

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. augusztus, 22. évfolyam 4. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A tanácsadói attitűd vizsgálata ápolóhallgatók körében <i>Papp László, Erdősi Erika, Dr. Helembai Kornélia PhD</i>	3
Egy speciális zárt közösség egészségi állapota és életmódbeli sajátosságai <i>Lantos Zsuzsanna, Balázs Mihály, Köbli Mónika</i>	11
A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápolóhallgatók körében <i>Erdősi Erika, Papp László, Tulkán Ibolya, Dr. Helembai Kornélia PhD</i>	19
GRATULÁLUNK!	24
EREDETI KÖZLEMÉNY	
Az akut myocardialis infarctus kezelési módszereinek összehasonlítása a páciensek és az ápolók szemszögéből <i>Cserhádi Eszter, Dr. Sayour Amer, Lantos Zsuzsanna</i>	25
Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében <i>Németh Anikó, Irinyi Tamás</i>	32

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No. 4. August 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

A study of counsellor attitude among nursing students
Papp, L., Erdősi, E., Helembai, K. 3

The state of health and lifestyle attributes of a special closed community
Lantos, Zs., Balázs, M., Köbli, M. 11

A study of psycho-vegetative and emotional balance among nursing students
Erdősi, E., Papp, L., Tulkán, I., Helembai, K. 19

CONGRATULATIONS 24

ORIGINAL CONTRIBUTION

Comparison of the treatment of acute myocardial infarction
from the perspective of patients and nurses
Cserhádi, E., Sayour, A., Lantos, Zs. 25

Health conduct of health workers in Csongrád county, Hungary
Németh, A., Irinyi, T. 32

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
*egyetemi docens, dékán-helyettes*Kárpáti Zoltán
*ápolási menedzser*Dr. Oláh András
*egyetemi docens, tanszékvezető*Szloboda Imréné
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

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

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rác Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, BudapestSövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Vízvári László *ffigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://observer.hu

A tanácsadói attitűd vizsgálata ápolóhallgatók körében

Papp László

adjunktus, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék

Erdősi Erika

főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék, Szeged,
PhD hallgató, Semmelweis Egyetem, Budapest

Dr. Helembai Kornélia PhD

tanszékvezető főiskolai tanár, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: a felsőoktatási tanulmányokat folytató ápolóhallgatók tanácsadói attitűdjének felmérése.

Módszerek és minta: a vizsgálat mintáját az SZTE ETSZK ápoló szakának, III. évfolyamos, levelező tagozatos hallgatói alkották. (N=32) Az adatgyűjtéshez a Helembai által szerkesztett Tanácsadói Attitűd Skálát használták a szerzők, melyet a mintába került személyek egy „Tanácsadás az ápolásban” kurzus teljesítése előtt és után töltöttek ki.

Eredmények: a kurzus előtt és után az attitűdcsoportokat jellemző átlagértékek nem mutattak szignifikáns változást. Az első adatfelvétel során pozitív korreláció volt azonosítható az „önállóság igénylése” és a „problémamegoldás támogatása” csoportok között. A második adatfelvételkor ezt az összefüggést változatlanul mérni lehetett, valamint további korreláció volt kimutatható az „elfogadás” és a „problémamegoldás támogatása”, valamint a „beszélgetés vezetése” összetevők között.

Következtetések: az eredmények a mintában szereplő ápolók tanácsadói attitűdjének bizonytalanságára hívják fel a figyelmet. A kutatás tapasztalatai alapján diszkrépancia fedezhető fel az ápolók tanácsadással összefüggő elméleti tudása és a tevékenység gyakorlati megvalósítása között.

