

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2009.
IV. évfolyam 2. szám

**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2009.
IV. évfolyam 2. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

A méhnyakrák- szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében	6
Karamán Pakai Annamária, Ramona Doms, Jürgen Schäfer, Vizsralek Beáta, Dér Anikó, Szili Katalin, Dr. Balázs Péter	
A munkahelyi stressz, mint a leggyakoribb modern foglalkozási megbetegedés	15
Dr. Ember Alex	
The Educational Problems and Socialization Children of Migrants in the Conditions of Formation the Ukrainian Democratic Society	24
Victoria Ryul', Natalia Ignatola	
The Social Mechanisms of Establishing Tourist Economic Organizations	30
Shandor Fedir Fedorovych, Oleksandr Koval, Jurij Ostapets	
Az etnikai identitás terén hozott közigazgatási határozatok információs- analitikus biztosítása	35
Pelin Olekszándr, Cservenyák Adrienn	
Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében	40
Erdősi Erika	
Ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra	47
Tulkán Ibolya	
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	53
Guidelines to the Authors of Acta Sana	55

**The Theory and Practice of the Health and Social Service
Scientific Journal of University of Szeged
Faculty of Health Sciences and Social Studies**

**2009.
Vol. 4. No. 2.**

CONTENTS

The influencing factors related to cervix cancer screenings among nurses	6
Karamán Pakai, A., R. Doms, J. Schäfer, Vizsrálek, B., Dér, A., Szili, K., Dr. Balázs, P.	
The work-related stress as the most common modern occupational disease	15
Dr. Ember, A.	
The Educational Problems and Socialization Children of Migrants in the Conditions of Formation the Ukrainian Democratic Society	24
Victoria Ryul', Natalia Ignatola	
The Social Mechanisms of Establishing Tourist Economic Organizations	30
Shandor Fedir Fedorovych, Oleksander Koval, Jurij Ostapets	
Informative – analytical Securement of Government Decrees in ethnic identification sphere	35
Alexander Pelin, Adrianna Chervenyak	
The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness	40
Erdősi, E.	
Measuring Nursing Competence with Special Regard to Practical Placement	47
Tulkán, I.	
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	53
Guidelines to the Authors of Acta Sana	55

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözet – Invocatio – az Olvasónak!

A Tudományos Bizottság ezúton köszönti olvasóit, és ajánlja figyelmükbe továbbra is a Kar tudományos folyóiratát.

A misszióját változatlanul őrző Acta Sana legfőbb feladata az elkövetkezőkben is hangsúlyt adni és méltó keretet biztosítani a Karon elért tudományos eredmények megismertetésének, valamint generálni az egyes szakterületek közötti tudományos párbeszédet az egyetemi hagyományoknak megfelelően.

A Szerkesztőbizottság támogatni kívánja a kutatóműhelyek kialakulását és működését - különösen az ápolás, fizioterápia, szociális munka és a védőnői munka területén -, továbbá a tudás határoktól független szabad áramlását. Megtisztelő érdeklődését és értékes hozzájárulását megköszönve várjuk kollégáink, hallgatóink és az együttműködő külföldi társintézmények munkatársainak közleményeit, amelyeket magyar és angol nyelven (magyar szerzők tollából is) az útmutatóban foglaltak szerint lehet benyújtani.

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

The Scientific Committee are greeting the reader and thus recommending the scientific journal of the Faculty to your attention.

Preserving our mission, the main duty of Acta Sana will be in the future as well to focus on and to provide a frame for disseminating the scientific results achieved at the Faculty and to generate an interdisciplinary dialogue according to the University traditions.

The Editorial Board wish to support the development of research networks especially in the field of nursing, physiotherapy, social work and health visiting, and the free flow of knowledge without boundaries. Thanking you for your honouring interest and valuable contribution, we wait for the papers written by our colleagues, students and members of partner institutions abroad, which can be submitted in Hungarian and in English (from the pen of Hungarian authors, too) and according to the Guidelines.

