

Mi védi a védőnőt?

A kiegésző okai, megelőzési lehetőségei egy sajátos szakma területén

Tanulmányomat egy világszerte egyedülálló szervezetről, a magyar védőnői szolgálatról írtam. Feltételezésem szerint a védőnők segítőfoglalkozású szakemberekként érintettek a kiegészőben. A munkáltatók nem tartják fontosnak a kiegésző megelőzését, a védőnők viszont fontosnak tartják lelki egészségük védelmét. Hipotéziseim alátámasztásához kérdőíves vizsgálati módszert választottam. Vizsgálatom eredményeit és a szervezeti változtatási lehetőségeket számba véve megállapítható, hogy a kiegésző hatékony megelőzéséhez szükségesek lennének szervezeti változások, valamint egységes és erős érdekképviselő. Ennek hiányában önszerveződő helyi szakmai műhelyek, prevenció csoportok létrehozása, önmagunk tudatos védelme hangsúlyozandó.

Kulcsszavak: védőnő, kiegésző, szervezeti felépítés, lehetőségek.

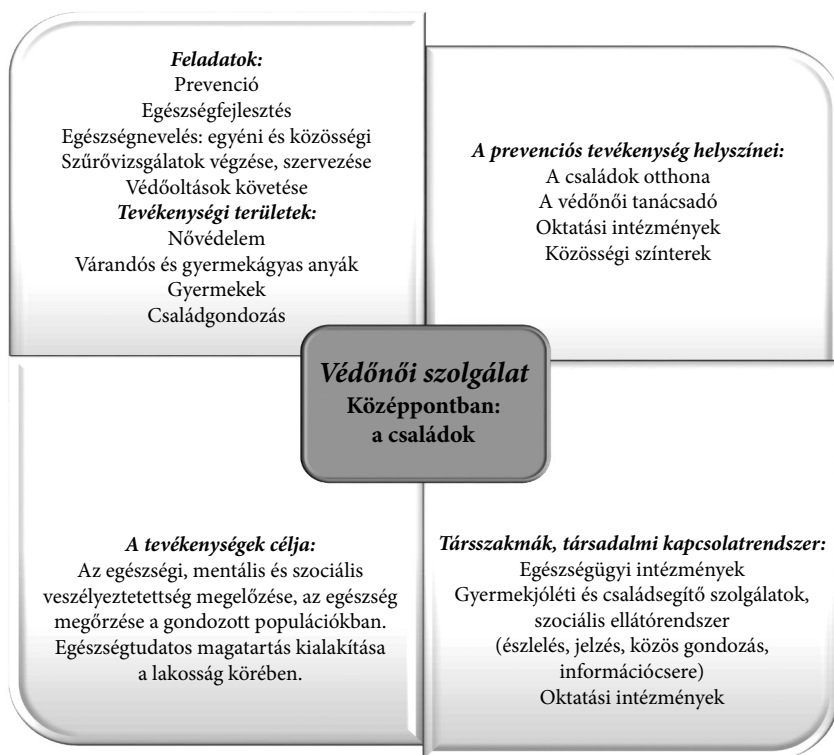
A VÉDŐNŐ MINT HUNGARICUM

A védőnői hivatás egyedülálló a világon, mert Magyarországon kívül sehol máshol nincs jelen ebben a formában olyan prevencióra kiképzett segítő szakember, aki ilyen szerteágazó módon támogatná a családokat a gyermekvárás és gyermeknevelés időszakában. Így van ez több mint száz éve. 1908-ban alakult meg az Országos Anya- és Csecsemővédő Egyesület, majd 1915-ben az Országos Stefánia Szövetség, amelyek célja szintén az anya- és csecsemővédelem volt. „A szövetség keretében indult útjára egy új egészségügyi szakma, a védőnői foglalkozás, amely elindította hazánkban a prevenció hivatásos elkötelezettjeinek munkáját.”¹ A sokoldalú tevékenység középpontjában a családok, gyermekek egészségvédelme, a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint az egészségfejlesztés áll. A védőnői szolgálat feladata tehát elsősorban a prevenció, célja a gondozott családokban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, az egészségfejlesztés, egészségnevelés, egészségtudatos magatartás tanítása a lakosság körében. A védőnői munka területei: nővédelem, a várandós és gyermekágyas anyák gondozása, a gyermekek gondozása a születéstől hatéves korig, illetve a tanköteles kor végéig, valamint komplex családgondozás. Ezenkívül feladat még szűrővizsgálatok szervezése, védőoltások előkészítő munkálatai, egészségnevelő és egészségvédő közösségi programok szervezése a gondozottak számára. Rendszeres kapcsolattartás az egészségügyi, gyermekjóléti és szociális ellátórendszer szakembereivel, a védőnő területén lévő oktatási intézményekkel, veszélyeztetettség észlelése esetén jelzési kötelezettség a megfelelő intézmény, hatóság felé. A védőnő szoros kapcsolatban áll gondozottaival, az egyén szükségletének megfelelően

¹ KAHLICHNÉ DR. SIMON M.: *A védőnői hivatás története*, Medicina, Budapest, 2015, 26.

tanácsot nyújt az egészséggel kapcsolatos, a szociális helyzettel összefüggő, illetve a lelki egészségvédelemre vonatkozó kérdésekben. Jelenleg négy szakirányban lehetséges elhelyezkedni a védőnői szakmán belül: körzeti védőnőként falun, illetve városban, iskolai védőnőként általános és középiskolákban, kórházi védőnőként a kórházak újszülöttsztyán, valamint a családvédelmi szolgálat védőnőjeként a kormányhivatal járási hivatalainak népegészségügyi osztályain. A szolgáltatások színterei a védőnői tanácsadó helyiség, a családok otthonai, az oktatási vagy egészségügyi intézmény, valamint a közösségi terek. A védőnő területi ellátási feladatait a 49/2004. (V. 21.) ESZCSM-rendelet² szabályozza. A kötelező és az önként vállalt feladatok nagyon nagy számúak. A védőnőt napi munkáján kívül, jogszabályokra hivatkozva rendkívüli vagy időszakos feladattal is megbízhatja a munkáltatója vagy az ÁNTSZ. A védőnői feladatokat a jogszabályokon kívül protokollok, ajánlások, módszertani levelek, szakfelügyeleti iránymutatások is szabályozzák.