Bevezetés, a probléma ismertetése

Napjainkban az egészségügyi ellátást is érintő változások új munkamódszerek és nézőpontok alkalmazását teszik szükségessé. Az orvos- és társtudományok rohamos technikai fejlődése, a közgazdasági-piaci szempontok előtérbe kerülése, a lakosságra jellemző demográfiai változások egyaránt igénylik, hogy az egészségügy szereplői, így az ápolók is reagáljanak a kihívásokra. A technika fejlődése miatt egyre több betegség válik kezelhetővé, ez azonban nem szükségszerűen eredményezi az életminőség egyidejű javulását. A hazai lakosság korfáján

látható változások, így az idősök számának emelkedése, valamint a születéskor várható élettartam növekedése miatt a krónikus betegek számának növekedése prognosztizálható. A piaci szempontok, és a kezelés ellátási napokban mért hatékonyságának előtérbe kerülése miatt a betegek egyre kevesebb időt töltenek kórházi osztályon, ami az alap- és rehabilitációs ellátások számára is komoly kihívást jelent.

Mindezek az ápolástól is új feladatok megoldását várják el. Egyre nagyobb szerepet kap a betegek öntevékenysége, az önálló problémamegoldás. Ennek feltétele a hagyományos betegszerep ártértékelése, és a gyógyulásban felelősséggel részt venni akaró

betegséghez való viszonyulás kialakulása. A szemléletfejlődésben az ápolónak jelentős szerepe van. Az egészséggel kapcsolatos döntések támogatása, a problémamegoldó képesség fejlesztése, a személyes erőforrások maximalizálása lehetséges ápolói beavatkozások, melyeken napjaink egészségügyi ellátása során is egyre nagyobb hangsúly van.

Az ápolás – törvényben rögzített meghatározása szerint – egészségnevelési és tanácsadási feladatokat is ellát. (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, 98. §) A megvalósítást azonban nehezíti, hogy a hazai szakirodalomban nem áll rendelkezésre az ápolói tanácsadás, vagy a tanácsadás végzéséhez szükséges kompetenciák meghatározása. Amennyiben az ápolás meg kíván felelni kitűzött feladatának, szükséges meghatározni, hogy az ápoló milyen keretek között végezhet tanácsadási tevékenységet. Fontos annak ismerete is, hogy a tanácsadásnak mely szintjei és módszerei tartoznak az ápoló önálló kompetenciájának körébe, továbbá milyen készségekkel kell rendelkeznie a tanácsadás gyakorlásához. Ezen ismeretek alkalmazására a szakmai képzésnek kell felkészítenie a hallgatót. Jelen kutatásunk az ápoló tanácsadási tevékenységének egy elemét, az ápolók tanácsadói attitűdjének vizsgálatát mutatja be.

Az ápoló attitűdjének szerepe a betegvezetésben

Az ápolás célja különböző életkorú egyének, családok, csoportok és közösségek, betegek és egészségesek gondozása, melynek során kiemelt szakmai érték a segítséget kérők autonómiájának megőrzése és az együttműködés kialakítása. Az ápolás során olyan ismeret- és készségfedezetre van szükség, amely alkalmas a betegek felmerülő problémáinak kezelésére. (Helembai, 2008) Az ápoló szakmai kompetenciája az objektív és interperszonális tudás eredőjeként írható le. (Soohbany, 1999, Helembai, 2008) A tárgyi tudást elsősorban a képzés határozza meg. Az ápoló interperszonális viszonyulását az oktatás mellett azonban

több tényező is jelentősen befolyásolja, így az egyén szociális érzékenysége, érettsége és szociabilitása, amelyek a korábbi tanulások eredményeként a szocializáció során alakulnak ki. A segítő foglalkozások alapelveinek – empátia, az egyén tiszteletben tartása, a feltétel nélküli elfogadás – érvényesülése nagyobb mértékben függ az egyén beállítódásától, mint a szakmai képzéstől. A kommunikációs technikák ismerete és alkalmazása, melyek az egyén interperszonális tudásának eszköztárát gyarapítják, a képzés útján átadhatók, Az interperszonális készségek alkalmazásának minősége (vagy egyáltalán annak hajlandósága) nagyban függ a segítő kapcsolat alapelveinek megértésétől és interiorizációjától.