Editors

A méhnyakrák- szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében

Karamán Pakai Annamária¹, Ramona Doms², Jürgen Schäfer³, Vizsralek Beáta³,
Dér Anikó¹, Szili Katalin¹, Dr. Balázs Péter⁴

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás- és Betegellátás Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ¹, Pflegedienst Stralsund, Stralsund, Németország², Frankfurter Diakonie-Kliniken, Frankfurt, Németország³, Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Budapest⁴
e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Kulcsszavak: méhnyakrák, női egészség, másodlagos megelőzés, ápoló

Összefoglalás

Bevezetés: Európában a méhnyakrák hetedik, a 15-44 éves korosztálynál a második leggyakoribb rák. Európában megközelítőleg 321,8 millió veszélyeztetett korú nő közül 59,931 főnél diagnosztizálnak méhnyakrákkal és megközelítőleg 30,000 fő veszi életét. A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek előtt.

Célkitűzés: A vizsgálatunk célja feltárni, milyen az ápolók szubjektív egészségi állapota, milyen gyakran járnak cytológiai szűrésre. Van-e különbség a két ország ápolóinak a szűréssel szembeni motivációja között.

Módszer: A keresztmetszeti vizsgálatunkat önkitöltős kérdőív segítségével végeztük el. A minta kiválasztása ismeretlen valószínűségű mintavétellel történt, a mintát a németországi Frankfurt Diakonie Klinika, Stralsund Ápolói Szolgálat, valamint Nyugat-Dunántúli Régiójában fekvő Zalaegerszeg város Megyei Kórház ápolói alkották (N=210). Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 for Windows verzió felhasználásával történt. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot, esélyhányadost, korrelációt számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 -próbát alkalmaztunk, az eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények: A megkérdezett ápolók szignifikánsan nagy arányban ítélik jónak az egészségi állapotukat. Az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés átlag életkora $22,31 \pm 7,7$ év. Cytológiai szűrésen 1-3 éves intervallumon belül 86,1%-a vett részt, ezen belül 68,8%-a évente, 12,1%-a két évente, 5,2%-a 3 évente jelenik meg a vizsgálaton. Számunkra figyelemfelkeltő, hogy az ápolók 15,4%-a még nem vett részt szűrésen, a német ápolóknál ez az arány 26,5%, a magyar ápolóknál 5,5% (a különbség szignifikáns).

Következtetés: Németország és Magyarország rákmegelőző programjainak részvételi rátája emelkedő tendenciát mutat, ennek ellenére továbbra sem kielégítő. A Rákmegelőző Programok nem nevesíti konkrétan az ápolás szerepét, holott az ápolónak fontos szerepet kell betöltenie a program céljainak megvalósításában, a lakosság egészségügyi állapotának javításában. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Az ápolás önálló funkciója többek között az egészségnevelés is. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás.

Bevezetés

Európában a méhnyakrák hetedik, a 15-44 éves korosztálynál a második leggyakoribb rák. Európában megközelítőleg 321,8 millió 15 évnél idősebb nő közül 59,931 diagnosztizálnak méhnyakrákkal és 29,812 fő veszteti életét (1-2). Az európai adatok tanulmányozása során kiderül, hogy a regionális tendenciák Európán belül is érvényesülnek, vagyis a fejletlenebb egészségügyi rendszerrel rendelkező nemzetek sokkal kedvezőtlenebb képet mutatnak (3-4). Tipikusan a volt szocialista országokban lehet magas incidenciát és mortalitást találni. Romániában évente 100,000 lakosra 23,9 új esetszámot regisztrálnak, szemben a fejlett országokkal (Anglia, Franciaország, Finnország), ahol az incidencia 100,000 lakosra viszonyítva csupán 4,3-9,8 között ingadozik (1-2).

A citológiai szűrővizsgálatok bevezetése, melynek alapjait Papanicolaou vetette meg, az 1920-as évektől kezdődően lehetővé tette, hogy már a rákelőtti elváltozásokat, korábban diszpláziának, a mai terminológia szerint cervicalis intraepithelialis neoplasiának (CIN), illetve a citológiai elnevezés alapján „squamous intraepithelialis lesion”-nak (SIL) nevezett eltéréseket, valamint az in situ carcinomákat (CIS) is felismerjék (6-9). A Papanicolaou festésen alapuló onkocitológia szűrések, melyek P₀ – P₅ kategóriákat különböztetnek meg, számos módosításon mentek keresztül. A mai gyakorlatban világszerte a rugalmasabb, informatívabb Bethesda-osztályozást követik (2001), mely ugyancsak számos módosuláson ment át (7). A citológiai vizsgálat mellett szűrő módszernek ajánlott a kolposzkópia, melynek érzékenysége és fajlagossága jelentős a méhnyakrák felismerésében (8).

