Grónai É, Nagy Zs, Brunner P. (2012) Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége 2011-ben. *Foglalkozás-egészségügy*, 2: 52-65.
111. Nagy I, Grónai É, Nagy Zs, Brunner P. (2013) Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége 2012-ben. *Foglalkozás-egészségügy*, 2: 59-73.
112. Nagyvárad K, Kiss-Geosits B. (2011) A munkahely, mint az egészségfejlesztés multiplikációs színtere. *Egészségfejlesztés*, 3: 14-16.
113. Oakley K. Introduction: The Role of the Occupational Health Nurse. The History of Occupational Health Nursing. In: Oakley K. (szerk.), *Occupational Health Nursing*. 3rd Edition. John Wiley & Sons Ltd. 2008: 1-23.
114. OSHA. The Occupational Health Professional's Services and Qualifications: Questions and Answers. Occupational Safety & Health Administration US Department of Labor (letöltve: 2013-08-25) Letölthető: <https://www.osha.gov/Publications/QandA/osha3160.html>
115. Ort J. (1952) A Fővárosi Közlevéltárban folyó selejtezési munkáról. *Levéltári Híradó*, 3: 72.
116. OEK. (2004) Országos lakossági egészségfelmérés 2003. Gyorsjelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2004. (letöltve: 2013.03.16.) Letölthető: <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/GyorsjelentesOLEF2003.pdf>
117. Papp A. (2010) Adalékok a rudabányai bányaelegségügy történetéhez. *Bányászattörténeti Közlemények* 10., 2: 48-75. (letöltve: 2014-01-17) Letölthető: http://epa.oszk.hu/01400/01466/00010/pdf/banyaszattorteneti_EPA01466_2010-2_02_Adalekok_a_banyaegeszsegugy.pdf

118. Petrányi Gy. (1941) AZ OTI egészségvédelmi munkája és a gyárgondozónő. *Egészség*, December: 181-182.
119. Phelps S. (2013) Snapshot of the AAOHN APRN Membership. *Workplace Health & Safety*, 5: 187-192.
120. Pikó B, Barabás K, Boda K. (1997) Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Publ Health* 7: 243-7.
121. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Theoretical Foundations of Nursing Practice*. In: Potter PA, Perry AG. (szerk.), *Fundamentals of Nursing*, 8th Edition. Mosby, 2013: 27-31.
122. Rogers B, Kono K, Marziale MHP, Peurala M, Radford J, Staun J. (2014) International Survey of Occupational Health Nurses' Roles in Multidisciplinary Teamwork in Occupational Health Services. *Workplace Health & Safety* 7: 274-281.
123. Rossi K. (1995) International survey on the education of occupational health nurses. *Safety Science*, 20: 219-223.
124. Rottenbiller A. (1941) A gyárgondozónő által végzett környezettanulmány fontossága. *Egészség*, December: 188-186.
125. Rudabánya Önkormányzata. Dr. Görgő Tibor. Rudabánya Város honlapja (letöltve: 2012-12-10) Letölthető: http://www.rudabanya.hu/hu/dr_gorgo_tibor.html
126. Sajtos L, Mitev A. *SPSS kutatási és elemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest, 2007: 137-161.
127. Sourtzi P. *International Issues*. In: Oakley K. (szerk.), *Occupational Health Nursing*. 3rd Edition. John Wiley & Sons Ltd., 2008: 139-155.
128. Sövényi Fné, Stipkovits Sné. (2007) Az egészségügyi szakképzés rövid története 1945-2006. *Nővér*, 1: 4-78.
129. Staun JMC. (2010. május 4.) *Occupational Health Traditions, Development & the European Dimension*. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napja. Budapest, előadás.
130. Staun JMC. (2012) *Occupational Health Nursing and the European Dimension*. *Workplace Health & Safety*, 3: 122-126.

131. Szalay Iné. (1947) Jelentés a Kender-, Juta- és Textilipar Rt. gyárgondozónőjének az 1947. évről. MNL – Kender-, Juta- és Textilipar Rt – Üzemi gondozónő működési területe és jelentése (Z686) 3. csomó 17. tétel
132. Százötven gyárgondozót nevelt a székesfőváros (1943. november 15.). Országépítés Nemzetpolitikai Szemle, 22: 2.
133. Tahin E. A hazai bányaegészségügy kezdetei. In: Ungváry Gy, Varga J. (szerk.), A magyar bányaegészségügy története. Argumentum, Budapest, 2007: 11-60. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető:http://mek.oszk.hu/09700/09716/pdf/mbet_1.pdf
134. Tekál G. (1941) Gyakorlati eredmények a gyárgondozónők egészségügyi munkája köréből. Egészség, December: 189-190.
135. Téglásyné BM, Grónai É, Béleczi L. (1996) A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe és jelentősége a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok munkájában. Foglalkozás-egészségügy, 4: 31-36.
136. Téglásyné BM, Grónai É. (2004) Foglalkozás-egészségügyi ápolástan az Európai Unióban. Foglalkozás-egészségügy, 1: 23-27.
137. Téglásyné BM, Grónai É. (2010.05.04) Foglalkozás-egészségügyi ápolók képzése a kezdetektől napjainkig. MESZK Közösségi- és Hospice Szakápolás Tagozat Foglalkozás-egészségügyi Szakmai Napja, előadás
138. Téglásyné BM, Grónai É. (2011) A hazai foglalkozás-egészségügy jelenlegi helyzete és prioritások a foglalkozás-egészségügyi szakápolói munkában. Magyar Ápolási Egyesület I. Országos Kongresszusa, előadás. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető:http://www.kmcongress.com/eloadasok/mae2011/teglasyne_bacsi_maria.pdf
139. Téglásyné BM. (2013. május 19.) A Foglalkozás-egészségügyi ápolástan jelene és jövője a képzés tükrében, Hévíz, IV. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok, előadás
140. Tímár Lné. (1941) Gyárgondozónő a gyári orvos mellett. Egészség, December: 194-195.
141. Tompkins O, Arce W. (2012) Occupational Health Nursing in Argentina. Workplace Health & Safety, 10: 417-418.
142. Thompson M, Wachs JE. (2012) Occupational Health Nursing in the United States. Workplace Health & Safety, 3: 127-133.

143. Ungváry Gy. A foglalkozási megbetegedések, a foglalkozás-orvostan és a munkahigiénié nemzetközi és magyarországi története. A munkavédelem szabályozása az EU országaiban és Magyarországon. A tripartit rendszerű munkavédelem. In: Ungváry Gy, Morvai V. (szerk.), Munkaegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2010: 37-82.
144. University of Sheffield. MMedSci Occupational Health Nursing. The University of Sheffield. Egyesült Királyság. (letöltve: 2011-04-10) Letölthető: <http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html>
145. Verrall B. (2012) Occupational Health Nursing in Canada. Workplace Health & Safety, 3: 111-113.
146. Vittnyédy K. (1948) Jelentés gyárgondozónői tevékenységről. 1948. MNL - Goldberger Sám. F. és Fiai Rt. – A gyárgondozónő levelezése, kimutatásai (Z674) 81. csomó 61. tétel.
147. Vörös E, Csaplár P. (1947) Az üzemi gondozónők működési területe MNL – Kender-, Juta- és Textilipar Rt – Üzemi gondozónő működési területe és jelentése (Z686) 3. csomó 17. tétel.
148. WHO. 'Training and Education in Occupational Health. Report of a WHO Study Group', Technical Report Series, 762, World Health Organization, Geneva, 1988: 24-26. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39382/1/WHO_TRS_762.pdf
149. WHO Europe. The development of multiprofessional occupational health services. Education and training of occupational health nurse. In: Whitaker S. és Baranski B. (szerk.) The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. WHO European Center for Environment and Health. Bilthoven, 2001: 25-50.
150. WHO Europe. Occupational Health Nursing Curriculum. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. WHO Regional Office for Europe, Dánia. 2003: 1:32. (letöltve: 2013-11-01) Letölthető: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/102271/e81556.pdf
151. Wilkinson WE. (1990) A conceptual model of occupational health nursing. AAOHN J, 2: 73-77.

11. Saját publikációk jegyzéke

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények

1. **Hirdi H.** (2009) Beszámoló a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének 29. találkozójáról. Hivatásunk, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. 2: 21.
2. **Hirdi H.** (2009) Occupational Health Care in Hungary. Työterveyshoitaja, 3: 18-21.
3. **Hirdi H.** (2010) Beszámoló a FOHNEU 31. találkozójáról és a MESZK által szervezett Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Szakmai Napról. Hivatásunk, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja. 1: 22-23.
4. **Hirdi H,** Staun JMC, Mészáros J. (2010) A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, 5: 3-11.
5. **Hirdi H,** Staun JMC. (2011) Occupational health nursing in the European Union. In: Kongres pracovního lékařství. XXX. Kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí. (ISBN:978-80-7071-319-8), Prága
6. **Hirdi H,** Balogh Z, Mészáros J. (2011) Bemutatkozik a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége. Nővér, 2: 31-34.
7. **Hirdi H,** Rajki V, Mészáros J. (2011) Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban. Nővér, 4: 35-41.
8. Csete K, **Hirdi H.** (2011) A foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe és lehetőségei a Lánglovagok egészségfejlesztésében. Nővér, 6: 26-35.
9. **Hirdi H,** Téglásyné BM. (2012) Kongresszusi beszámoló. V. Nemzetközi FOHNEU Kongresszus 2012. szeptember 19-21. Nővér 5: 41-42.
10. Rajki V, **Hirdi H.** (2012) The Possibilities of Occupational Health Nurses in the Distribution of Knowledge about Blood Donation. In: 8th International Conference of PHD Students. (ISBN:978-963-661-994-7), Miskolc
11. **Hirdi H,** Téglásyné BM, Balogh Z. (2013) A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók helyzete napjainkban a MESZK országos felmérése alapján. Foglalkozás-egészségügy, 1: 42-50.

12. **Hirdi H.** (2013) Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. *Nővér*, 6: 26-40.
13. **Hirdi H**, Rajki V, Mészáros J. (2013) The effects of Occupational Health Nurse-initiated education on workers knowledge, attitude and practice regarding blood donation. *New Medicine*, 4: 132-135.
14. **Hirdi H**, Balogh Z, Mészáros J. (2013) Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók prevenciós tevékenységének felmérése. *Egészségfejlesztés*, 4: 20-29.
15. **Hirdi H.** (2014) Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában: beszámoló tanulmányútról. *Nővér*, 1: 35-40.
16. **Hirdi H**, Balogh Z, Mészáros J. (2014) A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata. *Egészségtudomány*, 1: 88-103.
17. **Hirdi H.** (2014) Nemzetközi foglalkozás-egészségügyi ápolói körkép. *Ápolásügy*, 1:17-21.
18. Balogh Z, Raskovicsné CsM, **Hirdi H**, Hundley V, Mészáros J. (2014) The incidence of needlestick injuries among health workers in Hungary. *Journal of Medical Safety*, May: 43-50.
19. **Hirdi H**, Hong O. (2014) Occupational Health Nursing in Hungary. *Workplace Health & Safety*, 10: DOI: 10.3928/21650799-20140813-01

Értekezéstől független tudományos közlemények

1. **Hirdi H.** (2004) Betegelégedettség mérése a családorvosi gyakorlatban. *Ápolásügy*, 3: 26-28.
2. Balogh Z, Papp K, **Hirdi H.** (2011) Munkaerőhiány és migráció az ápolásban. *Nővér*, 2: 24-30.
3. **Hirdi H**, Kálmánné SM, Balogh Z. (2012) A háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményei Magyarországon. *Nővér*, 4: 11-27.
4. Rajki V, **Hirdi H**, Mészáros J. (2014) Specifics of the nursing care of patients undergoing skin grafting, particularly the aspects of transfusiology. *New Medicine*, 2: 67-71.