A szakmai kompetencia elemét alkotó interperszonális készségeket az ápolónak úgy kell használnia, hogy azzal hozzájáruljon a betegek függetlenségének visszaszerzéséhez, az elérhető maximális öngondoskodás visszaállításához. (Potter, 1996, Buda, 1997, Richardson, 2002) Az így értelmezett szakszerűség nyújt lehetőséget az ápolásban potenciálisan meghúzódó önálló betegvezetésre a gyógyító-gondozó közösség tagjaként. (Helembai, 2008)

Az ápoló-beteg interakciók jellegzetességei

Az ápolás során kialakuló interakciók eltérő problémafelülettel rendelkeznek, mivel a beteggel/klienssel történő együttműködés során az ápoló különféle szükségletekre és élethelyzetekre adott reakciókkal szembeül. A felmerülő problémák megoldásának elősegítése a beteg megoldási módszereinek aktivizálásával és fejlesztésével az ápolás alapvető céljai közé tartozik.

Az ápolási folyamat résztvevőinek az egyes szerepekhez tartozó jogokhoz és kötelezettségekhez kell alkalmazkodniuk. Ezek egymáshoz viszonyítva reciprok kölcsönhatásban állnak (Fosbinder, 1994, Helembai, 2008), melynek értelmében a partnerek egyikének joga a másik kötelezettségét jelenti. Ezen felül bizonyos viselkedésformákat a szereplők eleve elvárnak partnerüktől, és

ezeknek – normatív jellegükből adódóan – kölcsönösen meg kell felelniük egymásnak.

Az ápoló-beteg kölcsönhatás szereplői együttműködésük során meghatározott szerepeknek történő megfelelést várnak el a másik féltől. Ezek a szerepek (hasonlóan a szociális szerepekhez) ellen-pozíciót foglalnak el az ápoló - beteg kapcsolatban, ami az interakciók során is jellegzetes viselkedésformákat indukál. Az, hogy ezek a magatartásformák mennyire egyeznek meg a kívánatossal, nagymértékben befolyásolja az ápolás kimenetelét. Ebből az is következik, hogy az ellátás célja a megfelelő szerepekkel történő azonosulás segítése, ezáltal az egészségi állapot optimális befolyásolási lehetőségének megteremtése. Ennek eszköze lehet a szereplők kölcsönhatásában rejlő potenciál kihasználása.

Az ápoló hivatásának gyakorlása során tehát állandó kölcsönhatásban áll a beteggel. Az ápoló-beteg kölcsönhatás létezési formája döntő mértékben az interakció, illetve az interakciók folyamata. (Helembai, 2008) Az ápolás során alkalmazott interperszonális tudás az ápolás/betegvezetés folyamatában tárul fel. Az ápoló-beteg közötti kommunikáció során lényeges az információk pontossága és kölcsönös megértése, mely az interakciók sikerének egyik feltétele.

A személyközpontú ápolás másik meghatározó kritériuma a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülése az együttműködés során, valamint a rendelkezésre álló energiák mozgósítása a gyógyulás elősegítésére. Ez számos esetben megvalósul, azonban több kutatás is bizonyította, hogy nem minden beteg kíván részt venni a kezeléssel kapcsolatos döntésekben, hanem amennyiben lehetősége van rá, a „klasszikus” értelemben vett „passzív” betegszerep (Parson, 1975) mellett dönt. (Cahill, 1998, Kettunen, 2002, Millard, 2006) Ezeket a betegeket az ápolók nem tartják együttműködőnek, gyakran motiválatlannak, a kezeléssel szemben ellenállónak írják le. (Hagerty & Patusky, 2003) A beteg passzivitásának oka azonban gyakran nem csak a tradicionális betegszerephez való ragaszkodás, hanem a kapott információk nem- vagy félreértése, amelyet

a személyzet helytelen kommunikációja okozhat. A beteg viszonyulását jelentősen befolyásolja az ápoló magatartása, mivel a kölcsönhatás során megfigyelhető viselkedés egy dinamikus, személyközi kapcsolat eredményeként alakul ki. Ebből az is következik, hogy az ápoló interakciókban elfoglalt pozíciója meghatározó.