A védőnői szolgálat főbb feladatai, munkaterületei



Ma is jellemző, hogy a védőnő gyakran „magányos harcos”, különösen vidéken, ahol sok esetben teljesen egyedül viszi körzetét. Városi körzetekben is ideje többségében egyedül

2 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC



dolgozik munkaterületén. A családok körében, ahol tevékenykedik, ugyanúgy, mintha egy iskola vagy a családvédelmi szolgálat védőnőjeként végzi a munkáját, gyakran találkozik akár normatív, akár egyéb krízisekkel (gyermektelenség, abortusz, családon belüli erőszak stb.), aminek következtében érzelmileg folyamatosan terhelődik. Ezért – hasonlóan az emberekkel foglalkozó többi hivatás képviselőihez – ki van téve a kiégés veszélyének, viszont a munkáltatók részéről ennek elismerése, felismerése gyerekcipőben jár még, s jelenleg kevés lehetőség van ennek megelőzésére és a védőnők lelki egészségének megőrzésére, hacsak valaki egyénileg, tudatosan nem tesz lépéseket önmaga érdekében.

Tanulmányomban szeretném bemutatni, milyen eredményekre jutottam a védőnők mentálhigiénés állapotának 2016-ban végzett felmérése nyomán, valamint hogy milyen lehetőségek vannak a lelki egészségük védelmére az adott szervezetekben, illetve azok megújulása esetén. Ehhez szükséges lesz megismerni a védőnői szolgálatok helyét a magyar egészségügyi rendszerben, szervezeti felépítésük jellemzőit, annak előnyeit és hátrányait, és a védőnők helyzetét az adott szervezeteken belül.

A VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT SZEREPE ÉS HELYE A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN

„Magyarországon az állam szerepvállalása az egészségügyben az elmúlt évtizedekben többször is változott. A rendszerváltásig a szocialista egészségügyben az állam irányító szerepe mellett az állam tulajdonában volt az ellátórendszer valamennyi szegmense (háziorvosi rendeltőtől a kórházakig bezárólag), az egészségügyi dolgozók állami alkalmazottak voltak, az egészségügy finanszírozása az állami költségvetésből történt, s az egészségügyi ellátás – fokozatosan – a teljes lakosságra kiterjedt, állampolgári jogon. A rendszerváltást követően ezt a monolit struktúrát annyiban változtatták meg, hogy az állam változatlanul fenntartotta az irányítói jogkörét, biztosítási alapokra helyezték az igényjogosultságot, azaz az ellátást csak a járulékot megfizetők kaphatják térítésmentesen vagy részleges térítési díj ellenében, a biztosító ugyan önálló költségvetéssel gazdálkodik, de mivel része az államháztartásnak, az esetleges hiány fedezésére az állam garanciát vállal, és egyre nagyobb mértékben adókból fedezi az ellátás költségeit. Az ellátórendszerben a magán- és egyéb (pl. egyházi) tulajdonú ellátók is szerepet kaptak (még az állami tulajdonúban is), nemcsak állami alkalmazottak, de önálló vállalkozók is működhetnek.

Az egészségügyi ellátás alapja a háziorvosi rendszer, mely a nagyobb településeken különváltik felnőtt- és gyermek-alapellátásra. A háziorvosi rendszer a védőnői rendszerrel, a fogászati alapellátással, a foglalkozás-egészségügyi ellátással és – bizonyos elméleti megköötések mellett – az otthoni szakápolással együtt alkotja az alapellátás rendszerét. A települési önkormányzatok (városok, falvak) feladata az alapellátás biztosítása a területükön élők számára. Ezt megtehetik saját tulajdonú, saját alkalmazásban álló szakemberekkel, de megtehetik nem önkormányzati alkalmazottakkal is, szerződéses alapon.”³

3 GÉHER P. – JÁVOR A.: Egészségügyi szervezetelmélet és redszertudomány, e-Book, 2011, 17., 41., 43. <http://semmelweis.hu/>



A VÉDŐNŐI SZOLGÁLATOK SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE

A védőnői szolgálatoknak területi ellátási kötelezettségük van. A szolgálatokat az önkormányzatok tartják fenn.⁴ A védőnő a helyi önkormányzatnak – város esetén valamely intézményének, falu esetén magának az önkormányzatnak – az alkalmazottja mint közalkalmazott. Ennek alapján azt mondhatnánk, hogy a védőnő szervezetileg az őt foglalkoztató intézmény vagy önkormányzat tagja. Ám ez nem ilyen egyszerű. Tulajdonképpen hova tartozik a védőnő?

A saját példával szeretném bemutatni, mi jellemző általában a védőnői szervezetre.

Egy egyszerűen védőnői szolgálatnál dolgozom, azonos munkáltatóhoz tartozó, egészségügyi területen tevékenykedő kollégák nélkül. A munkáltatóm az önkormányzat, közvetlen munkahelyi, szakmai kompetenciával nem rendelkező, csak munkáltatói jogokat gyakorló felettesem a polgármester, akivel szabadságot, továbbképzéseket, bérügyeket kell egyeztetnem, valamint egészségfejlesztéssel kapcsolatos munkáimat, ha anyagi vonzatuk is van (például vendéglőadó tiszteletdíja). Ez havi néhány megbeszélést jelent. Szakmai tekintetben tehát nincs felügyeleti kompetenciája a munkáltatómnak. Jogi szempontból az önkormányzatnak mint szervezetnek elszigetelt, önálló tagja vagyok.

Szakmai részről, a törvényben előírt kötelezettség alapján a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának mint szakmai szervezetnek a tagja vagyok. Tagja vagyok továbbá a Magyar Védőnők Egyesületének mint szakmai szervezetnek, ez önkéntes vállalás. E szervezetek tagjaként a szakmai munkát illetően javaslattevési lehetőségem van, de döntési helyzetben csak a szervezetek vezetői vannak, kivéve a bizonyos időnként megrendezett tisztségviselő-választásokat, ahol szavazati jogom van.