12. Köszönetnyilvánítás

Elsőként köszönettel és hálával tartozom témavezetőimnek. Dr. Mészáros Judit Professzor Asszonynak, kinek szakmai és baráti tanácsai, iránymutatásai hasznosnak és követendőnek bizonyultak. Támogatásának köszönhetően nyíltak meg előttem a levéltárak kapui, mely kutatásom alapját jelentette. Köszönöm Dr. Balogh Zoltánnak is, akitől 1997 óta, először főiskolai, majd egyetemi hallgatóként, illetve a MESZK tisztségviselőjeként szakmailag sokat tanulhattam. Neki köszönhetően vehetek részt a FOHNEU munkájában, valamint a MESZK elnökeként Ő engedélyezte számomra alkalmazott kutatásom lefolytatását.

Szeretném kifejezni köszönetemet továbbá dr. Téglásyné Bácsi Máriának, hogy szakmai beszélgetéseink során, biztatott és segítőkészséggel támogatott. Emellett köszönöm társszerzőimnek: Rajki Veronikának, Julie Staunnak és OiSaeng Hongnak.

Köszönet illeti Sövényi Ferencné az üzemi egészségügyi rendszer és az üzemi ápolóképzés feltárásához adott szakmai anyagokért valamint hasznos tanácsaiért.

Megköszönöm a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Területi Szervezetei Elnökségeinek a doktori kutatásban ismertetett kérdőíves adatgyűjtés lebonyolításában nyújtott segítségét.

Megkülönböztetett köszönet jár dr. Bokor Tamásnak a szakmai és baráti támogatásért, aki elindított a foglalkozás-egészségügyi szakterületen.

Köszönettel tartozom minden kollégámnak, akik kutatómunkám és tanulmányaim során mindvégig támogattak. Külön szeretném megköszönni Koóné Papp Gizellának disszertációm és szócikkeim nyelvtani és stilisztikai lektorálását.

Végül hálámat fejezem ki Családomnak támogatásukért, a kiegyensúlyozott, nyugodt családi háttérért és Szüleimnek, akik hihetetlen áldozatvállalással és mérhetetlen szeretetükkel támogattak egész életemben.

13. Mellékletek

1. számú melléklet

Ábrák és táblázatok jegyzéke













Ábrák jegyzéke

1. ábra: Hanasaari fogalmi modell (1988) (Forrás: FOHNEU által készítettve)
2. ábra: Wilkinson-féle szélmalom modell (1990) (Forrás: Wilkinson 1990)
3. ábra: Chang-féle hatás modell (1994) (Forrás: Chang 1994)
4. ábra: Üzemi ápoló képzés 1953-1975 között (Forrás: saját szerkesztés)
5. ábra: Üzemápolói szakosító képzés 1975-1996 között (Forrás: saját szerkesztés)
6. ábra: Kiadott üzemápolói, illetve üzemi ápolói bizonyítványok száma 1979-1998 között (Forrás: Sövényiné és Stipkovitsné 2007)
7. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 1999-2008 között (Forrás: saját szerkesztés)
8. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 2008-2013 között (Forrás: saját szerkesztés)
9. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54) és Foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 54) szakképesítést szerettek létszámadatai (Forrás: EEKH)
10. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 2014-től (Forrás: saját szerkesztés)
11. ábra: Foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók létszámadatai (1997-2012) (Forrás: saját szerkesztés a Foglalkozás-egészségügy című folyóiratban évente közzétett intézeti jelentések alapján)
12. ábra: Foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra jutó munkavállalói létszám változása évenkénti bontásban (1997-2013) (Forrás: saját számolás)
13. ábra: A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók körében készült felmérés folyamata (Forrás: Saját szerkesztés)
14. ábra: A válaszadói arány megoszlása a megyei alapsokasághoz viszonyítva (N=344)
15. ábra: Felvételi hirdetmény gyárgondozónői tanfolyamra (Forrás: Unitárius Értesítő XXII. évf. 7. szám, Budapest 1943. július, p.79.)
16. ábra: Gyárgondozónő képzés 1933-1945 között (Forrás: saját szerkesztés)
17. ábra: A gyárgondozónői képzésen alkalmazott Házi betegápolási kézikönyv borítói (Forrás: Ibrányi A: Házi betegápolás 1937. évi és 1942. évi kiadás)
18. ábra: A gyárgondozónői gondozás modellje (Forrás: Saját szerkesztés)
19. ábra: A szakdolgozók által végzett különböző típusú tevékenységek a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban (N=344)
20. ábra: Ápolók által végzett tevékenységek megoszlása végzettség szerinti bontásban (N=344)
21. ábra: Életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)
22. ábra: A krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)
23. ábra: A munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (N=344)

Táblázatok jegyzéke




















1. táblázat: Foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra jutó munkavállalói létszám regionális bontásban, 2011. évben (Forrás: saját számolás)
2. táblázat: 2012. december 31-én az alapnyilvántartásban szereplők és érvényes működési nyilvántartással rendelkezők létszám adatai (Forrás: EEKH 2013)
3. táblázat: A Cramer V együttható lehetséges értékei és a kapcsolat erősségének jellege (Forrás: CHASS 2014)
4. táblázat: A gyárgondozónői tanfolyam képzési költségeken felüli egyéb költségeinek megoszlása 1943-ban (Forrás: Áfra 1943)
5. táblázat: A gyárgondozónők létszámának meghatározása az ellátandó munkavállalói létszámokhoz viszonyítva 1948-ban (Forrás: MGYOSZ és EASZSZ 1948)
6. táblázat: A jogszabály által előírt képesítési követelmény megléte és a szakterület Khi-négyzet eloszlása és a kapcsolat erőssége (N=344)
7. táblázat: A specifikus (az üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói) végzettség megléte és az alap ápolói végzettség szintje, illetve a szakterület Khi-négyzet eloszlása és a kapcsolat erőssége (N=344)
8. táblázat: A gyárgondozónői és az üzemi ápolói képzés között azonosított főbb eltérések (Forrás: Saját szerkesztés)

Az ápolóképzés jellemzői néhány európai országban a FOHNEU 2012. évi felmérése alapján (FOHNEU Education Group 2012, *lásd jelen kutatás)

Országok	Általános ápolói alapképzés szintje	Foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés		
		Az első speciális képzés indulásának éve	Képzési rend	Időtartam
 Belgium	felsőfokú (BSc, MSc) vagy középfokú	1999	részidős	10 hónap
 Dánia	felsőfokú (BSc)	1998	részidős	6 hónap
 Egyesült Királyság	felsőfokú (BSc, MSc)	1934	teljes idejű	12-17 hónap
			részidős	2-4 év
 Finnország	felsőfokú (BSc)	1948	részidős	5 hónap
			részidős	3 hónap
 Franciaország	felsőfokú (BSc)	1994	részidős	15-16 hónap
 Hollandia	felsőfokú (BSc)	1984	teljes idejű	2 év
 Magyarország	felsőfokú (BSc, MSc) vagy középfokú	1933*	részidős	10 hónap
 Németország	felsőfokú (BSc) vagy középfokú	1979	teljes idejű	2 hónap
 Szlovénia	felsőfokú (BSc) vagy középfokú	2012		3 év
 Spanyolország	felsőfokú (MSc)	1959	teljes idejű	2 év
 Svédország	felsőfokú (MSc)	1970	részidős	2 év
 Svájc	felsőfokú (BSc)	2000	részidős	1 év

Egy foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolóra jutó munkavállalói létszám

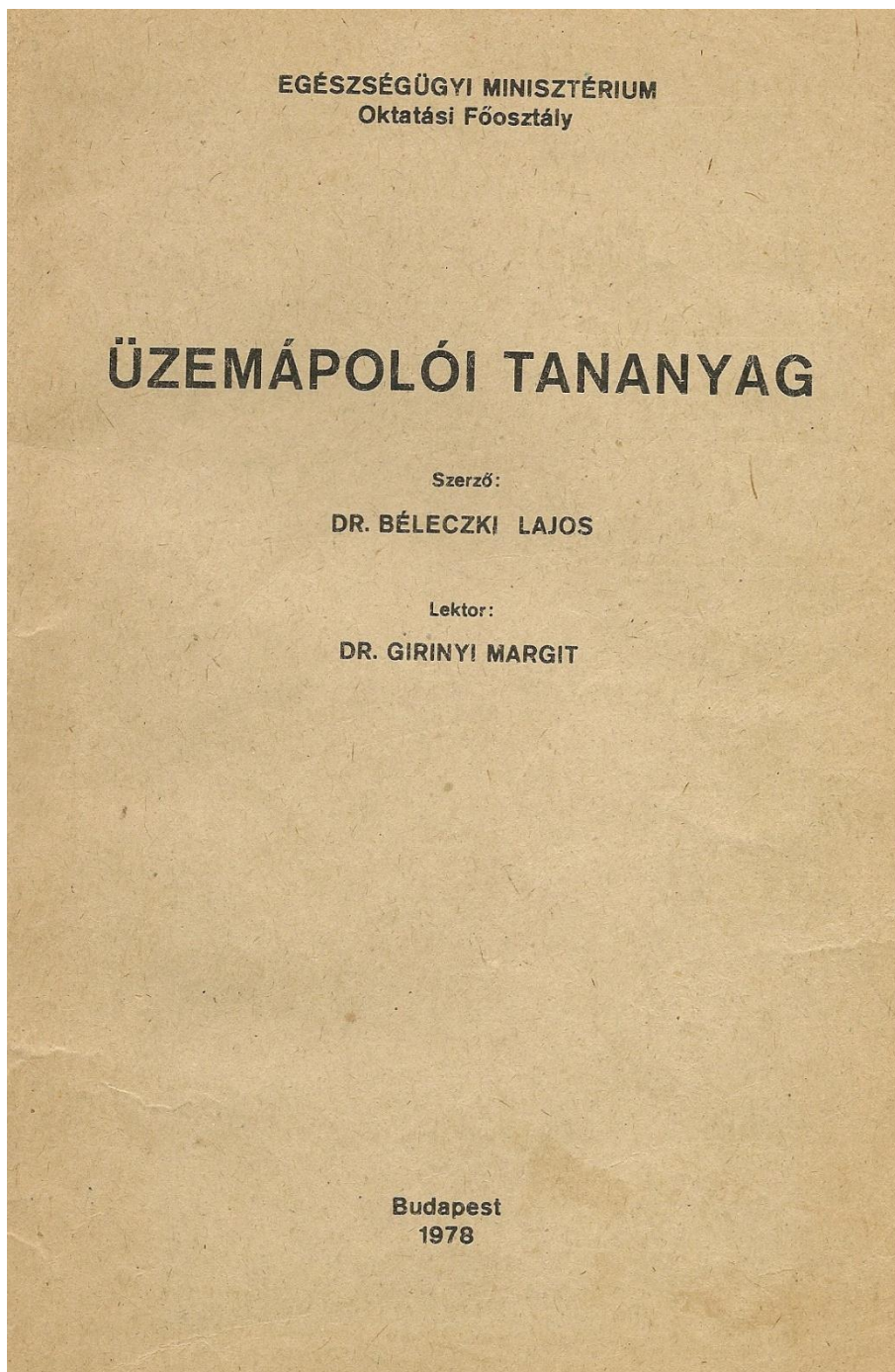
(Forrás: saját számítás a <http://www.tradingeconomics.com/> weboldal és a FOHNEU Education Group 2012. évi felmérése alapján)