Az ápolás interperszonális aspektusaival foglalkozó szakirodalom szerint az ápoló-beteg interakciók elsődleges fontosságúak a beteg együttműködése (Fitzpatrick, 1992, Luker et al., 2000), és az ellátással való elégedettsége (Fosbinder, 1994, Cleary & Edwards, 1999,) szempontjából. Fekvőbetegeket ellátó intézményben a betegek véleményét leginkább az ápolókkal történő interakciók határozzák meg. (Fosbinder, 1994) Mivel az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátás szemlélete egyre inkább piacközpontúvá vált, ahol az egyik legfontosabb minőségjelző a beteg (vevő) elégedettsége, ezért a fentiek alapján az ápoló-beteg és hozzátartozók közötti interakciók az ápolás központi tevékenységét kell, hogy képezzék. (Millard, 2006)

Tanácsadás az ápolásban

A British Association of Counselling értelmezésében a tanácsadás egy olyan interakció, mely során egy személy felajánlja idejét, figyelmét és megbecsülését egy másik személy részére abból a célból, hogy segítse a másikat a hatékonyabb erőforrás-felhasználás és a magasabb szintű jóllét elérése érdekében. (British Association of Counselling, 1989) Soohbany szerint a tanácsadás interperszonális folyamat, melynek célja az egyén segítése az életseményekkel való megküzdésben és amennyiben szükséges, a tapasztalatok értelmezésében. A folyamat az érzések tisztázását használja fel azért, hogy a beteg/kliens felfedezze saját megküzdési stratégiáit. (Soohbany, 1999)

Az ápolás során lezajló interakciók az ápolási folyamat keretén belül értelmezhetőek, mely lehetőséget teremt az ápoló számára arra, hogy saját erőforrásait felajánlja a be-

teg számára. Ez nem csak konkrét feladatok elvégzésében (pl. fürdetés, injekciózás, stb.) nyilvánulhat meg, hanem az ápoló ún. betegvezetési tevékenységében is. Ebben az értelmezésben a betegvezetés nem más, mint azon beavatkozások összessége, melyek során az ápoló a beteg felmért szükségleteiből és igényeiből kiindulva támogatást és segítséget nyújt a beteg és/vagy családja részére az ápolási folyamat során, annak bármilyen aspektusából kiindulva. Ilyenkor az ápoló saját interperszonális tudását és készségeit használja a hatékony segítségnyújtás érdekében. A témával foglalkozó szakirodalom az ápoló ilyen típusú tevékenységeire a „therapeutic use of self” [kb. „az én (önmaga) gyógyító célú felhasználása”] megnevezést használja. (Cumbie, 2001, Kwaitek 2005) Az így értelmezett betegvezetés a támogatás eszköze, melynek elfogadott módszere a tanácsadás. (Helembai, 2008)

Az ápoló tanácsadói (betegvezetési) tevékenységét az egészségügyi team tagjaként, önálló kompetenciája keretében végzi az ápolási folyamat keretében. A tanácsadás abban segíti az embereket, hogy meglévő erőiket összegyűjtsék és mozgósítsák a hatékonyabb alkalmazkodás és fejlődés érdekében. Másképpen, a tanácsadás célja az egyén (vagy közösség) problémamegoldásának támogatása. (Helembai, 2008)

A tanácsadói attitűd összetett fogalom, mely a beavatkozásra vonatkozó kognitív elemeket (nézetek, ismeretek, gondolatok), az affektív, valamint a viselkedéses tényezőket egyaránt tartalmazza. Az ápolók tanácsadással kapcsolatos attitűdje – azaz ahogyan a problémáról, segítségnyújtásról gondolkodik és érez – ezért alapvetően meghatározza az ápoló-beteg/kliens interakciók sikerességét, ezáltal a tevékenység eredményességét.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja a felsőoktatásban tanulmányokat folytató ápoló hallgatók tanácsadással kapcsolatos attitűdjének elemző célú felmérése volt. Kutatásunk további

céljaként az oktatás tanácsadói attitűdre gyakorolt hatásának vizsgálatát határoztuk meg.