Egy épületben dolgozom a területemet ellátó vegyes praxisú háziorvossal és ápolónőjével, akikkel valaha munkáltató szempontjából is egy szervezethez tartoztunk, de praxisának vállalkozásba vételével ez megszűnt. Ezzel egyidejűleg az alapellátás rendszere is megváltozott, mellérendeltségi viszony alakult ki, míg előzőleg az közvetlen szakmai felettes a háziorvos volt. Jelenleg együtt, egymással, egymás munkáját kiegészítve dolgozunk, kiki a saját területén.

Jogi szempontból ez ugyan nem tekinthető szervezetnek, de szakmai szempontból egy szervezetet alkotunk a járás és az ország védőnőivel, akik sok különböző munkáltatónál dolgoznak, és akikkel ellenőrzési szempontból azonos szakmai felügyeleti szerv alá tartozunk (Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat). A járási kollégákkal háromhavonta közös értekezleteken van személyes kapcsolatunk. Mellérendelt viszonyban vagyunk, közvetlen szakmai felettesünk a járási vezető (szakfelügyelő) védőnő, illetve a járási tiszti főorvos, akik a kormányhivatal alkalmazottai. Az utóbbi évek kormányzati terveiben szerepel, hogy a védőnők országosan, egységesen állami fenntartású szervezetté váljanak, Országos (Nemzeti?) Védőnői Szolgálat néven, melynek munkáltatója az állam volna. Ebben az esetben egyszerűbb lenne megfogalmazni, mely szervezethez is tartozom igazán, jogi és szakmai szempontból is egységessé válna a helyzet.

4 A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8.§. 1. pontjának megfelelően.



Tehát mi is az én szervezetem, és hol a helyem benne?

Áttekintve az eddig leírtakat elsősorban az önkormányzat tagja vagyok. Ebben a szervezetben a saját szakterületemen meglehetősen nagy szakmai önállósággal dolgozom, egyeztetési kötelezettségem főleg a védőnői szolgálat költségvetését érintő ügyekben van. Egyetlen munkahelyi felettes vezetőm a polgármester. Beosztottam nincs, a területi gyakorlatra időnként mellém beosztott főiskolai hallgatók kivételével, ez évi két-három hónapot érint.

Mind az önkormányzattal, mind a szakmai vezetéssel való kapcsolatról elmondható, hogy a védőnői rendszer felépítése – az egészségügyre és az állami rendszerekre jellemzően – leginkább lineáris. Többszintű hierarchia jellemzi, egyértelmű felelősségi körökkel. Bizonyos azonosságok fellelhetők a lineáris rendszerek³ és a védőnői szervezeti rendszer között: minden beosztott egy személytől kap utasítást (ez szakmai és munkáltatói szinten is igaz a védőnőkre), a lefelé irányuló feladatmegjelölés és a felfelé jelentés is jellemző, akárcsak a vertikális és horizontális irányú bővülés lehetősége. Egydimenziós szervezetnek tekinthető, amennyiben a prevenció megvalósítása az elsődleges feladata. A munka során operatív, stratégiai és (egy-egy pályázatokkal kapcsolatosan) projektjellegű feladatok is adódnak, ami miatt többdimenziósnak is tekinthetnénk, de mivel mindezen feladatok a prevencióval függnek össze, inkább egydimenziósnak értékelhető. A körzeti védőnők szakmai felügyelője a városi vezető védőnő, felette a megyei vezető védőnők, illetve az országos vezető védőnő helyezkedik el. A vezető védőnők a velük egy intézményben dolgozó tisztviselő főorvosok irányítása alatt dolgoznak a kormányhivatalok népegészségügyi szerveiben. A működést helyi szakmai szinteken (területi védőnő – területi vezető védőnő – megyei vezető védőnő) eddig többnyire az együttműködésre törekvő jellemezte, bár az utóbbi időben a kolléganők szerint az országos vezetés szintjéről nyomás és kísérletek tapasztalhatók a mindenáron való meggyőzésre, illetve a területen dolgozók véleményének figyelmen kívül hagyására, látszólagos egyeztetés mellett. Félő, hogy a konstruktivitásra törekvő helyi szintű szakmai szervezeti kultúra gyengül, és egyre erőteljesebben defenzív irányba mozdul.

Érzelmi szempontból a védőnői szolgálatok összességét és az e területen dolgozó kolléganőket, valamint a szakmai vezetést tekintem a szervezetemnek. Azonban arra, hogy ez ténylegesen így lehessen, a tervezett országos szolgálat létrehozása nyújtana lehetőséget. Ezzel kapcsolatban azonban felmerül egy kérdés: megmarad-e az eddig nagyra becsült viszonylagos autonómia (a saját magam által szervezett és beosztott munka), mi lesz az önkormányzatoknál kapott juttatásokkal (cafeteria, utazási költségtérítés stb.), amelyek kiegészítik az országos viszonylatban az egyéb diplomával rendelkezőkéhez képest alacsonyabb tekinthető védőnői béreket?

Ami tehát jelenleg biztosan érzékelhető, az a tervezett változás és a jövő bizonytalansága, mind a szervezeti felépítés, mind a kormányzat részéről várhatóan bővíteni kívánt védőnői kompetenciák esetében. Mindez egyre fokozódó elégedetlenséget és bizonytalanságot szül a védőnők körében, hisz a munkaidő véges, az elvárt feladatok köre és ezzel az amúgy

5 Márkus B.: *Térinformatikai menedzsment 1. Menedzsmentismeretek*, 2010: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0027_TEM1/ch01s04.html



is sok időt elrabló adminisztrációs terhek pedig egyre nőnek. Ugyanakkor a megbecsülés hiánya és a fentebb említett lelki megterhelés is jelen van, mindez pedig fokozottan növeli a kiegész veszélyét, és felhívja a figyelmet a munkahelyi mentálhigiéné fontosságára.