	Ország	Munkavállalók száma (fő)	Ápolók száma (a FOHNEU 2012. évi felmérése alapján)	1 ápolóra jutó munkavállalók száma
1.	 Finnország	2418000	2636	917
2.	 Spanyolország	16772000	15000	1118
3.	 Magyarország	3980664	2646	1504
4.	 Szlovénia	793244	230	3449
5.	 Németország	41811000	12000	3484
6.	 Görögország	364197	100	3642
7.	 Svédország	4712000	1200	3927
8.	 Belgium	3868000	800	4835
9.	 Franciaország	26900000	5000	5380
10.	 Horvátország	1404000	200	7020
11.	 Törökország	25449000	3000	8483
12.	 Írország	1866000	200	9330
13.	 Egyesült Királyság	32486000	3332	9750
14.	 Portugália	4505000	300	15017
15.	 Dánia	2638000	154	17130
16.	 Hollandia	7252000	400	18130
17.	 Svájc	4497438	130	34596
18.	 Málta	154928	2	77464
19.	 Ciprus	376000	2	188000

A „foglalkozás-egészségügyi szakápoló” terminológia az egyes európai országokban (Forrás: saját gyűjtés)

Ország	Terminológia
 Belgium	Bedrijfsverpleegkundige (flamandul) infirmiers de sante au travail (franciául)
 Csehország	Zaměstnanecké zdravotní sestra
 Dánia	Arbejdsmiljøinstituttet Sygeplejerske
 Egyesült Királyság	Occupational Health Nurse
 Észtország	Tööttervishoiu õde
 Finnország	Työterveyslaitos Sairaanhoitaja
 Franciaország	Infirmièr de Santé au Travail
 Görögország	Επαγγελματική Νοσοκόμα Υγείας
 Hollandia	Arboverpleegkunde
 Horvátország	Sestara medicine rada
 Írország	Occupational Health Nurse Altra Sláinte Ceirde
 Magyarország	Foglalkozás-egészségügyi szakápoló
 Málta	Infermiera tas-Sahha fuq il-post tax-Xoghol
 Németország	Arbeitsmedizinischen Assistenzpersonals
 Norvégia	Bedriftssykepleier
 Portugália	A enfermeira de saúde ocupacional
 Spanyolország	Enfermera de Salud Laboral
 Svédország	Företagssköterskans
 Svájc	Infirmièr de Santé au Travail
 Szlovénia	Sester medicine dela
 Törökország	İş Sağlığı Hemşire

**Az üzemápolói szakosító képzés során alkalmazott tankönyv fedőlapja
(Forrás: Béleczi 1978)**



6. számú melléklet

Üzemi ápoló bizonyítvány (1997)
(Forrás: Sági Erika engedélyével készített másolat)

	27/1997 főzszám						
<h1>BIZONYÍTVÁNY</h1>							
<p>NAGY LÁSZLÓNÉ SZ. SÁPI ERIKA ILDIKÓ (név), aki 1961. év DECEMBER hó 12. napján BUDAPEST -n született, anyja neve: KLUCSNIK BORBÁLA a KORÁNYI SÁNDOR EGÉSZSÉGÜGTI szakközépiskolában szakközépiskolában a Népjóléti Minisztérium 20075/96 számú engedélye alapján szervezett szakképzésben ÜZEMI ÁPOLÓ szakon szakmai minősítő vizsgát tett.</p>							
<p>Szakképesítése: ÜZEMI ÁPOLÓ melynek alapján a ÜZEMI ÁPOLÓ munkakör betöltésére és a 2/1997. (I. 30.) NM sz. rendelet alapján a népjóléti ágazatban D sz. közalkalmazotti besorolásra jogosult.</p>							
<p align="center">A szakmai vizsgán elért eredmények:</p> <table border="0"> <tr> <td>1. SZAKMAI GYAKORLAT</td> <td>JELES</td> </tr> <tr> <td>2. SZAKMAI ÉLMÉLET</td> <td>JELES</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>.....</td> </tr> </table>		1. SZAKMAI GYAKORLAT	JELES	2. SZAKMAI ÉLMÉLET	JELES	3.
1. SZAKMAI GYAKORLAT	JELES						
2. SZAKMAI ÉLMÉLET	JELES						
3.						
<p>Kelt: BUDAPEST 1997. é.   az iskola igazgatója</p>	<p> a szakmai vizsga elnöke</p>						
<p>Országos nyilvántartásba 321/19/11 szám alatt felvettem. Kelt: Budapest 1997. június 27.   aláírás</p>							

**A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés során alkalmazott tankönyv
fedőlapja
(Forrás: Béleczi 1978)**

dr. Béleczi Lajos

**FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI
ALAPISMERETEK
ÁPOLÓK SZÁMÁRA**



Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2000.



**Foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók
száma területi megoszlás szerint 2011-ben és a mintában (N=344)**

Területi egység	Alapsokaság		Minta	
	Gyakoriság	Megoszlás (%)	Gyakoriság	Megoszlás (%)
Budapest	762	27,2	93	27,0
Pest megye	281	10,0	26	7,6
Közép-Magyarország	1043	37,2	119	34,6
Fejér megye	146	5,2	13	3,8
Komárom-Esztergom	90	3,2	13	3,8
Veszprém megye	81	2,9	10	2,9
Közép-Dunántúl	317	11,3	36	10,5
Győr-Moson-Sopron megye	151	5,4	12	3,5
Vas megye	113	4,0	10	2,9
Zala megye	74	2,6	13	3,8
Nyugat-Dunántúl	338	12,0	35	10,2
Baranya megye	112	4,0	6	1,7
Somogy megye	74	2,6	10	2,9
Tolna megye	60	2,1	8	2,3
Dél-Dunántúl	246	8,8	24	7,0
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	191	6,8	22	6,4
Heves megye	62	2,2	10	2,9
Nógrád megye	50	1,8	4	1,2
Észak-Magyarország	303	10,8	35	10,5
Hajdú-Bihar megye	112	4,0	17	4,9
Jász-Nagykun-Szolnok megye	81	2,9	12	3,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	97	3,5	18	5,2
Észak-Alföld	290	10,3	47	13,7
Bács-Kiskun megye	100	3,6	9	2,6
Békés megye	50	1,8	11	3,2
Csongrád megye	119	4,2	27	7,8
Dél-Alföld	269	9,6	47	13,7
Összesen	2806	100	344	100

Az elektronikus kérdőív kérdései

1. Neme

- Nő
- Férfi

2. Melyik évben született? (Kérem, születési dátumából csak az évszámot adja meg!)

.....

3. Kérem, jelölje meg, melyik megyében dolgozik!

- Baranya megye
- Bács-Kiskun megye
- Békés megye
- Borsod-Abaúj-Zemplén megye
- Budapest
- Csongrád megye
- Fejér megye
- Győr-Moson-Sopron megye
- Hajdú-Bihar megye
- Heves megye
- Jász-Nagykun-Szolnok megye
- Komárom-Esztergom megye
- Nógrád megye
- Pest megye
- Somogy megye
- Szabolcs-Szatmár-Bereg megye
- Tolna megye
- Vas megye
- Veszprém megye
- Zala megye

4. Milyen típusú szolgálatnál dolgozik?

- foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat
- foglalkozás-egészségügyi központ
- foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely

5. Hány éve dolgozik foglalkozás-egészségügyi szakterületen?

.....éve

6. Kérem, adja meg, milyen jellegű településen látja el munkáját:

- Tanya
- Község
- Város
- Megyeszékhely
- Főváros

7. Hány éve dolgozik jelenlegi munkahelyén?

.....éve

8. Foglalkoztatásának jellege:

- Közalkalmazott
- Szabadfoglalkoztatás
- Szolgálati jogviszony
- Egyéni Eü. vállalkozó
- Munkaviszony
- Társas vállalkozás
- Közszolgálati jogviszony

9. Az Önök szolgálata által ellátott munkavállalói létszám:

.....

10. Az Önök szolgálata jelenleg (Önt beleértve) hány fő ápolót foglalkoztat főállásban?

..... (főt)

11. Az Önök szolgálata jelenleg (Önt beleértve) hány fő ápolót foglalkoztat részállásban?

..... (főt)

12. Ön nyugdíjas?

- igen
- nem

13. Rendelkezik-e érvényes, írásos munkaszerződéssel vagy egyéb foglalkoztatásra irányuló szerződéssel?

- igen
- nem

14. Volt-e módja a szerződés tervezetének előzetes tanulmányozásra, szakértő (pl. ügyvéd) véleményének kikérésére?

- igen
- nem

15. Voltak-e utolsó pillanatban hátrányosan megváltoztatott feltételek a szerződésben?

- igen
- nem

16. Kapott-e saját, eredeti példányt a szerződésből?

- igen
- nem

17. Milyen szerződése van Önnek?

- Határozatlan idejű
- Határozott idejű 1 évnél rövidebb idejű
- Határozott idejű, 1-2 évre kötött
- Határozott idejű 2 évnél hosszabb idejű
- Nincs munkaszerződése
- Nem tudja

18. Heti hány órában áll Ön alkalmazásban?

.....óra/hét

19. Jelenlegi munkahelyén milyen tevékenységet végez?

- Kizárólag foglalkozás-egészségügyi ápolói tevékenységet végez
- Egyéb:.....

20. Rendelkezik-e a jogszabály által a foglalkozás-egészségügyi területre előírt szakirányú szakképesítéssel? (Kérem, válasszon az alábbi felsorolásból!* A 27/1995.(VII.25.) NM rendelet 3.§ (4) bek. alapján foglalkozás-egészségügyi ápolói feladatokat ápoló (a képzés OKJ száma: 54), diplomás ápoló, üzemi ápoló/foglalkozás-egészségügyi szakápoló láthat el.)

- Szakirányú szakképesítéssel nem rendelkezik
- Szakirányú szakképesítése van
- Szakirányú szakképesítés megszerzése folyamatban van

21. Az alább megadottak közül Ön milyen egészségügyi szakmai végzettséggel rendelkezik?

- Általános ápoló, általános asszisztens
- Felnőtt szakápoló
- Ápoló OKJ
- Ápoló/diplomás ápoló (főiskolai végzettség)
- Egyetemi okleveles ápoló/Okleveles ápoló (egyetemi végzettség)
- Üzemi ápoló
- Foglalkozás-egészségügyi szakápoló

22. A fentiekén kívül milyen egyéb egészségügyi szakmai végzettséggel rendelkezik?

.....

23. Gondot okoz-e Önnek az elméleti továbbképzési pontok összegyűjtése?

- Nem
- Igen, mert a helyettesítés nem megoldott
- Igen, mert nincs rá anyagi lehetősége
- Igen, mert a lakóhelyéhez közel nem hirdettek a szakterületének megfelelő továbbképzést
- Igen, mert nem kap tájékoztatást a lehetőségekről
- Egyéb:.....

24. Munkáltatója évente hány nap fizetett munkaidő-kedvezményt biztosít a szakmai továbbképzéseken való részvétel érdekében?

.....nap/év

25. Milyen szakmai folyóiratokat olvas rendszeresen?

.....

26. Milyen témájú továbbképzésen venne szívesen részt?

.....