Vizsgálati módszerek és minta

Kutatásunkban az írásbeli kikérdezés módszerei közé tartozó kérdőíves felmérést pretest-posttest módszer alkalmazásával végeztünk. Az adatgyűjtéshez a Helembai által szerkesztett Tanácsadói Attitűd Skálát (TAS) használtuk. (Helembai, 2008) A TAS speciálisan ápolók számára készült mérőeszköz, mely 20, az attitűd négy meghatározó dimenziójára (elfogadás, önállóság igénylése, problémamegoldás támogatása, beszélgetés vezetése) vonatkozó, eldöntendő jellegű állítást tartalmaz.

A vizsgálat mintáját a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának ápoló szakán tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, levelező tagozatos hallgatók alkották. A minta kiválasztása csoportos, célirányos mintavételi módszerrel történt. Bekerülési kritériumként meghatároztuk, hogy a mintát alkotó személyeknek az adatfelvétel idején tanulmányaik mellett aktív ápolói munkaviszonnyal kell rendelkezniük; bele kell egyezniük a vizsgálatban való részvételbe; valamint a kutatási folyamat során teljesíteniük kell a „Tanácsadás az ápolásban” elméleti és gyakorlati kurzust (15-15 kontaktórában). Fenti kritériumok alkalmazása után 69 személy került be a vizsgálatba.

Az attitűdskála felvételére két alkalommal került sor, mindkét esetben anonim módon. A kitöltőktől a kérdőív azonosítására alkalmas kódjel feltüntetését kértük, amely lehetővé tette a kurzus előtt és után kitöltött kérdőívek eredményeinek összehasonlítását. Az első adatfelvétel során a vizsgált személyekkel a kitöltés előtt ismertettük a kutatás célját, és az eredmények tervezett felhasználását, valamint részletes kitöltési útmutatót bocsátottunk rendelkezésükre.

A kurzus után a mintát képező hallgatóktól a TAS ismételt kitöltését kértük. A kapott adatok áttekintése során 32 kérdőívet tudtunk egyértelműen azonosítani, így

elemzésünket 32 személy válasza alapján végeztük el.

Az adatok feldolgozása matematikai statisztikai módszerek alkalmazásával, MS Excel 2007, valamint SPSS 11.0 programcsomagok segítségével történt. A kapott adatok általános jellemzésére gyakorisági- és szórásmutatókat, variancia számítást, a különböző időpontban felvett adatok összefüggésvizsgálatára egymintás t-próbát és korrelációelemzést használtunk.

Eredmények, megbeszélés

Az **I. táblázat** a megkérdezettek által az egyes kérdésekre adott válaszok átlagértékét

attitűdcsoportban viszont alacsony score-t mértünk az „Alapvetően minden kliens rendelkezik a problémamegoldáshoz szükséges belső képességekkel” állítás megítélésénél [6. kérdés; 0,781 (pre-), ill. 1,281 (posttest)]. Az eredmények alapján a válaszolók helyesen ismerték fel a beteg/kliens erőforrásai mozgósításának jelentőségét, azonban az alacsony válaszerő a gyakorlati megvalósítás bizonytalanságára hívja fel a figyelmet.

A beteg/kliens elfogadását vizsgáló kérdésekre kapott válaszok alapján a válaszadók tisztában vannak a kliensközponitú megközelítés jelentőségével. Az attitűd sérülékenységet ebben az esetben is több válasz mutatja. Az első adatfelvétel során „A tanácsadás feltétele a másik ember feltétel

I. táblázat: A Tanácsadói Attitűd Skálán mért értékek kérdések szerinti bontásban (N=32)

kérdés sorszáma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
teszt előtt	1,188	1,563	0,844	1,125	0,25	0,781	1,969	1,344	1,156	1,281
teszt után	1,625	1,375	0,906	1,188	0,125	1,281	1,938	1,344	1,156	1,5
kérdés sorszáma	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
teszt előtt	1,094	1,188	1,219	1,313	1,656	0,219	1,094	1,75	0,78125	1,53125
teszt után	1,094	1	1,25	1,219	1,313	0,375	1,219	1,938	0,46875	1,25

mutatja be. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kérdéseket külön vizsgálva minden esetben változás látható. Az értékek változásainak nincs követhető tendenciája, az azonos kijelentésekre vonatkozó állítások értékeinek változása eltérő.