A VÉDŐNŐK MENTÁLHIGIÉNÉS ÁLLAPOTÁNAK ÉS ELÉGEDETTSÉGÉNEK FELMÉRÉSE

A felmérést az érintettek által online felületen elérhető, önkitöltős, kérdőíves módszerrel végeztem. Kérdőívem elkészítéséhez a Google Drive-ot használtam. Azért választottam ezt a módszert, mert arra törekedtem, hogy minél több kolléganőhöz elérjenek a kérdéseim. Így láttam megvalósíthatónak, hogy az ország eltérő régióiból minél több, különböző munkáltatók által foglalkoztatott, sokféle munkakörülményű védőnő válaszoljon a kérdésekre. A kérdőív szerkesztése során igyekeztem a kolléganők által elfogadható hosszúságú kérdéssort összeállítani, amely tartalmazza a lényeges tényezőket, ugyanakkor bonyolultságával és terjedelmességével nem riasztja vissza a kitöltőt. Ennek érdekében tanulmányoztam a kiegészéssel foglalkozó internetes oldalakon megtalálható kérdéssorokat, és igyekeztem a védőnők számára megfelelően felhasználni őket, kiegészítve a védőnői prevencióra vonatkozó kérdésekkel. A kérdőívet online küldtem el az érintetteknek, túlnyomó részben a Facebookon megosztva. Azért választottam a védőnőket tömörítő zárt csoportot, mert 2375 tagja volt akkor (azóta ez a szám gyarapodott), tehát a védőnői társadalomnak kicsivel több mint a fele képviseltette magát benne. A zárt csoport és a körülbelül húsz célzott e-mail előnye, hogy nem merül fel az illetéktelen kitöltés lehetősége, ugyanis a célcsoporton kívüli személyek nem juthattak hozzá a kérdőívhez. Tehát biztos lehettem abban, hogy csak védőnők töltik ki a kérdőívet. A kérdőívben túlnyomó részt zárt kérdéseket alkalmaztam.

A személyes kérdéseken túl két fő része volt a felmérésnek: a jelen mentálhigiéné állapota, illetve a prevencióra vonatkozó kérdések.

Hipotéziseim:

- A válaszoló védőnők nagyobb százaléka mutatja a kiegész tüneteit, mint amennyi nem.
- A munkáltatók nagyobb része nem tartja fontosnak dolgozója lelki egészségét.
- A válaszadók nagyobb része igényli és fontosnak tartja a lelki egészsége védelmét célzó programokat.

Eredmények:

A kérdőívet 216 válaszoló töltötte ki (a védőnői Facebook-csoport 9,1%-a). A kitöltők átlagéletkora negyvenkét év, a legfiatalabb huszonhárom, a legidősebb hatvannégy éves. A harminc-negyven évesek száma volt a legjelentősebb: 86 fő. A negyvenegyes és ötven év közöttiek száma 56 fő volt, az ötven és hatvan év közöttiek száma 54 fő, a hatvan év feletiek és a harminc év alattiak száma elenyésző. Tehát a legaktívabb válaszadók a harmincas és ötvenes éveik között járó kolléganők közül kerültek ki. A fiatal kolléganők alacsony számát több dolog indokolhatja: egyrészt kezdőként kevésbé érinti és/vagy érdekli őket a kiegész, másrészt a védőnői pályára is jellemző – az egészségügy többi területén is felfedezhető – egyre növekvő átlagéletkor, ami azt is jelenti, hogy csökken a főiskoláról kikerülve ezt a pályát választó fiatal nők száma.

A munkában töltött évek számát tekintve elmondhatjuk, hogy a válaszadóknak nagyjából a fele (51%-a) a tíz évnél hosszabb ideje dolgozók közé tartozik, amint arra az életkori adatok alapján számítani is lehetett. Ebből következtetni lehet arra, hogy valószínűleg a kiegészítő leginkább érintett korosztály töltötte ki a kérdőívet.

Azt az adatot vizsgálva, hogy mely településformákon dolgozó védőnők milyen arányban válaszoltak, azt lehet elmondani, hogy nagyjából azonos arányú a válaszadók száma, akár a falun, akár a városokban vagy nagyvárosokban dolgozók számát nézzük.

Az első három bevezető kérdés után következtek a jelen mentálhigiénés állapotra vonatkozó kérdések. A válaszokat ötfokozatú skálán lehetett megadni, attól függően, hogy az adott kérdésben megfogalmazottak mennyire jellemzőek a válaszadóra (nem, kicsit, közepesen, gyakran, mindig). A jelen mentálhigiénés állapot egyik meghatározó eleme, hogy mi jellemzi a fizikai állapottal kapcsolatos érzéseket. Erre vonatkozóan három témára kérdeztem rá:

- fáradtság, kimerültség;
- kis testi panaszok;
- alvászavarok.

A válaszok alapján megállapítható, hogy a védőnők jelentős része valamilyen mértékben kimerültebbnek érzi magát a megszokottnál: 20,1% kicsit, 33,6% közepesen, 32,7% gyakran érez így, míg a „nem jellemző” és „mindig jellemző” válaszok aránya hasonló.

A korábban megszokottnál több kis testi panasz esetében azt látjuk, hogy a válaszolók 27,8%-ára ez nem jellemző, viszont a válaszok kétharmad részében megjelenik kisebb-nagyobb mértékben jellemző panaszfokozódás. A válaszadók közel felében közepesen, gyakran vagy mindig jellemzően. Az alvászavarok esetén szinte ugyanezt látjuk, a többség küzd valamilyen mértékben jellemző alvászavarral.

Tehát a válaszolók jelentős hányadánál jelen van bizonyos mértékben a kimerültség, a testi panaszok és az alvászavar.

A továbbiakban az érzelmi és mentális állapotra, az emberi kapcsolatokra, valamint a konkrétan a munkára vonatkozó kérdések következtek.

A munkatársakkal szemben megnyilvánuló ingerlékenység nem vagy csak kicsit jellemző a válaszolók nagy részénél, mintegy 70%-ánál. 18,4%-ukra közepesen, 10,6%-ukra gyakran jellemző. Ugyanígy nem vagy csak kicsit jellemző a beszélgetések elodázása a többségre (64,6%), a fennmaradó csaknem 40% esetében a „közepesen” és a „gyakran jellemző” válaszok képviselik a többséget, a „mindig jellemző” válaszok száma elenyésző.

Kiugróan magas azoknak a száma, akiket otthon is foglalkoztatnak a munkahelyi gondjaik, csak 5,1% válaszolta azt, hogy ez nem jellemző, tehát a válaszolók 94,9%-ára valamilyen mértékben jellemző, hogy gondolataikat otthon is lefoglalják a munkahelyi feladataikkal kapcsolatos gondjaik; 31,5%-ot gyakran, 19%-ot mindig foglalkoztatnak e kérdések.