27. Rendelkezik-e személyre szabott munkaköri leírással, mely tartalmazza feladat-, felelősség és hatáskörét?

- igen
- nem

28. Végzi Ön az alábbi tevékenységeket?	igen	nem
1.A foglalkozás-egészségügyi szolgálat menedzsmentjében való részvétel		
2.A foglalkozás-egészségügyi ellátás körébe sorolt feladatokhoz tartozó ápolási tevékenységek végzése, beleértve a gyógyszerek különböző módon történő bevitelét, a vér- és vialadékvételt, valamint az egészségügyi ellátás más szintjén elvégzendő vizsgálatokra való előkészítést.		
3.A megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett betegek előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása.		
4.A munkavállaló vizsgálatához, gyógykezeléséhez szükséges eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról való gondoskodás		
5.A rendelőben használatos gyógyszerek szakszerű tárolásáról, kezeléséről való gondoskodás		
6.Az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, az önszerveződő csoportok szakmai segítése, tanácsadás		
7.Veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén az elsősegélynyújtás szakszerű megkezdése		
8.Sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetben - amikor a foglalkozás-egészségügyi szakorvos kihívására nincs lehetőség - a mentőszolgálat útján a beteg sürgős ellátásának megszervezése		
9.Az orvosi rendelő és a váróterem takarítása		
10.Az eszközök karbantartásának, felülvizsgálatának, vagy javíttatásának kezdeményezése		
11.Az elektronikus betegnyilvántartás naprakész vezetése		
12.Gondoskodás a veszélyes hulladékok tárolásáról, elszállításáról.		
13.A szakterületet érintő jelentések, adatszolgáltatások elkészítése.		
14.Kapcsolattartás a munkáltatókkal, cégekkel		

15.Munkahelyi elsősegélynyújtó felszerelések ellenőrzése		
16. Közreműködés a munkatársi elsősegélynyújtók oktatásában		
17. Alkalmassági vizsgálatok szervezése		
18. Közreműködés a helyszíni higiénés vizsgálatok végzésében		
19. Részt vesz a foglalkozásból eredő kóroki tényezők felderítésében.		
20. Ellenőrzi az üzemi étkeztetés higiénés feltételeit, a szociális helyiségeket.		

29. Ad-e Ön az alábbi témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?	igen, önállóan végzi	önállóan nem, de részt vesz	nem végzi
1.Dohányzásról való leszokás lehetőségei			
2.Egészséges táplálkozás			
3.Étkezési tanácsok obesitas esetén, testsúlycsökkentő lehetőségek			
4.Ajánlott szűrővizsgálatok			
5.A túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei			
6.Kábítószerrel való leszokás lehetőségei			
7.Személyi higiéné			
8.Fertőző betegségek terjedésének megelőzése			
9.Nők egészségvédelme			
10.Stressz			
11.Aktív testedzés, pihenés			
12.Étkezési tanácsok szív- és érrendszeri betegség esetén			
13.Étkezési tanácsok cukorbetegség esetén			
14.Magasvérnyomás betegség megelőzése, kockázati tényezői			
15.Gyógyszerszedés			
16.Munkahelyi higiéné			
17.Védőoltások			
18.Egészségkárosító tényezők			
19.Védőeszköz használata			

30. Elégedett-e munkájával az alábbi fogalmak szempontjából? (Kérem, minden sort töltsön ki!)	Nagyon elégedetlen	Elégedetlen	Elégedett	Nagyon elégedett
Erkölcsei megbecsülés				
Szakmai megbecsülés				
Anyagi megbecsülés				
Munkahelyi közösség				

Munkahelyi önmegvalósítási lehetőség				
Fejlődési, képzési lehetőségek				
Tartalmas, kihívást jelentő feladatok				
Képzettségnek megfelelő munka				
Stabil, biztos munkahely				
Munkaidő beosztás				
Munkavégzés tárgyi feltételei				

31. Mely helyiségben dolgozik Ön a rendelőben?

- Az orvossal együtt, egy helyiségben
- Az orvostól elkülönülten, saját helyiségben
- Máshol, éspedig.....

32. Az Ön megítélése szerint munkaidejéből átlagosan mennyi időt vesz igénybe adminisztrációs feladatainak elvégzése?

- kevesebb, mint 25%
- 25% és 50% között
- 50% és 75% között
- 75% és 100% között
- Munkaidőn kívül is végzem, mert munkaidőben a mennyiség miatt nem elvégezhető
- Munkaidőn kívül is végzem, mert nem biztosítottak a feltételek
- Egyéb, éspedig:

33. Mennyi az Ön havi - munkáltatójától származó - jövedelme, amit kézhez kap (a levonások után)? (Az esetleges túlóra után járó összegek nélkül.)

nettó:Ft/hó

34. Elégedett-e Ön a jelenlegi fizetésével? *

- igen
- nem

35. Mi alapján állapították meg az Ön havi alpbérét? *

- Törvényben található (pl. közalkalmazottakra vonatkozó) bértábla figyelembe vételével
- Közös megegyezés alapján
- Az orvos ajánlata alapján
- Nem tudom
- Egyéb, éspedig:

36. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e, hogy a bérkifizetés nem történt meg a megfelelő időben?

- igen, egyszer
- igen, egynél többször
- nem

37. Hogyan értékeli jövedelmét képzettségéhez viszonyítva?

- Képzettségéhez képest alacsonyabb
- Képzettségének megfelelő
- Képzettségénél magasabb
- Nem tudja megítélni

38. Kiszámítható-e az Ön számára, hogy legközelebb mikor emelkedik a fizetése?

- igen
- nem

39. Az elmúlt tizenkét hónapban mennyi jutalmat, prémiumot, bónuszt kapott?

nettóFt/12 hó

40. Jövedelmén kívül kap-e Ön a munkahelyétől valamilyen juttatást?

- Gépkocsi használat
- Kilométerpénz
- Mobiltelefon
- Étkezési hozzájárulás
- Ruhapénz
- Közlekedési hozzájárulás (bérlet)
- Üdülési csekk
- Továbbképzéseken való részvétel anyagi támogatása
- Továbbtanulás támogatása
- Egészségpénztári hozzájárulás
- Önkéntes magánnyugdíjpénztári hozzájárulás
- MESZK tagdíj átvállalása
- Egyéb, éspedig:.....

41. Az Ön becslése szerint mindezen fenti juttatásoknak mennyi lehetett az összege az elmúlt 12 hónapban?

- nem kaptam ilyen jellegű juttatást
- 30 ezer forint alatt
- 30-50 ezer forint között
- 50-100 ezer forint között
- 100-200 ezer forint között
- 200-300 ezer forint között
- 300 ezer forint felett

42. Egyetért-e azzal, hogy foglalkoztatási jogviszony típusától függetlenül, valamennyi alapellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozó alapilletménye – figyelembe véve a képesítést és a szolgálati időt – törvény által garantált illetmény-előmeneteli rendszerben kerüljön megállapításra és kifizetésre. *

- igen
- nem

43. Dolgozik-e Ön főmunkahelyén kívül más munkahelyen vagy végez-e rendszeresen külföldmunkát? *

- Igen, máshol is dolgozom egészségügyi területen
- Igen, máshol is dolgozom, de nem egészségügyi területen
- nem

44. Mennyi időt fordít (főmunkahelyén kívül) hetente pénzkereső tevékenységre?
.....óra/hét

45. 2011 évben összesen hány napot volt szabadságon?
.....nap

46. Évi rendes szabadságát az elmúlt évben ki tudta-e venni?

- igen
- most kivételesen igen, de azelőtt nem
- részben
- nem
- most kivételesen nem, de azelőtt igen

47. Kapott-e tájékoztatást a 2012. évi rendes és pótszabadsága mértékének számítási módjáról és kiadásának szabályairól?

- igen
- nem

48. Távolléte esetén helyettesítése biztosított-e?

- igen
- nem

49. Hogyan oldják meg távollétében (szabadság, betegség) az Ön helyettesítését?
.....

50. Hogyan értékelné általában saját egészségi állapotát?

- nagyon rossz
- rossz
- megfelelő, elfogadható
- jó
- nagyon jó

51. Megítélése szerint, a kortársaihoz viszonyítva általában milyen az Ön egészségi állapota:

- nem
- sokkal jobb, mint a kortársaién rossz
- jobb
- ugyanolyan
- rosszabb
- sokkal rosszabb

52. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül? (Kérem, kg-ban adja meg!)

.....

53. Milyen magas Ön cipő nélkül? (Kérem, cm-ben adja meg!)

.....

54. Szokott-e Ön dohányozni?

- Soha nem dohányoztam
- Alkalmanként dohányzom
- Rendszeresen dohányzom, napi 20 szálnál kevesebbet
- Rendszeresen dohányzom, napi 20 szálnál többet
- Nem dohányzom, de kevesebb, mint 1 éve
- Leszoktam, és több mint egy éve nem dohányzom

55. Milyen gyakran fordultak elő Önnél az alábbi panaszok az elmúlt 12 hónapban?	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran
fejfájás, szédülésérzés				
hát-és derékfájás				
alvási zavarok, napközbeni fáradékonyság				
kimerültség				
gyomorégés, görcsölés				
hasmenés, székrekedés				
feszültségérzés, ingerlékenység				
lázás betegségek (meghűlés, felfázás)				
mellkasi szorítás, szív táji szűrés				

56. Van-e az alábbiak közül Önnek valamilyen betegsége, panasza? (Kérem, válasszon az alábbi lehetőségekből (több választás is lehetséges)!)

- Cukorbetegség
- Magasvérnyomás betegség
- Szív- érbetegség
- Alsó végtagok visszértágulata
- Pajzsmirigy betegség
- Idült bronchitis
- Asthma
- Rosszindulatú daganat
- Jóindulatú daganat
- Gyomor vagy nyombélfekély
- Epekő betegség
- Ízületi gyulladás
- Spondylosis
- Pszichiátriai betegség
- Kiegyensúlyozatlanság (burn out)
- Nincs betegségem, panaszom

57. Hetente hány alkalommal sportol Ön? (Kérem, figyeljen rá, hogy csak a LEGALÁBB 30 PERCIG TARTÓ INTENZIV MOZGÁSRA vonatkozik a kérdés!)

- egyszer sem
- hetente egyszer
- hetente 2x-3x
- hetente 4x-5x
- mindennap

58. Hetente hány alkalommal fogyasztja a következő ételeket, italokat?	soha/ ritkábban, mint hetente	hetente egyszer	hetente 2x-4x	hetente 5x-6x	minden nap
gyümölcsök (friss, mirelit, aszalt)					
zöldség (friss, mirelit, konzerv, párolt)					
tejtermékek					
pékárúk, péksütemények					
húsok, húskészítmények					
állati eredetű zsírok, vaj					
növényi olajok, margarin					
víz, ásványvíz, gyógytea					
rostos gyümölcslevek					
szénsavas üdítőitalok					
édességek, rágcsálnivalók					
alkoholtartalmú italok					

59. Milyen vizsgálatokon vett részt az elmúlt 2 évben? (Kérem, válasszon az alábbi lehetőségekből (több választás is lehetséges)!)

- Nem vettem részt vizsgálaton
- Bőrgyógyászati anyajegyszűrés
- Csontsűrűség vizsgálat
- EKG vizsgálat
- Nőgyógyászati / urológiai szűrés
- Fogászati szűrés
- Koleszterin-szűrés
- Látásvizsgálat
- Hallásvizsgálat
- Mammográfia vagy mellultrahang vizsgálat
- Tüdőszűrés
- Egyéb, éspedig:

60. Ön hiteles szakembernek tartja magát egészségfejlesztési feladatainak ellátásához?