Az egyes attitűdcsoportokat vizsgáló kérdések eredményei között növekedést, változatlan átlagot és csökkenést is mértünk. A beteg önállóságának igénylése, rendelkezésre álló erőforrásainak bevonása a problémamegoldás folyamatába a tanácsadás egyik legfontosabb alapelve. Az önállóságot vizsgáló kérdések közül kiemelkedően magas helyes válaszarányt kaptunk „A sikeres tanácsadás feltétele a másik ember belső erőforrásainak, tudásának, korábbi tapasztalatainak bevonása a problémamegoldás folyamatába” kijelentésre [7. kérdés; 1,969 (pre-), ill. 1,938 (posttest)]. Ugyanabban az

nélküli elfogadása” (1. item) állításra kapott helyes és helytelen válaszok csaknem azonos arányban fordultak elő, amely az alapelv tisztázatlanságára világít rá. Az intervenciót jelentő kurzus teljesítése után a kérdésre mutatott választeljesítmény jelentősen javult a deklarált tudás szintjén. Ugyanakkor látnunk kell az attitűd működési bizonytalanságát, amely megjelenik „A beteg/kliens önsajnálátát, önkicsinylését az ápoló nem fogadhatja megértéssel” (19 item) válaszok alacsony értékében, mely az intervenció után sem mutatott emelkedést.

A skálát kitöltő ápolók – válaszaik alapján – feladatuknak tekintik a beteg problémamegoldásának serkentését, ahogyan azt „Az ápoló feladata a beteg/kliens problémáinak megoldása” (2. item) kijelentés átlag feletti értéke is mutatja. A hatékony facilitáció előfeltétele a partnerek mellérendeltségén

alapuló viszony kialakítása. Az ápolásban kialakuló interakciók erőviszonyait gyakran ápolói dominancia jellemzi, mely a kapcsolat egyensúlyának felborulásához vezet. Az erőviszonyok kiegyenlítetlensége a nyílt és segítő jellegű kommunikáció egyik lényeges akadálya, és ez a betegek elégedettségére is negatív hatással lehet. (Hewison, 1995) A tanácsadási folyamat során tapasztalható ápolói dominanciát, és a kialakulásának hátterében szerepet játszó „legjobb tudás” képzetét mutatják meg „Az ápolónak a beszélgetés alapján fel kell ismernie a másik ember problémáját és azt tetelesen megértetnie a betegével/kliensével” (5. item) állításra adott válaszok alacsony értékei. Az attitűdöt vizsgáló kérdéscsoport értékeinek eltérései ebben az esetben is az elméleti tudás és a gyakorlati kivitelezés összhangjának hiányára hívják fel a figyelmet.

Ez a bizonytalanság a beszélgetésvezetési készséget vizsgáló kérdésekre kapott válaszokban is megfigyelhető. A tanácsadói beszélgetés a beteg által problémaként azonosított tényezőkön alapul. Az ápoló szerepe a beszélgetés során orientáló-facilitáló, szupportív jellegű, melynek célja a beteg/kliens saját, belső erőforrásainak mozgósítása. (Helembai, 1993, 2008) Az elvek ismerete megfigyelhető a vonatkozó itemekre kapott értékekben [„A tanácsadói beszélgetés alatt a beteg/kliens bármilyen véleményét kinyilváníthatja”(15. item), „A tanácsadói beszélgetés tartalma az a probléma, amelyet a beteg/kliens annak tart” (17. item)]. A gyakorlati alkalmazás minősége azonban „A tanácsadói beszélgetés célja az, hogy objektív nézőpontot kínáljon fel a beteg/kliens számára” (16. item) és „A tanácsadás során a beszélgetés menetét a beteg/kliens határozza meg” (3.item) kijelentéseken mért

alacsony pontszámok alapján kérdéses. Az ápolói dominancia a beszélgetésvezetésben is azonosítható, melyet „A tanácsadás során a beszélgetés menetét a beteg/kliens határozza meg.” állításra kapott átlag alatti értékek is mutatnak.