Az „úgy tűnik, hogy újabban kevésbé tudok odafigyelni a dolgaimra” állítás esetében a „közepesen jellemző” és a „gyakran jellemző” válaszokat adók a csoport 48,1%-át tették ki, a „kicsit jellemző” válasz 29,3% volt, tehát itt is elmondható, hogy a többséget érinti ez a probléma valamilyen mértékben.

A határidők lekésése nem vagy alig jellemző a válaszolók 62,2%-ára, de a maradék (közepesen, gyakran vagy mindig jellemző) még így is elég jelentős számot tesz ki.



Figyelemre méltó, hogy amíg a többség „gondolatban” hazaviszi a munkát, a valóságban is hazavitt munka egyáltalán nem (34,3%) vagy csak kicsit jellemző (24,5%). Hogy miből adódik a különbség? Feltételezhetően abból, hogy a munkaidő nagy részét a gondozottakkal folytatott tevékenységek teszik ki, a másik jelentős rész az adminisztráció. Ebből természetesen hazavinni a papírokat, jelentéseket lehet, a gondozottakat, a velük való problémákat „csak” gondolatban visszük haza.

A „gyakran úgy érzem, senki sem ért meg” állítás 28,2% kivételével szintén mindenkre jellemző valamilyen mértékben (34,3%-ra kicsit, 21,3%-ra közepesen, 13%-ra gyakran, és csak 3,2%-ra mindig), tehát több mint 70% itt is érintett.

A hazavitt munkát követő második legmeghatározóbb adatsor a „hajlamos vagyok arra, hogy kielégítsem mindenki igényeit, csak a sajátjaimmal nem” állításra vonatkozik. Szignifikánsan magasabb azoknak a száma, akikre ez jellemző (90,7%), mint akikre nem, és ezen belül is magas azoknak az aránya, akikre ez gyakran vagy mindig jellemző (49,1%). Érdekes látni, hogy körülbelül azonos arányban vannak a munkát gondolataikban hazavivő kolléganők azokkal, akik úgy érzik, hogy hajlamosabbak mások igényeit kielégíteni, mint a sajátjaikkal foglalkozni. Ez arra enged következtetni, hogy minél magasabb mértékben foglalkozik valaki otthon gondolatban a munkájával, annál valószínűbb, hogy mások igényeit a sajátjai elé helyezi.

A munkát unók között magas a „nem jellemző” válaszok száma (34,6%), és ez a „kicsit jellemző” válaszokkal együtt 63,6%-ot tesz ki, tehát ez a megállapítás nem mondható általánosan jellemzőnek, a válaszolók harmadában azonban – közepesen, gyakran vagy mindig jellemző módon – jelen van ez az érzés.

Az emberekbe vetett bizalom színes képet mutat. Azon válaszolók aránya, akikre nem jellemző a bizalmatlanság, 25,9%, csak kicsit jellemző 27,3%-ra. Ez a válaszolóknak több mint a felét jelenti (53,2%). A maradék 50% felét a „közepesen jellemző” csoport adja, 16,2%-ra gyakran, 5,6%-ra mindig jellemző e tulajdonság.

Az önbizalom kérdésében is hasonló az eredmény, bár kissé több, 58,4% az első két kategóriába eső válasz, a közepesen 23,4%, a gyakran 12,6%, a mindig 4,7%. Az önbizalom és az emberekbe vetett bizalom jellemző mértéke között összefüggés látható: az önbizalom mértékével közel azonos arányú, mondhatnánk egyenesen arányos az emberekbe vetett bizalom. Azaz körülbelül annyira tudok bízni az emberekben, mint önmagamban.

Az életkedv elvesztése a válaszolók nagy részére (59%) nem jellemző, a maradék 41%-ból kicsit jellemző 18,9%-ra, közepesen 13,4%-ra, gyakran érzi ezt 6,9%, és mindig 1,8%.

A munka erkölcsi és anyagi megbecsülésével a legtöbb válaszadó elégedetlen, főként az anyagi megbecsüléssel (63,4%), de az erkölcsi megbecsülés is sokaknak gondot okoz, a válaszadók 42,3%-a nyilatkozott így.

A kérdőív utolsó részét a prevencióra vonatkozó kérdések alkották.

A prevencióról szóló első kérdéssel a munkáltatók attitűdjét próbáltam felmérni azzal kapcsolatosan, hogy fontosnak tartják-e dolgozóik lelki egészségének védelmét. A védőnők nagy többsége (76,9%) válaszolta azt, hogy munkáltatójuk nem tartja fontosnak a dolgozók lelki egészségét, és csak 23,1% válaszolt igennel. Ez az eredmény alátámasztja egyik hipotézisemet, miszerint Magyarországon a munkáltatók ma nem tulajdonítanak jelentőséget dolgozóik lelki egészségének, feltételezhetően ezért van az, hogy nem is nagyon elérhető, legalábbis az egészségügy területén nem jellemzők vagy csak elenyésző mértékben

fordulnak elő a lelki egészségvédelmet szolgáló programok, intézkedések. Ugyanakkor a munkavállalók szempontjából feltéve ezt a kérdést („Ön szerint fontos-e a védőnő lelki egészségének állapota a munkavégzés minőségének szempontjából?”) szignifikáns mértékű, 99,1%-os az igennel válaszolók aránya. Ezzel hipotézisemnek az a tétele is igazolódott, mely szerint a védőnők munkájuk minőségére nézve fontosnak tartják lelki egészségük állapotának hatását.