- Igen
- Nem
- Részben

61. Amennyiben munkakörülményeivel kapcsolatban van olyan problémája, melyre vonatkozóan még nem tudta kifejteni véleményét kérem, ossza meg velem!

.....

**A gyárgondozónői tanfolyam során megszerzett elméleti ismeretek
(Forrás: Áfra 1943, Balogh 1944c, Herczegné 1941)**

Egészségügyi ismeretek (összesen 453 óra)	Anatómia
	Élettan (munkaélettan is)
	Egyéni és társadalmi higiénia, Gyermek higiéné
	Szociális egészségügy
	Üzemegészségügy
	Speciális ipari ártalmak (ólom, szilikózis, gázok, stb.)
	Az egészségügyi gondozás technikája
	A női élet egészségtana (munkásasszony)
	Fertőző betegségek
	Nemi beteg gondozás
	TBC gondozás
	Alkoholizmus
	Ideg- és elmekórtan
	Házi betegápolás (vöröskereszt)
	Elsősegélynyújtás
	Egészségügyi közigazgatás
	Egészségügyi propaganda (grafikon, kiállítás, plakát)
	Racionális főzőtanfolyam
	Munkásélelmezés, népélelmezés
Szociális ismeretek (összesen 586 óra)	Szociológia (társadalomtan)
	Közgazdasági alapismeretek
	Nemzetgazdaságtan
	Szociáletika
	Általános és üzemi szociálpolitika
	Családgondozás technikája
	Ipari közigazgatás
	Törvényes munkásvédelem
	Mechanikai baleset-megelőzés
	A munkáskérdés története
	Szociális lélektan
	Pedagógia
	Jogügyi ismeretek (összesen 67 óra)
Néphivatal	
A jogi gondozás technikája	
Biztosítási jog	
Kulturális ismeretek (összesen 94 óra)	Művészettörténet
	Irodalomtörténet
	Népkönyvtár
	Stiliztika
	Szónoklattan
	A munkás szabadidő kérdése
	Szlöjd
	Népi dalok, játékvezetés
	Munkáskörök vezetése
	Gyermekfoglalkoztatás

**A gyárgondozónői tanfolyam során gyakorlóléhelyet biztosító intézmények
(Forrás: Baloghy 1944b)**

M. Kir. Állami Gyermekmenhely
Székesfőváros Anya-, Csecsemő- és Kisdédvédelmi Intézete, Bölcsődéje és Napközije
Székesfővárosi Tüdőbeteggondozó Intézet
Székesfővárosi Nemibeteg gondozó Intézet
Székesfővárosi Lélek és Ideggondozó Intézet
Székesfővárosi Kerületi Orvosi Rendelő
Székesfővárosi Tisztiorvosi Hivatal
Gyermek és Ifjúságvédelmi Hivatal
Kerületi Népjóléti Osztály
Napközi Óvodák és Otthonok
Szív és Sportorvosi Rendelőintézet
Székesfővárosi Iskolaorvosi Rendelés
Tanonciskola-orvosi Rendelés
Fiú- és Leánytanonc Otthonok
Erkölcshandzseti Hivatal
Hajléktalanok Menhelye
Erzsébet Leányárvaház
Erzsébet Szeretetotthon
Iskolanővérek és gondozónővérek
Szociális telepek
Városszéli telepek
Jogvédő iroda
Néphivatalok

**Az „Egészség” folyóirat 1941. évi tematikus lapszámában a gyárgondozónői
intézményrendszert bemutató publikációk listája
(Forrás: OEFI, „Egészség” folyóirat 1941. december)**

Szerző	Publikáció címe
Dr. Hilscher Rezső	Üzemi szociálpolitika és a gyárgondozónő
Dr. Kováts Irén	Iparfelügyelet és gyárgondozás
Dr. Petrányi Győző	Az OTI egészségvédelmi munkája és a gyárgondozónő
Dr. Batiz Dénes	Üzemegészségügy, üzembiztonság és gyárgondozás
Dr. Rottenbiller Alajos	A gyárgondozónői környezettanulmány fontossága
Kasitz Antalné	Gyakorlati eredmények a gyárgondozónők balesetelhárítási munkája köréből
Tekál Gizella	Gyakorlati eredmények a gyárgondozónők egészségügyi munkája köréből
Dr. Jankovich Adél	A gyári orvosi rendelő
Özv. dr. Timár Lajosné	Gyárgondozónő a gyári orvos mellett
Dr. Balogh Mária	A gyárgondozónői szolgálat kiépülése és jövője
Dr. Góczyné Haviár Margit dr.	A terhes munkásasszony fokozottabb kímélete
Dr. Herczegné Leisen Erzsébet	A gyári munkások élelmezésének időszakos feladatai

A minta demográfiai jellemzői az ellátóterületek bontásában (N=344)

Ellátóterület	foglalkozás-egészségügyi			Összes
	alapszolgálat	központ	szakellátó hely	
Ápolók száma, fő (%)	225 (65,4)	29 (8,4)	90 (26,2)	344 (100,0)
Nem, fő (%)				
nő	218 (96,9)	29 (100)	88 (97,8)	335 (97,4)
férfi	7 (3,1)	0 (0)	2 (2,2)	9 (2,6)
Életkor, év				
átlag	46,01	40,34	42,43	44,59
szórás	8,26	9,23	9,11	8,78
st.error	0,55	1,71	0,96	0,47
medián	45	42	43,5	44
min	25	23	23	23
max	66	58	58	66
kvartilis				
25%	40	31,5	35,7	39
50%	45	42	43,5	44
75%	52	46,5	49,2	51
Munkaviszony foglalkozás-egészségügyi szakterületen, év				
átlag	15,44	15,82	16,97	15,87
szórás	10,09	10,77	10,75	10,32
st.error	0,67	2,0	1,13	0,55
medián	13	12	15	14
min	0,2	1	2	0,2
max	43	39	40	43
kvartilis				
25%	7	7	7,75	7
50%	13	12	15	14
75%	22	25	26	23
Foglalkoztatás jellege, fő (%)				
munkaviszony	140 (62,2)	8 (27,6)	35 (38,9)	183 (53,2)
szabadfoglalkoztatás	2 (0,9)	1 (3,4)		3 (0,9)
közalkalmazott	63 (28,0)	17 (58,6)	53 (58,9)	133 (38,7)
szolgálati jogviszony	3 (1,3)	1 (3,4)		4 (1,2)
egyéni egészségügyi vállalkozó	11 (4,9)	1 (3,4)		12 (3,5)
közszolgálati jogviszony	2 (0,9)		2 (2,2)	4 (1,2)
társas vállalkozás	4 (1,8)	1 (3,4)		5 (1,5)

Állásidő, fő (%)				
főállású	177 (78,7)	24 (82,8)	77 (85,6)	278 (80,8)
részmunkaidős	48 (21,3)	5 (17,2)	13 (14,4)	66 (19,2)
Jogviszony időtartama, fő (%)				
határozatlan idejű	203 (90,2)	25 (86,2)	84 (93,3)	312 (90,7)
határozott idejű	13 (5,8)	3 (10,3)	5 (5,6)	21 (6,1)
nem tudja	9 (4,0)	1 (3,4)	1 (1,1)	11 (3,2)
Alap ápolói legmagasabb végzettség, fő (%)				
általános ápoló, általános asszisztens	83 (36,9)	13 (44,8)	37 (41,1)	133 (38,7)
felőtt szakápoló	28 (12,4)	2 (6,9)	12 (13,3)	42 (12,2)
OKJ ápoló	84 (37,3)	11 (37,9)	37 (41,1)	132 (38,4)
ápoló (BSc)	28 (12,4)	3 (10,3)	4 (4,4)	35 (10,2)
ápoló (MSc)	2 (0,9)			2 (0,6)
Szakirányú specifikus végzettség, fő (%)				
üzemi ápoló	28 (12,4)		4 (4,4)	32 (9,3)
foglalkozás- egészségügyi szakápoló	105 (46,7)	7 (24,1)	14 (15,6)	126 (36,6)
nincs	92 (40,9)	22 (75,9)	72 (80,0)	186 (54,1)

Egyéb egészségügyi szakképzettséggel is rendelkezők aránya szakmacsoport szerinti bontásban (N=344)

Egyéb szakképzettséggel rendelkezők		N (fő)	(%)
Felnőtt ápolás és gondozás	Körzeti közösségi szakápoló	32	9,3
	egyéb szakápoló	10	2,9
Laboratóriumi diagnosztika		4	1,2
Sürgősségi ellátás		20	5,8
Gyermek ápolás és gondozás		25	7,3
Fogászati ellátás		15	4,4
Gyógyszertári ellátás		2	0,9
Mozgásterápia és fizioterápia		24	7,0
Szülészeti ellátás		16	4,7
Műtéti ellátás		3	0,9
Egészségügyi menedzsment		5	1,5
Védőnői ellátás		3	0,9
Dietetika		1	0,3
Természetgyógyászat		2	0,6
nem rendelkezik		193	56,1

Különböző végzettségű ápolók által végzett tevékenységek számának leíró statisztikai mutatószámai (N=344)

	Általános ápoló, általános asszisztens (N = 50)	Általános ápoló, általános asszisztens + üzemi/fogl.eü (N =83)	 felnőtt szakápoló (N = 18)	 felnőtt szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 24)	OKJ ápoló (N = 94)	OKJ szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 38)	Ápoló BSc/MSc (N = 24)	Ápoló BSc/MSc + üzemi/fogl.eü (N=13)	Totál (N=344)	
átlag	8,08	12,66	8,50	11,96	9,63	12,68	12,13	14,38	10,93	
szórás	3,45	2,84	3,55	3,41	3,74	3,13	3,35	2,53	3,81	
min	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00	4,00	4,00	8,00	2,00	
max	16,00	16,00	14,00	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00	
medián	8	14	8	12	9	14	13	15	12	
st.error	0,488	0,312	0,837	0,695	0,386	0,508	0,684	0,703	0,205	
df	49	82	17	23	93	37	23	12	343	
90% CI	szorzó	1,68	1,66	1,74	1,71	1,66	1,69	1,71	1,78	1,65
	sugár	0,82	0,52	1,46	1,19	0,64	0,86	1,17	1,25	0,34
	alsóhatár	7,26	12,14	7,04	10,77	8,99	11,83	10,95	13,13	10,59
	felsőhatár	8,9	13,18	9,96	13,15	10,27	13,54	13,30	15,64	11,27

A különböző típusú tevékenységek végzése és a szakképzettség közötti összefüggés vizsgálata (N=344)