Az attitűdcsoportokban az intervenció előtt és után mért átlagértéket mutatja be a **II. táblázat.**

II. táblázat: Attitűdök átlagértékei a vizsgálat előtt és után (N=32)

	Teszt előtt	Teszt után
Elfogadás	1,2 (SD 0,4301)	1,275 (SD 0,3112)
Önállóság igénylése	1,3375 (SD 0,3919)	1,475 (SD 0,4493)
Problémamegoldás támogatása	1,0625 (SD 0,4884)	0,96875 (SD 0,5174)
Beszélgetés vezetése	1,06875 (SD 0,3376)	1,0125 (SD 0,4973)

Az egyes attitűdcsoportokon belül a két mérés közötti változás statisztikailag nem igazolható, az értékek továbbra is az attitűdök bizonytalanságát mutatják. Az attitűdcsoportok különbözőségeit elemezve a beteg problémamegoldásának támogatása szignifikánsan alacsonyabb értéket mutat, mint az önállóság igénylése ($T=5.9501$, $p=0,001$), míg a „beszélgetés vezetése” és az „elfogadás” csoportokban átlagos értékeket mértünk az intervenció előtt és után is.

A **III. és IV. táblázatok** az attitűdterületek közötti összefüggéseket mutatják be felmérésünk előtt és után.

A vizsgálat előtt felvett kérdőívek alapján erős pozitív korrelációt találtunk az „önál-

III. táblázat: Az attitűdskála elemei közötti korreláció a vizsgálat előtt (N=32)

	Elfogadás	Önállóság igénylése	Problémamegoldás támogatása	Beszélgetés vezetése
Elfogadás	1	0,296	0,071	0,154
Önállóság igénylése		1	0,451 (p=0,01)	-0,071
Problémamegoldás támogatása			1	-0,086
Beszélgetés vezetése				1

IV. táblázat: Az attitűdskála elemei közötti korreláció a vizsgálat után (N=32)

	Elfogadás	Önállóság igénylése	Problémamegoldás támogatása	Beszélgetés vezetése
Elfogadás	1	0,246	0,407 (p=0,02)	0,325 (p=0,02)
Önállóság igénylése		1	0,434 (p=0,01)	0,248
Problémamegoldás támogatása			1	0,084
Beszélgetés vezetése				1

lóság igénylése” és a „problémamegoldás támogatása” állításcsoportok között. A kurzus után kapott adatok elemzése során ezt az összefüggést változatlanul mérni tudtuk. A kurzus utáni mérés eredményei alapján további pozitív összefüggéseket tudunk kimutatni az „elfogadás” és a „problémamegoldás támogatása”, valamint a „beszélgetés vezetése” összetevők között, mely kategóriák a vizsgálat előtt nem mutattak korrelációt. Ezek az eredmények összefüggnek ezekben az attitűdscsoportokban a kurzus után mért magasabb értékekkel.

Következtetések és javaslatok

A szakmai szocializáció során elsajátított attitűdök nehezen befolyásolhatóak. A képzés elsődlegesen a kognitív elemekre van hatással, míg a viselkedés megváltozásának előfeltétele az új ismeretek interiorizálása. Az ismeretek befogadását segíti az új ismeretekhez való pozitív viszonyulás, és azok egybeesése a személy saját értékrendjével. Az attitűd változása az affektív összetevők stabilitása miatt általában hosszabb időt igényel. Ennek megfelelően a vizsgálat kezdő és befejező időpontja között eltelt időtartam

sem volt elegendő az elméleti ismeretek és a gyakorlati megvalósítás megalapozott összekapcsolására. A mindennapos betegápolás során tapasztalt időnyomás, a nagyfokú leterheltség sem támogatja a képzés során elsajátított elméleti ismeretek átültetését a gyakorlatba. A megszerzett elméleti tudástartalmak és a ténylegesen alkalmazott ápolási tevékenységek közötti diszkrepancia a vizsgálatunkban mért válaszártékek bizonytalanságában figyelhető meg.