A prevencióra vonatkozó harmadik kérdéssel azt szerettem volna megtudni, vajon kitől, honnan várják a védőnők a lelki egészségük védelmét szolgáló programok, lehetőségek megszervezését, utolsó kérdésem pedig arra vonatkozott, hogy mit tartanak reális esélynek, a munkáltatók vagy a saját maguk által kezdeményezett egészségmegtartó programokat, avagy van-e más ötletük, elvárásuk erre nézve. Érdekes látni, hogy annak ellenére, hogy szinte mindenki úgy nyilatkozott, hogy fontos a védőnő lelki egészsége a megfelelő munkavégzéshez, 8,3% azt válaszolta, hogy nem venne részt semmilyen megelőző programon. Ez a mértékű válasz meglepetést okozott számomra, az előző kérdés válaszai alapján ennél sokkal kisebb arányú ilyen jellegű válaszra számítottam. Ha szinte mindenki fontosnak tartja a saját lelki egészségét a minőségi munkavégzéshez, akkor vajon mi lehet az oka ennek a 8,3%-nak? Lehetséges, hogy a kiegészítő súlyosabb tüneteit mutató kolléganők válaszai ezek, akik már reménytelennek és értelmetlennek tartanak minden próbálkozást? Esetleg az egyéni megelőzés az, ami mellett letették volna a voksukat, ha lett volna ilyen választási lehetőség? Mindenesetre elgondolkodtató és meglepő volt számomra látni ezt az adatot. A többi válaszadó nyitott a megelőző programokon való részvételre, bár jelentős, majdnem 50% azoknak a száma, akik ezt csak akkor tennék, ha azt a munkáltató finanszírozná; 41,9% bármilyen lehetőségnek örülne, tehát feltételezhetően még a saját költségén is igénybe venné a védőnők számára szervezett programlehetőségeket. Ugyanakkor arra a kérdésre felelve, hogy „Ön szerint milyen rekreációt és lelki egészségvédelmet szolgáló programoknak van realitásuk?”, a válaszolók 75,9%-a gondolja úgy, hogy realitása inkább annak van, ha a védőnők saját maguk szervezik meg ezeket a prevenció programokat. Ez összecseng azzal, hogy a munkáltatók nem igazán tartják fontosnak a dolgozói mentálhigiéniét, s mivel a dologozók ezzel a tapasztalattal szembesülnek, így nem is nagyon tartják reálisnak, hogy a munkáltatójukra számíthatnának ilyen programok szervezésében, ami véleményem szerint nem feltétlenül jelenti azt, hogy a más által szervezett megelőző jellegű programokon való részvételt a munkáltatók soha nem finanszírozzák. Erre példa és bizonyosság a kaposvári járás védőnői körében általam meghirdetett és megszervezett, kiegészítő megelőző tréning, amelyet a kolléganők fokozott érdeklődése kísért, és ahol a részvételi díjat három kivétellel minden munkáltató támogatta anyagilag, annak ellenére, hogy ez nem volt pontszerző továbbképzés. Esetemben is elmondható, hogy fontos kritérium volt a munkáltatók anyagi támogatása, ellenkező esetben szinte lehetetlen lett volna a projekt létrehozása, mert a kolléganők nagy része az egészségügyben uralkodó alacsony jövedelmi viszonyok miatt nem tudta volna vállalni a tréning árának kifizetését.

Azok között, akik az egyéb lehetőséget jelölték meg az utolsó kérdésnél, az alábbi válaszok születtek: fogalmam sincs, nem vennék részt, minisztériumi döntés-szervezés, saját családi-baráti kör programjai, mindkettő (munkáltató és védőnők által szervezett), nem tudom, semmi, kikapcsolódás, anyagi megbecsülés (amiből fedezhetem), magunkért

magunknak kell tenni, az Országos Egészségfejlesztési Intézet által szervezett, személyre szabott programok, sport- és túraszervezés.

Örvendetes tény, hogy az egyén önmagával szemben meglévő felelősségének jelentősége a válaszoló védőnők többsége számára nyilvánvaló, amire abból lehet következtetni, hogy fontosnak tartják saját lelki egészségük védelmét, és nagy hajlandóságot mutatnak arra, hogy tegyenek is magukért.

A jelenlegi szervezeti felépítésben tehát a védőnők lelki egészségvédelmét szolgáló lehetőségek a sokféle munkáltató egyéni hozzáállásán, valamint a védőnők önmagukkal szemben meglévő igényén múlnak.

Az, hogy a jövőben mi várható, természetesen attól függ, hogyan és milyen irányban változnak, újulnak meg, egyáltalán megújulnak-e a jelenlegi szervezetek.

A VÉDŐNŐI SZERVEZETEK MEGÚJULÁSI LEHETŐSÉGEI

„A kiegészítő szervezeti megközelítéseinek közös jellemzője, hogy az intézmény szervezeti struktúrájában keresik és találják meg a kiegészítő legfontosabb faktorait: az autonómiát, a kontrollt, a jutalmazást, a szociális támogatást, a szervezeti stílust, a kommunikációt, ami meghatározza az intézményen belüli interperszonális kapcsolatokat is. A szervezeti megközelítések másik fontos meglátása, hogy a kiegészítő nem individuális probléma, hiszen befolyásolja a hatékonyságot, a szolgáltatások minőségét, s ezáltal az intézmény produktivitását, elismertségét is. Maslach és Leiter⁶ a munkahelyi elvárások és a személyes képességek közötti egyenlőtlenségben látják a kiegészítő kialakulásának legfőbb okát. Függetlenül a munka típusától, az intézmény szervezeti életéből következően a kiegészítő hat fő forrását állapítják meg: a túlterheltséget, a kontrollt, az elismerést, a közösség és a méltányosság hiányát, valamint az értékbeli konfliktusokat.”⁷

Ha ebből az irányból közelítjük meg a változási, megújulási feladatokat, a következő javaslatokat tehetjük a védőnői szolgálatok átalakítására:

Ha a szolgálatok továbbra is különböző fenntartásúak maradnak, egységes védőnői érdekképviseleti összefogással, amely jelenleg akadozik,⁸ kidolgozható egy olyan javaslat a munkáltatók felé, melyekben megfogalmazódnak azok a változtatási kezdeményezések, amelyek mentén a védőnők munkakörülményei, leterheltsége, megbecsülése javítható, és melyekbe beépítik a rendszeres önfejlesztés és rekreáció lehetőségét a munkavállaló számára. Ebben az esetben az érdekképviseletnek minden munkáltatóval külön kellene egyeztetnie, vagy a fenntartók feladatait szabályzó rendeletek megváltoztatásával lennének még kötelezhetőek erre a munkáltatók, ami pedig kormányzati egyeztetést igényelne a védőnőket képviselő szervezettől. Ma az látható, hogy az ilyen irányú kísérleteknek voltak ugyan bizonyos eredményei, de a hatékonyság messze elmarad a védőnők által remélttől.