		Foglalkozás-eü-i szakápoló / üzemi ápoló végzettségűek (N = 158) n (%)	OKJ ápoló / diplomás ápoló végzettségűek (N = 118) n (%)	Ált. ápoló, ált. asszisztens végzettségűek (N = 68) n (%)	χ^2	df	p	V
1. A foglalkozás-eü. szolgálat menedzmentjében való részvétel	végzi	79 (50,0)	32 (27,1)	13 (19,1)	25,88	2	<0,001	0,274
	nem végzi	79 (50,0)	86 (72,9)	55 (80,9)				
2. A foglalkozás-eü. ellátás körébe sorolt feladatokhoz tartozó ápolási tevékenységek végzése	végzi	138 (87,3)	104 (88,1)	44 (64,7)	20,58	2	<0,001	0,245
	nem végzi	20 (12,7)	14 (11,9)	24 (35,3)				
3. A megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett munkavállalók előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása	végzi	143 (90,5)	88 (74,6)	45 (66,2)	21,37	2	<0,001	0,249
	nem végzi	15 (9,5)	30 (25,4)	23 (33,8)				
4. A munkavállaló vizsgálatához, gyógykezeléséhez szükséges eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról való gondoskodás	végzi	143 (90,5)	103 (87,3)	49 (72,1)	13,59	2	0,001	0,199
	nem végzi	15 (9,5)	15 (12,7)	19 (27,9)				
5. A rendelőben használatos gyógyszerek szakszerű tárolásáról, kezeléséről való gondoskodás	végzi	150 (94,9)	97 (82,2)	52 (76,5)	17,77	2	<0,001	0,228
	nem végzi	8 (5,1)	21 (17,8)	16 (23,5)				
6. Az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, tanácsadás	végzi	134 (84,8)	74 (62,7)	33 (48,5)	34,45	2	<0,001	0,317
	nem végzi	24 (15,2)	44 (37,3)	35 (51,5)				
7. Veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén az	végzi	140 (88,6)	106 (89,8)	54 (79,4)	4,71	2	0,095	0,117

elsősegélynyújtás szakszerű megkezdése	nem végzi	18 (11,4)	12 (10,2)	14 (20,6)				
8. Sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetben - amikor az orvos kihívására nincs lehetőség - a mentőszolgálat útján a beteg sürgős ellátásának megszervezése	végzi	129 (81,6)	86 (72,9)	39 (57,4)	14,61	2	<0,001	0,206
	nem végzi	29 (18,4)	32 (27,1)	29 (42,6)				
9. Kapcsolattartás a munkáltatókkal, cégekkel	végzi	139 (88,0)	60 (50,8)	24 (35,3)	73,25	2	<0,001	0,461
	nem végzi	19 (12,0)	58 (49,2)	44 (64,7)				
10. Munkahelyi elsősegélynyújtó felszerelések ellenőrzése	végzi	115 (72,8)	89 (75,4)	46 (67,6)	1,32	2	0,518	0,062
	nem végzi	43 (27,2)	29 (24,6)	22 (32,4)				
11. Közreműködés a munkatársi elsősegélynyújtók oktatásában	végzi	65 (41,1)	33 (28,0)	8 (11,8)	19,92	2	<0,001	0,241
	nem végzi	93 (58,9)	85 (72,0)	60 (88,2)				
12. Alkalmassági vizsgálatok szervezése	végzi	145 (91,8)	55 (46,6)	16 (23,5)	114,89	2	<0,001	0,578
	nem végzi	13 (8,2)	63 (53,4)	52 (76,5)				
13. Közreműködés a helyszíni higiénés vizsgálatok végzésében	végzi	123 (77,8)	66 (55,9)	35 (51,5)	21,23	2	<0,001	0,248
	nem végzi	35 (22,2)	52 (44,1)	33 (48,5)				
14. Részt vesz a foglalkozásból eredő kóroki tényezők felderítésében	végzi	117 (74,1)	49 (41,5)	21 (30,9)	47,63	2	<0,001	0,372
	nem végzi	41 (25,9)	69 (58,5)	47 (69,1)				
15. Ellenőrzi az üzemi étkeztetés higiénés feltételeit, a szociális helyiségeket.	végzi	85 (53,8)	29 (24,6)	15 (22,1)	33,23	2	<0,001	0,311
	nem végzi	73 (46,2)	89 (75,4)	53 (77,9)				
16. A szakterületet érintő jelentések, adatszolgáltatások elkészítése	végzi	154 (97,5)	87 (73,7)	43 (63,2)	73,33	2	<0,001	0,462
	nem végzi	4 (2,5)	31 (26,3)	41 (6,3)				

Különböző végzettségű ápolók életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenységei számának leíró statisztikai mutatószámai (N=344)

	Általános ápoló, általános asszisztens (N = 50)	Általános ápoló, általános asszisztens + üzemi/fogl.eü (N =83)	felőtt szakápoló (N = 18)	felőtt szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 24)	OKJ ápoló (N = 94)	OKJ szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 38)	Ápoló BSc/MSc (N = 24)	Ápoló BSc/MSc + üzemi/fogl.eü (N=13)	Totál (N=344)	
átlag	2,6	4,8	3,1	5,1	4,1	5,2	5,9	6,4	4,4	
szórás	3,67	3,95	4,15	3,98	3,9	3,91	3,96	4,13	4,0	
min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
max	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
medián	0	5	0,5	4	3	5	7	7	4	
st.error	1,108	0,433	0,978	0,812	0,402	0,634	0,807	1,147	0,216	
df	49	82	17	23	93	37	23	13	343	
90% CI	szorzó	1,68	1,66	1,74	1,71	1,66	1,69	1,71	1,78	1,65
	sugár	1,86	0,72	1,7	1,39	0,67	1,07	1,38	2,04	0,36
	alsóhatár	0,74	4,1	1,35	3,69	3,4	4,14	4,53	4,34	4,04
	felsőhatár	4,5	5,54	4,76	6,47	4,73	6,28	7,3	8,43	4,75

Különböző végzettségű ápolók a krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenységei számának leíró statisztikai mutatószámai (N=344)

	Általános ápoló, általános asszisztens (N = 50)	Általános ápoló, általános asszisztens + üzemi/fogl.eü (N =83)	felnőtt szakápoló (N = 18)	felnőtt szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 24)	OKJ ápoló (N = 94)	OKJ szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 38)	Ápoló BSc/MSc (N = 24)	Ápoló BSc/MSc + üzemi/fogl.eü (N=13)	Totál (N=344)	
átlag	0,78	1,8	1,3	1,5	1,5	2,0	2,1	2,8	1,6	
szórás	1,34	1,61	1,85	1,67	1,7	1,65	1,53	1,64	1,66	
min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
max	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
medián	0	2	0	1	1	2,5	2	3	1	
st.error	0,190	0,176	0,435	0,341	0,175	0,268	0,312	0,455	0,090	
df	49	82	17	23	93	37	23	12	343	
90% CI	szorzó	1,68	1,66	1,74	1,71	1,66	1,69	1,71	1,78	1,65
	sugár	0,32	0,29	0,76	0,58	0,29	0,45	0,54	0,81	0,15
	alsóhatár	0,46	1,5	0,58	0,92	1,24	1,57	1,55	1,96	1,47
	felsőhatár	1,1	2,09	2,09	2,08	1,82	2,48	2,62	3,58	1,76

Különböző végzettségű ápolók a munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett önálló egészségnevelő tevékenységei számának leíró statisztikai mutatószámai (N=344)

	Általános ápoló, általános asszisztens (N = 50)	Általános ápoló, általános asszisztens + üzemi/fogl.eü (N =83)	felőtt szakápoló (N = 18)	felőtt szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 24)	OKJ ápoló (N = 94)	OKJ szakápoló + üzemi/fogl.eü (N = 38)	Ápoló BSc/MSc (N = 24)	Ápoló BSc/MSc + üzemi/fogl.eü (N=13)	Totál (N=344)	
átlag	1,1	1,7	1,4	1,6	1,3	1,7	2,2	2,2	1,5	
szórás	1,47	1,56	1,54	1,58	1,47	1,49	1,64	1,59	1,54	
min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
max	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
medián	0	1	1,5	1	1	1	2,5	2	1	
st.error	0,208	0,171	0,364	0,323	0,152	0,242	0,335	0,441	0,083	
df	49	82	17	23	93	37	23	12	343	
90% CI	szorzó	1,68	1,66	1,74	1,71	1,66	1,69	1,71	1,78	1,65
	sugár	0,35	0,28	0,63	0,55	0,25	0,41	0,57	0,79	0,14
	alsóhatár	0,75	1,41	0,81	1,07	1,02	1,25	1,63	1,45	1,39
	felsőhatár	1,45	1,98	2,08	2,18	1,53	2,07	2,78	3,02	1,67

Életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti összefüggés vizsgálata (N=344)

Ad-e Ön az alábbi életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás-eü-i szakápoló / üzemi ápoló végzettségűek (N = 158) n (%)	OKJ ápoló / diplomás ápoló végzettségűek (N = 118) n (%)	Ált. ápoló, ált. asszisztens végzettségűek (N = 68) n (%)	χ^2	df	p	V
1.Dohányzásról való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	42 (35,6)	16 (23,5)	61,0	4	<0,001	0,298
	önállóan nem, de részt vesz	59 (37,3)	28 (23,7)	15 (22,1)				
	nem végzi	14 (8,9)	48 (40,7)	37 (54,4)				
2.Egészséges táplálkozás	igen, önállóan végzi	94 (59,5)	57 (48,3)	20 (29,4)	44,14	4	<0,001	0,253
	önállóan nem, de részt vesz	53 (33,5)	25 (21,2)	20 (29,4)				
	nem végzi	11 (7,0)	36 (30,5)	28 (41,2)				
3.Étkezési tanácsok obesitas esetén, testsúlycsökkentő lehetőségek	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	52 (44,1)	15 (22,1)	58,49	4	<0,001	0,292
	önállóan nem, de részt vesz	60 (38,0)	30 (25,4)	16 (23,5)				
	nem végzi	13 (8,2)	36 (30,5)	37 (54,4)				
4.Ajánlott szűrővizsgálatok	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	51 (43,2)	18 (26,5)	48,86	4	<0,001	0,266
	önállóan nem, de részt vesz	63 (39,9)	34 (28,8)	19 (27,9)				
	nem végzi	10 (6,3)	33 (28,0)	31 (45,6)				
5.A túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	53 (33,5)	37 (31,4)	12 (17,6)	43,53	4	<0,001	0,252
	önállóan nem, de részt vesz	74 (46,8)	32 (27,1)	13 (19,1)				

	nem végzi	31 (19,6)	49 (41,5)	42 (61,8)				
6.Kábítószerrel való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	16 (16,5)	25 (21,2)	10 (14,7)	26,81	4	<0,001	0,197
	önállóan nem, de részt vesz	62 (39,2)	28 (23,7)	8 (11,8)				
	nem végzi	70 (44,3)	65 (55,1)	50 (73,5)				
7.Személyi higiéne	igen, önállóan végzi	96 (60,8)	69 (58,5)	24 (35,3)	28,54	4	<0,001	0,204
	önállóan nem, de részt vesz	45 (28,5)	17 (14,4)	21 (30,9)				
	nem végzi	17 (10,8)	32 (27,1)	23 (33,8)				
8.Fertőző betegségek terjedésének megelőzése	igen, önállóan végzi	71 (44,9)	51 (43,2)	23 (33,8)	27,38	4	<0,001	0,199
	önállóan nem, de részt vesz	75 (47,5)	34 (28,8)	25 (36,8)				
	nem végzi	12 (7,6)	33 (28,0)	20 (29,4)				
9.Nők egészségvédelme	igen, önállóan végzi	62 (39,2)	44 (37,3)	15 (22,1)	48,38	4	<0,001	0,265
	önállóan nem, de részt vesz	74 (46,8)	27 (22,9)	16 (23,5)				
	nem végzi	22 (13,9)	47 (39,8)	37 (54,4)				
10.Stressz, mentális egészség fejlesztése	igen, önállóan végzi	66 (41,8)	43 (36,4)	16 (23,5)	55,72	4	<0,001	0,285
	önállóan nem, de részt vesz	76 (48,1)	35 (29,7)	14 (20,6)				
	nem végzi	16 (10,1)	40 (33,9)	38 (55,9)				
11.Aktív testedzés, pihenés	igen, önállóan végzi	80 (50,6)	53 (44,9)	16 (23,5)	51,99	4	<0,001	0,275
	önállóan nem, de részt vesz	61 (38,6)	26 (22,0)	15 (22,1)				
	nem végzi	17 (10,8)	39 (33,1)	37 (54,4)				

A krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti összefüggés vizsgálata (N=344)

Ad-e Ön az alábbi témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás- egészségügyi szakápoló / üzemi ápoló végzettségűek (N = 158) n (%)	OKJ ápoló / diplomás ápoló végzettségűek (N = 118) n (%)	Ált. ápoló, ált. asszisztens végzettségűek (N = 68) n (%)	χ^2	df	p	V
Étkezési tanácsok szív- és érrendszeri betegség esetén	igen, önállóan végzi	81 (51,3)	48 (40,7)	15 (22,1)	65,18	4	<0,001	0,308
	önállóan nem, de részt vesz	66 (41,8)	33 (28,0)	15 (22,1)				
	nem végzi	11 (7,0)	37 (31,4)	38 (55,9)				
Étkezési tanácsok cukorbetegség esetén	igen, önállóan végzi	83 (52,5)	53 (44,9)	16 (23,5)	48,3	4	<0,001	0,265
	önállóan nem, de részt vesz	61 (38,6)	33 (28,0)	18 (26,5)				
	nem végzi	14 (8,9)	32 (27,1)	34 (50,0)				
Magasvérnyomás betegség megelőzése, kockázati tényezői	igen, önállóan végzi	86 (54,4)	55 (46,6)	16 (23,5)	68,22	4	<0,001	0,315
	önállóan nem, de részt vesz	64 (40,5)	29 (24,6)	16 (23,5)				
	nem végzi	8 (5,1)	34 (28,8)	36 (52,9)				
Gyógyszerszedés	igen, önállóan végzi	48 (30,4)	38 (32,2)	16 (23,5)	43,26	4	<0,001	0,251
	önállóan nem, de részt vesz	89 (56,3)	43 (36,4)	16 (23,5)				
	nem végzi	21 (13,3)	37 (31,4)	36 (52,9)				

A munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység és a szakképzettség közötti összefüggés vizsgálata (N=344)

Ad-e Ön az alábbi, munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás-egészségügyi szakápoló / üzemi ápoló végzettségűek (N = 158) n (%)	OKJ ápoló / diplomás ápoló végzettségűek (N = 118) n (%)	Ált. ápoló, ált. asszisztens végzettségűek (N = 68) n (%)	χ^2	df	p	V
Munkahelyi higiéné	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	52 (44,1)	26 (38,2)	22,80	4	<0,001	0,182
	önállóan nem, de részt vesz	58 (36,7)	31 (26,3)	21 (30,9)				
	nem végzi	15 (9,5)	35 (29,7)	21 (30,9)				
Védőoltások	igen, önállóan végzi	59 (37,3)	31 (26,3)	12 (17,6)	62,07	4	<0,001	0,300
	önállóan nem, de részt vesz	85 (53,8)	44 (37,3)	17 (25,0)				
	nem végzi	14 (8,9)	43 (36,4)	39 (57,4)				
Egészségkárosító tényezők	igen, önállóan végzi	63 (39,9)	45 (38,1)	15 (23,5)	39,62	4	<0,001	0,240
	önállóan nem, de részt vesz	75 (47,5)	28 (23,7)	22 (32,4)				
	nem végzi	20 (12,7)	45 (38,1)	30 (44,1)				
Védőeszköz használata	igen, önállóan végzi	65 (41,1)	45 (38,1)	27 (39,7)	31,59	4	<0,001	0,214
	önállóan nem, de részt vesz	79 (50,0)	38 (32,2)	17 (25,0)				
	nem végzi	14 (8,9)	35 (29,7)	24 (35,3)				

A hazai foglalkozás-egészségügyi ápolás SWOT analízise

<i>Erősségek (S)</i>	<i>Gyengeségek (W)</i>
<p><i>Szervezeti rendszer, intézményesültség</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktív, munkaképes korú lakosság-közeli, preventív szemléletű ellátás • Tradíciókon alapuló ellátás • A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokkal való ellátottság megfelelő • Több éves tapasztalattal rendelkező szakmai érdekképviseleti szervezetek jelenléte 	<p><i>Szervezeti rendszer, intézményesültség</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nem egységes a foglalkozás-egészségügy szakmai irányítása és felügyelete, hiányzik az egységes irányítási és koordinációs rendszer • Nem nemzeti kockázatközösségen alapuló biztosításból nyújtott közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatás • Erős egészségügyi ágazati rendszeren belüli alá- és fölérendeltségen alapuló függőségi viszonyok • Erős a piaci érdekeltség befolyása
<p><i>Szabályozási feltételrendszer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Viszonylag stabil (bár régen aktualizált) jogi háttér • Rendeleti szinten meghatározott tárgyi minimumfeltételek 	<p><i>Szabályozási feltételrendszer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A jogi háttér elavult • Nem minimumkövetelmény a foglalkozás-egészségügyi ápolói szakirányú szakképzettség megléte • Az ápolói tevékenység tartalma a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban jogilag nem szabályozott • A foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók nem tartoznak az új egészségügyi ágazati bértábla hatálya alá, előremeneteli lehetőségük nem szabályozott • Jogszabályban rögzített finanszírozási díjak nem követik az inflációt • Irányító eszközök ismeretének hiánya • Szakmai protokollok, foglalkozás-egészségügyi ápolói ellátási standardok hiánya
<p><i>Humán feltételrendszer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolók 	<p><i>Humán feltételrendszer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nagy a szórás az átlagos szakmai ismeretekhez képest, ugyanazt a

<p>létszáma jelenleg elégséges (bár folyamatosan romlik) a munkavállalók létszámhoz viszonyítva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hivatástudat, felelősségérzet, felelősségvállalás az ellátottakért 	<p>feladatkört láthatja el a középfokú végzettségű általános ápoló, mint a felsőoktatásban BSc szintű diplomát szerzett egészségügyi szakdolgozó</p> <ul style="list-style-type: none"> • A kompetenciakörök nem tisztázottak • Csökken a szektorban foglalkoztatottak aránya (15 év alatt 25%-ot!), miközben a munkavállalók aránya nőtt (10%-ot) munkaerőhiány • Túlterhelt szakdolgozók • Sem ideiglenes, sem tartós helyettesítés nem megoldott • A saját jogok érvényesítésének elégtelensége • Ápolók korösszetétele, előregedő korfa • Az ápolói pálya nem vonzó a fiatalok számára • Erkölcsi és anyagi megbecsültség hiánya • Előmeneteli- és motivációs rendszer hiánya
<p>Képzés, továbbképzés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budapesti képző intézmények és képzési kapacitások megléte • Rendszeres és tervezhető továbbképzési lehetőségek 	<p>Képzés, továbbképzés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Képzőintézmények egyenlőtlen területi eloszlása • Felsőoktatásban szerzett ápolói alapképzésre ráépülő szakirányú képzési rendszer hiánya • Akkreditált gyakorlóléhelyek hiánya • Mentorápolók hiánya • A továbbképzési kötelezettség teljesítését gátolja a munkáltatói támogatás (anyagi és időbeli) hiánya
<p>Minőség és eredményesség</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventív alapeladatok végzése • Népegészségügyi célokhoz kapcsolódások 	<p>Minőség és eredményesség</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nem egységes és nem számonkérhető az ellátás minősége, a minőségügyi rendszerek kiépítése nem valósult meg • Egészségügyi szakdolgozók eltérő szintű minőségügyi ismeretei • Jelentős mértékű adminisztratív teher • Egészségfejlesztési anyagok,

<p>Finanszírozás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nincs hálapénz 	<p>szemléltető eszközök hiánya</p> <p>Finanszírozás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az egészségpolitikai döntéshozók és a munkáltatók nem elkötelezettek a finanszírozás mértékének javítása érdekében, emiatt az ellátórendszer alulfinanszírozott • Nem tisztázott az alapfeladaton felül, ún. közreműködőként végzett tevékenységek finanszírozása • Piaci viszonyokon alapuló finanszírozás • A bérek és béren kívüli juttatások (pl. utazási támogatás, étkezési jegy, mobiltelefon használat, munkaruha, továbbképzési támogatás, stb.) inhomogének, a munkáltatón múlik annak mértéke, tartalma
<p>Informatikai háttér</p> <ul style="list-style-type: none"> • A munkavállalók egészségi állapotának folyamatos nyomon követése megoldható az elektronikus nyilvántartórendszerben 	<p>Informatikai háttér</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heterogén informatikai rendszer • Nincs országos adatbázis • Az egészségügyi ellátórendszer más szereplőivel (pl. háziorvos, laboratórium) nincs kiépített infokommunikációs hálózat
<p>Szervezetfejlesztés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innovációra nyitott aktív szakmai szervezetek 	<p>Szervezetfejlesztés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az egészségügyi szakdolgozók támogatása, elkötelezettsége az ellátórendszer esetleges átalakításával kapcsolatban nem egyöntetű • Egészségpolitikai döntéshozók támogatásának hiánya • Szisztematikus összehasonlító adatok (benchmark) hiánya
<p>Lehetőségek (O)</p>	<p>Veszélyek (T)</p>
<p>Szervezeti rendszer, intézményesültség</p> <ul style="list-style-type: none"> • A foglalkozás-egészségügyi ellátás tudatos, tervezett átstrukturálása • Az ellátandók számában tapasztalt egyenlőtlenségek csökkentése • Egységes központi irányítás és koordináció 	<p>Szervezeti rendszer, intézményesültség</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az ellátórendszer nem tud megfelelni a jelenlegi és változó jövőbeni szakmai és társadalmi igényeknek • Egészségügyi szakterületek (pl. háziorvosi ellátás) összehangolt működésének hiánya

<p>kialakítása</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piaci érdekeltség befolyásának kiiktatása • E. Alapból történő finanszírozás visszaállítása 	<ul style="list-style-type: none"> • A piaci befolyás további erősödése, a nyújtott szolgáltatások minőségének heterogenitása
<p>Szabályozási környezet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jogszabályi háttér aktualizálása és kiegészítése • Foglalkoztatási és bérezési kérdések megoldása • A szabályozás nyújtotta lehetőségek kihasználása • Szakmai protokollok, foglalkozás-egészségügyi ápolói ellátási standardok hiánya 	<p>Szabályozási környezet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jogszabályi környezet gyakori változása • Nem egyértelmű jogszabályi előírások miatt jogkövető magatartás hiánya
<p>Humán feltételrendszer</p> <ul style="list-style-type: none"> • A szakterület egészségügyi szakember megtartó képességének erősítése • Képzési rendszer átalakításának lehetősége 	<p>Humán feltételrendszer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egészségügyi személyzet utánpótlásának hiánya • Munkaszervezés nehézsége
<p>Minőség és eredményesség</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minőségfejlesztő intézkedések a kérdőíves adatgyűjtés tapasztalatai alapján • Minőségirányítási rendszer működtetése, és az irányító eszközök tényleges betartása • Magas szakmai színvonal biztosítása 	<p>Minőség és eredményesség</p>
<p>Pénzügyi környezet</p> <ul style="list-style-type: none"> • EU-s és egyéb nemzetközi, vagy hazai fejlesztési többletforrások bevonása a struktúraátalakításba, valamint a képzési rendszer korszerűsítésbe • Finanszírozási szabályozás pontosítása 	<p>Pénzügyi környezet</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nemzetközi kapcsolatok, együttműködések finanszírozási háttérének instabilitása • Az új ellátórendszer és képzési rendszer kialakításához szükséges pénzügyi erőforrások hiánya, a pénzügyi keretek idő előtti kimerülése • A gazdasági környezet kiszámíthatatlan változásai • Finanszírozási problémák fennmaradása, a finanszírozás felhasználása ellenőrzésének

	<p>elmaradása</p> <ul style="list-style-type: none"> • A finanszírozás rendszer nem differenciált, nem az ellátási igényekhez igazodó
<p><i>Informatikai háttér</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informatikai feltételek homogén tételé • Áttekinthető és integrált adatállomány kialakítása az informatikai rendszer átfogó fejlesztésével • Adminisztratív terhek csökkentése 	<p><i>Informatikai háttér</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendezetlen üzemeltetői, fenntartói, karbantartói viszony • Az információs szakadék továbbmélyülése az egészségügyi szakterületek (pl. háziorvosi ellátás) között
<p><i>Szervezetfejlesztés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Szakmai szervezetek erősödő szerep- és feladatvállalása 	<p><i>Szervezetfejlesztés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elhúzódó előkészítő fázis, késői megvalósítás • Nem megfelelő elköteleződés

Engedélyek

TÁMOGATÓ NYILATKOZAT



Kérjük a nyomtatványt értelemszerűen, olvashatóan kitölteni.

A köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről szóló 1995. évi LXVI. tv. 24.§ (3) bekezdése alapján **HIRDI HENRIETT ÉVA** _____ (név),
Budapest, 1977.07.05 _____ (születés helye és ideje),
1027 Budapest, Margit krt. 64/A _____ (állandó lakhely)
 a Magyar Országos Levéltárban végzendő kutatásához támogató állásfoglalásomat kérte.

A kutatás tárgya: a **foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, jövőbeni fejlesztési lehetőségeinek vizsgálata.**

A kutatás tárgyát képezi továbbá a **foglalkozás-egészségügyi szakápolók elődeinek tekinthető gyárgondozónők, üzemi ápolók, bányorvosi asszisztensek működési és tevékenységi területe, képzése, a korabeli rendelők tárgyi felszerelése** _____

A kutatás időhatára: **2013. október 28.-2013. december 31** _____

A benyújtott részletes kutatási terv alapján megállapítottam, hogy a kutatás tudományos célú; a levéltári anyagban való kutatás engedélyezését támogatom.

Kelt: Budapest, 2013. október 28. _____



_____ a nyilatkozat kiadójának saját kezű aláírása

Prof. Dr. Mészáros Judit rektori tanácsadó

a nyilatkozat kiadójának neve és beosztása

Támogató nyilatkozatot tudományos kutatást rendeltetésszerűen végző, közfeladatot ellátó szerv vezetője állíthat ki. Formailag a támogató nyilatkozat akkor tekinthető érvényesnek, ha azon a kiállító szerv vezetőjének neve és beosztása gépelten formában is szerepel, és a nyilatkozaton szerepel a kiállító intézmény pecsétje és a kiállítás dátuma is.

Vonatkozó jogszabályok:

- 1995. évi LXVI. törvény 22. § (1) A közlevéltárban őrzött, az 1990. május 1-je után keletkezett, a keletkezés naptári évétől számított harminc éven túli, az 1990. május 2-á előtti keletkezett, a keletkezés naptári évétől számított tizenöt éven túli levéltári anyagban – a 24–25. §-okban foglalt kivételekkel –, továbbá időbeli korlátozás nélkül abban a levéltári anyagban, amelyet már nyilvánosságra hoztak, illetőleg, amelynek tartalmát az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény szerint mindenki megismerheti, a kutatni kívánt téma megjelölését tartalmazó kérelemre bármely természetes személy ingyenesen kutathat, és a kutatásra kiadott levéltári anyagról saját költségén másolatot készíthet.
- 1995. évi LXVI. törvény 24. (1) Ha törvény másként nem rendelkezik, a személyes adatot tartalmazó levéltári anyag az érintett halálának évét követő harminc év után válik bárki számára kutathatóvá. A védelmi idő, ha a halálának éve nem ismert, az érintett születésétől számított kilencven év, ha pedig a születés és a halálának időpontja sem ismert, a levéltári anyag keletkezésétől számított hatvan év.
- (2) A védelmi idő lejártá előtti is kutatható az (1) bekezdésben meghatározott levéltári anyag, ha
 - a) a kutatás – a kérelmező költségére – anonimizált másolattal is megvalósítható, vagy
 - b) a kutatáshoz az érintett, illetőleg annak halálát követően bármely örököse vagy hozzátartozója a kutató kérésére hozzájárult, vagy
 - c) a kutatásra tudományos célból van szükség – feltéve, hogy a 22. §-a (1) bekezdésében meghatározott harminc, illetőleg tizenöt év már eltelt – és a kutató a (3) és (4) bekezdésben meghatározott követelményeknek eleget tesz.
- (3) A közlevéltár a (2) bekezdés c) pontja szerinti tudományos célú kutatást akkor köteles engedélyezni, ha a kutató csatolja a tudományos kutatást rendeltetésszerűen végző, közfeladatot ellátó szervnek – a kutató részletes kutatási terve alapján megadott – támogató állásfoglalását.
- (4) A kutatónak írásos nyilatkozatban vállalnia kell, hogy a megismert és kigyűjtött személyes adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvénynek a tudományos kutatás céljára való adatkezelésre vonatkozó előírásai szerint meghatározott módon kezeli és használja fel, továbbá az írásos nyilatkozatban meg kell jelölnie az adatkezelés helyét.

Kutatótermi szabályzat 3.sz.melléklet

K —/20... BFL számhoz

Intézmény neve, címe: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
1088 Budapest, Vas u. 17.

iktatószáma:/2013

Támogató állásfoglalás

személyes adatokat tartalmazó levéltári anyagban történő kutatás engedélyezéséhez


A köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről szóló 1995:LXVI tv. 24. § (3.)bek. értelmében **Hirdi Henriett Éva** (sz.ig.sz./útlevél sz.: 218340PA., állandó lakcíme:1027 Budapest, Margit krt 64/A) **kutatásához támogató állásfoglalásomat kérte.**

A kutatás tárgya: **a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, jövőbeni fejlesztési lehetőségeinek vizsgálata.** A kutatás tárgyát képezi továbbá a foglalkozás-egészségügyi szakápolók elődeinek tekinthető gyárgondozónők, üzemi ápolók, bányorvosi asszisztensek működési és tevékenységi területe, képzése, a korabeli rendelők tárgyi felszerelése. időhatárai: 2013. november 11.-2013. december 31.

A benyújtott részletes kutatási terv alapján megállapítottam, hogy a kutatás tudományos célúnak minősül, a személyes adatot tartalmazó levéltári anyagban történő kutatás engedélyezését támogatom.

Budapest, 2013. november 11.




Prof. Dr. Mészáros Judit
rektori tanácsadó

Felhívjuk a támogatói állásfoglalást kидó szervezetek vezetőinek figyelmét, hogy a nyilatkozatban megjelölt jogszabályi helyek (amelyek szövegét az alábbiakban csatoljuk) értelmében a tudományos kutatási támogatással gyűjtött adatok, illetve az ezek felhasználásával készült kéziratok csak anonimizáltan tartalmazhatnak minősített személyes adatokat. Amennyiben e munkák elkészítése során a szenzitív adatok közlése elkerülhetetlen, úgy a munka nyilvánosságra hozatala (sokszorosítás, vagy akár csak egyetlen példányban történő közkönyvtári elhelyezés) esetén mindennemű felelősség a támogató szervet, illetve annak vezetőjét terheli.

Felhívjuk kutatáink figyelmét, hogy a rendelkezés értelmében a fenti állásfoglalást csak a **támogató cég hosszú és körbélyegzőjével** ellátva, az **intézmény vezetőjének** (egyetem esetében dékánjának, — hallgatók esetében — esetleg tanszékvezetőjének) **nevét is alágépelve, aláírásával,** áll módunkban elfogadni.

Nyt.szám: 1260/2012

KUTATÁSI KÉRELEM

A kutató neve: **Hirdi Henriett Éva**

Anyja neve: Kulcsár Éva

Születési helye és ideje: Budapest, 1977. július 05.

Állandó lakhelye: 1027 Budapest, Margit krt. 64/A

E-mal címe: hirdi.henriett@gmail.com

Telefonszáma: +36-30-250-4709

Állampolgársága: magyar

Személyi okmány száma: szig. 667619BA

Kutatási témám a munkahelyi egészségfejlesztés hatékonyság vizsgálata, ezen belül is a foglalkozás-egészségügyi szakápolók preventív tevékenységének vizsgálata. Témavezetőm Prof. Dr. Mészáros Judit, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar dékánja.

Előzőekkel összefüggésben szeretnék egy országos felmérést indítani, Magyarország területén a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményeinek, egészségi állapotának megismerése, valamint aktuális problémáinak összegyűjtése és szakmai-fejlődési útjainak keresése céljából.


Vizsgálati módszer: Anonim, önkitöltéses elektronikus kérdőíves adatgyűjtés a MESZK internet portálján keresztül.

A kutatás tervezett időtartama: 2012. július 1. – 2012. december 15.

KUTATÓI NYILATKOZAT

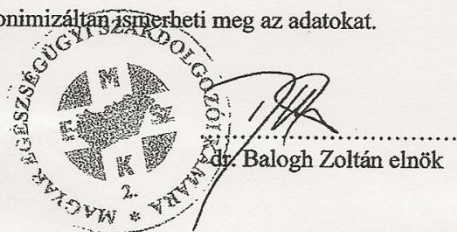
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy az adataimat a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara nyilvántartásba vegye. Vállalom, hogy a kutatásra vonatkozó jogszabályokat betartom. Alulírott vállalom, hogy a megismert és kigyűjtött adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. számú törvényben meghatározott módon kezelem és használom fel.

Budapest, 2012. április 5.


Hirdi Henriett Éva

A kutatást engedélyezem. A kutató anonimizáltan ismerheti meg az adatokat.

Budapest, 2012. 05. 17

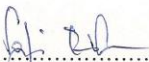

Dr. Balogh Zoltán elnök

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott **Sápi Erika Ildikó** (Szül: Budapest, 1961. december 12., An: Klucsnik Borbála) személyes adataim kezelésével kapcsolatos minden tényre, így különösen az adatkezelés céljára, jogalapjára, az adatkezelésre és az adatfeldolgozásra jogosult személyekre, az adatkezelés időtartamára, illetve arra, hogy kik ismerhetik meg adataimat, továbbá az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimra és jogorvoslati lehetőségeimre kiterjedő tájékoztatást követően önként hozzájárulok az általam közölt személyes adataim kezeléséhez.

Jelen önkéntes hozzájárulásom kiterjed arra is, hogy Hirdi Henriett Éva (Szül: Budapest, 1977. július 05., An: Kulcsár Éva) „A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, fejlesztésének lehetőségei” című doktori értekezésében 27/1997. törzsszámú üzemi ápolói bizonyítványom másolatát és azon szereplő személyes adataimat értekezésében megismertesse, elhelyezze.

Budapest, 2013. november 01.


.....
Sápi Erika