A tanácsadói attitűd vizsgálata lehetőséget biztosít arra, hogy megismerjük az ápolók tanácsadáshoz való viszonyulását, valamint képet kapjunk a tevékenységet meghatározó ismereteikkel kapcsolatban. A vizsgálat segítségével azonosíthatók a tanácsadás problémás területei, melyek a tanácsadással összefüggő elméleti ismeretek és azok alkalmazásának kritikus pontjai a mindennapos ápolási tevékenység során. A vizsgálat tapasztalatai azonban jelzik azt is, hogy átgondoltan megtervezett és szakszerűen kivitelezett intervenciókkal az elmélet, és a tanácsadás gyakorlati megvalósítása közötti távolság csökkenthető, melynek végső eredménye a betegellátás színvonalának, minőségének emelkedéséhez vezethet.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. (IV.15) tv. Az egészségügyről
- Buda, J. (1998): Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana. POTE EFK: Pécs.
- Cahill, J. (1998): Patient participation: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7:119-128.
- Cleary, M., Edwards, C. (1999): 'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6:469-477.
- Cumbie, SA. (2001): The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. *Holistic Nursing Practice*, 15;3:56-62.
- Ersser, SJ. (1998): The presentation of the nurse: A neglected dimension of the

- therapeutic nurse-patient interaction. In: McMahon R, Pearson A, eds. *Nursing as Therapy*. 2nd ed. Glos., UK: Stanley Thornes; 37-63.
7. Fitzpatrick, JM., While, AE., Roberts, JD. (1992): The role of the nurse in high quality patient care: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17:1210-1219.
 8. Fosbinder, D. (1994): Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20:1085-1093.
 9. Hagerty, BM., Patuskay, KL. (2003): Re-conceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35; 2:145-150.
 10. Helembai, K. (1993): Az ápoláslélektan alapkérdései. I. ed. Budapest: Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara.
 11. Helembai, K. (2008): Általános ápoláslélektan. A beteg-kliensvezetés pszichológiája. Kézirat.
 12. Hewison, A. (1995): Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21:75-82.
 13. Kettunen, T., Poskiparta, M., Gerlander, M. (2002): Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counselling*, 47:101-113.
 14. Kwaitek, E., McKenzie, K., Loads, D. (2005): Self-awareness and reflection: Exploring the 'therapeutic use of self'. *Learning Disability Practice*, 8;3:27-31.
 15. Luker, K. et al. (2000): The importance of "knowing the patient": Community nurses constructions of providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31;4:775-782.
 16. Millard, L., Hallett, C., Luker, K. (2006): Nurse-patient interaction and decision-making in care: Patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55;2:142-50.
 17. Pearson, A., Vaughan, B. (1996) Az ápolási gyakorlat modelljei. II. ed. Budapest: Medicina.
 18. Potter, PA., Perry, AG. (1996): Az ápolás alapfogalmai. In: Potter PA, Perry AG, eds. *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. III. ed. Budapest: Medicina kiadó: 24-131
 19. Richardson, J. (2002): Health promotion in palliative care: The patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 40; 4: 432-440.
 20. Soohbany, MS. (1999): Counselling as part of the nursing fabric: Where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences of nurses'. *Nurse Education Today*, 19;1:35-40.

A study of counsellor attitude among nursing students

Papp, L., Erdősi, E., Helembai, K.

Aim of the study: To survey the counsellor attitudes of nursing students in higher education.

Method and sample: The sample of the survey was comprised of 3rd-year correspondence students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. (N=32) For the purpose of gathering data the authors used the Counsellor Attitude Scale compiled by K. Helembai, which the members of the sample completed both before and after completion of the "Counselling in Nursing" course module.

Results: The average values typifying the attitude groups displayed no significant differences before and after the course. In the course of the first data survey a positive correlation was identifiable between the "need for independence" and the "support for problem-solving" groups. In the second data survey this correlation was still measurable, and another was found between the "acceptance", the "support for problem-solving" and the "leading the conversation" components.

Conclusions: The result points suggest an uncertainty in the counsellor attitude of the nurses in the sample. The research found a discrepancy between the nurses' theoretical knowledge related to counselling and the practical application of these skills.