6 Christina Maslach és Michael P. Leiter a kiegészítő multidimenziós megközelítésének kidolgozója.

■ 7 BORDÁS A.: A kiegészítő szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban, *Educatio*, 2010/4., 666–672.

■ 8 Jelenleg nincs egységes érdekképviselete a védőnőknek, több különböző szakszervezet tagjaiként nehezen, alacsony hatékonysággal érvényesítik érdekeiket. ■ 9 ALMÁSI GY. – BELÉNYESI E. – GÁSPÁR M.: *Önkormányzati szervezetfejlesztés*, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest, 2015, 123–135. http://vtki.uni-nke.hu/uploads/media_items/onkormanyzati-szervezetfejlesztes.original.pdf

Az önkormányzati szervezetfejlesztésről szóló egyetemi tankönyv⁹ alapján elemezve a védőnői szervezetek átalakítási lehetőségeit elmondható, hogy ez részben külső indíttatású szervezeti változásnak tekinthető, mivel a védőnői szolgálatokkal kapcsolatos változások kivitelezése érdekében egyfajta kényszerrel hatna az önkormányzatokra mint legfőbb munkáltatókra. Ugyanakkor részben belső indíttatásúnak is tekinthető, abban az értelemben, hogy a védőnők által kezdeményezett, illetve javasolt változtatásokból kiinduló folyamat. Belső indíttatású változásnak lehetne tekinteni még azt az esetet is, amikor az állami-önkormányzati fenntartású vagy bármely más szervezet tudatosan, tervszerűen, dolgozói lelki egészségvédelmének jelentőséget tulajdonítva dönt úgy, hogy megvalósítanak egy ilyen irányú változást a szervezeten belül, s erre sor is kerül.

Amennyiben létrejön a Nemzeti Védőnői Szolgálat, ugyanezt a javaslatot csak egy munkáltató felé kell kommunikálni. Ugyanakkor erős érdekképviselőre lenne szükség a jelenleg még meglévő autonómia és juttatások megőrzéséhez.

A védőnők részéről kívánt megbecsüléshez és lelki egészségük fenntartásához szükséges szervezeti változások érdekében figyelembe kell venni és fel kell térképezni az erőviszonyokat. Jelen helyzetben csak egységes érdekképviselő létrehozásával alapozható meg a közel egyforma erőviszonyok kialakulása. Itt visszautalnék kérdőívem eredményeire, amelyek azt mutatták, hogy a munkáltatók többsége valamiért nem tartja ezt fontosnak, valószínűleg sem nem érdekeltek, sem nem motiváltak ez ügyben.

„A változtatás előkészítésének kiemelkedően fontos módszere az erőtérelmezés. Kurt Lewin kutatásai teremtették meg azt a szemléletmódot, amely szerint a változás mindig valamilyen erőter hatására megy végbe. Eszerint egy változás során két nagy erőcsoport hat egy rendszerre:

- azok az erők, amelyek meg akarják változtatni a pillanatnyi helyzetet;
- azok az erők, amelyek a pillanatnyi helyzet fenntartásában érdekeltek.

Következésképpen a változás egy bizonyos pszichológiai erőtérrrel jellemezhető. Vannak hajtóerők, amelyek elősegítik a változás végbemenetelét, és vannak fékezőerők, amelyek gátolják azt. A változás csak akkor mehet végbe, ha ezek a pszichológiai hajtóerők túlsúlyba kerülnek a fékezőerőkkel szemben, és így ki tudunk mozdulni az egyensúlyi helyzetből.”¹⁰

A fejlesztésben a hard (például szervezeti struktúra, hatáskörök) és a soft folyamatok (humán tényezők) változtatása egyaránt fontos. A hard folyamatokban történő változtatások a kiterjedés mértéke alapján radikális vagy inkrementális (csak néhány szervezeti jellemzőt érintő) változtatások lehetnek. Úgy gondolom, a lelki egészségvédelemmel kapcsolatban az inkrementális változtatás elegendő lenne.

A szervezeti struktúrán belül (hard folyamatok) célszerű lenne egy olyan védőnői munkacsoport létrehozása, amely mind a munkáltatókat, mind a védőnőket segíti a fent megfogalmazottak megszervezésében és kivitelezésében. Hatáskörét tekintve ez a munkacsoport része lehetne a védőnőket szakmailag felügyelő szervezeteknek, de még inkább a mindenkor minisztériumnak, amelyhez az egészségügy is tartozik. Így megvalósulhatna, hogy a munkáltatók és a munkavállalók is aktív részeseivé váljanak a dolgozók mentális

10 Uo. 125.



egészségét védő preventív programok megszervezésének. Ez úgynevezett gyenge változásnak tekinthető, mely hatással lenne ugyan a szervezet egészére, hisz minden dolgozóra hatna, aki a szervezet tagja, a tevékenységet, a feladatkört nem érintené, az változatlan maradna. A változás sebességét tekintve a párhuzamos futtatás, a fokozatos bevezetés tűnik a leginkább kivitelezhetőnek, ami időt ad a munkáltatónak a szervezési feladatokra.

„A változás típusa szerint két elmélet az irányadó. Az egyik az E- (Economy) elmélet, amely a pénzügyi problémákat helyezi előtérbe, a másik az O- (Organizational Capacity) elmélet, amely a szervezet kapacitására fókuszál. Az E-elmélet inkább racionálisabb, addig az O-elméletet az emberi jelzővel lehet leginkább jellemezni. Szükséges, hogy az átalakuló szervezetek vezetői a két változtatási stratégia elemeit kombinálják. Ennek értelmében egy olyan célt szükséges megfogalmazni, amely nyíltan összefogja a gazdasági érdekek és a szervezet képességei között kialakult ellentétet. Optimális stratégia az, amely a két elméletet ötvözi. Először az E-, majd az O-elmélet alkalmazása a célszerű, mert így a változás hosszú távon is eredményes és fenntartható lesz.”¹¹

A soft tényezők a vezetési stílust határozzák meg a vezetési folyamatban. Amennyiben *hatalmi stratégiát* alkalmaz a vezető, akkor utasításokat követve, kényszer hatására jönnek létre a változások. *Meggyőző stratégiával* a józan észre hatva éri el, hogy a kívánt változás bekövetkezzen. *Átnevelő stratégiával* a szervezeti kultúrában hoz létre változásokat. A *megkönnyítő stratégiát* alkalmazva előzetes ígéretekkel próbálja megnyerni az alkalmazottakat (például prémium beígérése) az elérni kívánt változásoknak. Úgy gondolom, a védőnői szervezeti változások esetében a különböző stratégiák kombinálása lenne célravezető.

Időzítés szempontjából a változtatás lehet

- *reaktív*: a környezeti változásokhoz alkalmazkodó;
- *preaktív*: a várható környezeti változásoknak elébe menő;
- *proaktív*: a környezeti feltételrendszer megváltoztatására törekvő.

A védőnői szervezeti változások időszerűek lennének, s alkalmazkodnának a meglévő helyzethez (megbecsülés hiánya, rekreáció hiánya, elégtelensége), ami egyre erőteljesebben determinál a kiegészre, ezért ehhez a helyzethez alkalmazkodva történne meg a változtatás (rekreáció biztosítása, lehetőség szerint az anyagi és erkölcsi megbecsülés fokozódásával együtt), tehát reaktívnak tekinthető lenne. Ugyanakkor reagáló és megelőző is lenne a változtatás beépítése, mert a már meglévő kiegészi folyamatok felismerését és pozitív irányba változtatását ugyanúgy segítené, mint a későbbi kiegészések megelőzését.

A változás szereplőit csoportosítva négy érintettet különböztethetünk meg:

- *védnök (sponsor)*: akinek megvan a hatalma a változtatáshoz;
- *ügynök (agent)*: aki a változtatás gyakorlati kivitelezéséért felelős;
- *célpont (target)*: akinek meg kell változnia;
- *szószóló (advocate)*: aki szeretné a változást, de nincs hozzá hatalma.

Esetünkben védnöknek tekinthető a kormányzat, valamint a munkáltatók (polgármester, képviselő-testület). Ügynök lenne az a védőnői munkacsoport, amely felelne

¹¹ Uo. 127.



a kivitelezésért, valamint az önkormányzatoknál megbízott személyek, akiknek ez még feladata lenne. Célpont a munkáltató, amely ezentúl a lehetőséget és a feltételeket biztosítja, valamint a védőnő, aki elmegy a megelőző programokra, illetve nagyobb megbecsülésben részesül. Szószólók jelenleg is maguk a védőnők, akik szeretnék elérni a változást. Mivel egyelőre nem beszélhetünk megfelelő védőnői támogatásról, alapvető feladat lenne ennek felderítése vagy megszervezése, a megfelelő kormányzati intézmény, illetve személy megtalálásával vagy a megfelelő érdekképviselő létrehozásával.

Amennyiben sikerül megszerezni a megfelelő támogatást, a változási folyamat megvalósításához mindenképpen képzett és tapasztalt, a szervezetfejlesztésben jártas szakember szükséges, aki segít a probléma felismerésében és leírásában, a célkitűzés kidolgozásában, a siker ismertetőjegyeinek meghatározásában, az információk összegyűjtésében, a megoldás, a pontos intézkedési terv kidolgozásában, az intézkedések végrehajtásában és az eredményesség ellenőrzésében. A változtatás során számítani kell ellenállásra, amely egyéni és szervezeti szintről is megnyilvánulhat.

A változásoknak való ellenállás legfőbb egyéni eredetű okai: félelem az újtól, az ismeretlentől, bizonytalanságkerülés az emberek homeosztatisz beállítottsága következtében, az „outsider”-effektus („ti akartátok, csináljátok is meg”), fenntartások a függelmi viszonyok változásával szemben, illetve eltérő értékelések, értelmezések. Az ellenállás szervezeti eredetű okai a szervezeti struktúrában, kultúrában, a hatalom, a pozíció fenyegetettségében, a szervezeti konzervativizmusban, erőforráshatásokban, a szervezeten belüli formális/nem formális megállapodásokban gyökereznek.¹²

Az ellenállás kezelése a vezetők, illetve változásmenedzsmenttel foglalkozó tanácsadók feladata. Ennek módszerei a tájékoztatás, az oktatás, az ösztönzés az aktív részvételre a folyamatban, a támogató vezetői magatartás, tárgyalások, megállapodások az érintettekkel.

Amennyiben nem történnek szervezeti változások, marad és egyre fokozottabb jelentőséget kap a védőnők önmagukért végzett tevékenysége. Az, hogy önszerveződéssel, helyi szinteken szakmai műhelyek létrehozásával, szakértők bevonásával, egyéni vagy külső szponzorálással valósítsuk meg egészségünk védelmét. Passzív elvárás helyett tevékeny részt vállalva önmagunk jobb létéért.

A szerző védőnő, mentálhigiénés és szervezetfejlesztő szakember.

12 Uo. 134.

Ilona Üsth: What protects the health visitor? The causes of burn-out and possibilities of prevention in the health visitor organizations. *I wrote my study on a unique organization in the world, the Hungarian health visitor service. The history, tasks and status of the Hungarian health visitors in the continuously changing organizational structure are being presented in my work. I assumed that health visitors, as helping professionals are affected by burn-out but their employers do not consider it a priority to prevent it, however, health visitors themselves find it important to protect their mental health. In order to prove my hypotheses, I used a questionnaire survey. My study also describes certain approaches to burn-out and the organizational structure of the health visitor services. I reviewed the possibilities of preventing burn-out based on the current organizational structure and after its possible reorganization. Considering the results of my survey and the possibilities of organizational changes, it can be stated that all my hypotheses have been proven regarding the attitudes of employers and health visitors, as well as the involvement of health visitors in burn-out. In order to effectively prevent burn-out, organizational changes would be necessary, a uniform and strong representation of interests. In case of absence of structural changes, emphasis should be placed on creating self-organized local professional workshops, prevention groups and conscious self-protection.*

Keywords: *health visitor, burn-out, organizational structure, opportunities.*