Country	Incidence per 100.00 women	Mortality per 100.000 women
Románia	23,9	13
Bulgária	18,7	8,0
Szlovákia	18,5	6,1
Lengyelország	18,4	7,8
Cseh Köztársaság	16,2	5,5
Magyarország	15,7	6,7
Ausztria	10,9	4,1
Németország	10,8	3,8
Új Zéland	10	3,2
Franciaország	9,8	3,1
Belgium	9,3	3,4
Anglia	8,3	3,1
Svédország	8,2	3,1
Svájc	8,3	1,7
Finnország	4,3	1,8

1. táblázat. A méhnyak-daganatok előfordulása az európai országok tükrében (100.000 fő-standard életkor alapján)

Forrás: World Health Organization /ICO Information Centre

Az etiológiai tényezők szerepét tanulmányozva megállapítható, hogy a HPV (humán papillomavírus) fertőzés, valamint a korábbról is jól ismert rizikófaktorok (korai életkorban elkezdett nemi élet, promiszkuitás, multiparitás, rossz-szocio-ekonomiai helyzet, dohányzás, orális antikociapiens szedés, immunszupprimált állapot, antioxidánsok hiánya) együttesen felelősek a cervix carcinoma kialakulásáért. A humán papillomavírusnak (HPV) napjainkban több mint száz genotípusa ismert, amelyek közül több mint 30 a női genitális régióban is kimutatható. Kóroktani szempontból (vírusfertőzés jelenlétével párhuzamosan milyen valószínűséggel számíthatnak cervix carcinoma kialakulására) két csoportot különböztetnek meg: 1., *Alacsony kockázatú* (6-, 11-, 42-, 43-, 44-es) és 2., *Magas kockázatú* (16-, 18-, 31-, 33-, 35-, 39-, 45-, 51-, 56-, 58-, 59-, 68-as) HPV típusokat (5).

Németországban 1971.07.01 óta működik a Papeszt segítségével a méhnyakrák-szűrőprogram. Az állami megbiztosítással rendelkező nőknek 20 éves kortól lehetőségük van arra, hogy évente elvégeztessék a szűrővizsgálatot. A Program hatékonysága nem kérdőjelezhető meg, mert a bevezetése óta az incidencia és a mortalitási mutatók lényegesen csökkentek, ennek ellenére más nyugat-európai országok összehasonlításában továbbra is relatíve magas (10).

Magyarországon a méhnyak szűrés 2003 szeptemberétől – a Nemzeti Program keretében – megújult és szervezetté vált Az érintettek részére meghívólevél kerül kiküldésre a betegség szempontjából veszélyeztetett lakosság számára (25-65 év), és szakmailag indokolt gyakorisággal (három-évente) történik. Azonban a nőgyógyászati gyakorlat szerint minden szexuálisan aktív, vagy a 18. életévét betöltött nőnek évente egyszer ajánlott

az állampolgári jogon biztosított nőgyógyászati rákszűrésen jelentkeznie (10-12).

Célkitűzés

A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek előtt. A vizsgálatunk célja - nemzetközi kutatás keretén belül - elemezni, hogy az egészségügyi dolgozók szakmai ismereteik birtokában milyen motivációs magatartással rendelkeznek a nőgyógyászati szűrővizsgálattal szemben, milyen gyakran járnak cytológiai szűrésre, mennyire sikeresek és hatékonyak azok a motiváló tényezők, amelyek a szűrésen való részvételt befolyásolják. Van-e különbség a két ország ápolóinak a szűréssel szembeni motivációja között.

Módszer

A keresztmetszeti vizsgálatunkat 2008. január 15-október 31. között végeztük el. A vizsgálat önkitöltős 39 kérdésből álló kérdőív segítségével történt. A vizsgálatban alkalmazott motiváció mérőskála 25 kérdést tartalmazott, melyben a méhnyakszűrésen való részvétel motivációra és a távolmaradás okainak vizsgálatára és a szűrővizsgálatra bevont egészségügyi személyzet szerepére helyeztük a hangsúlyt. A skálán adható válaszok tartományát „kifejezetten így van” és „egyáltalán nincs így” / 5 fokozatú Likert-féle skála típus/ választási lehetőségek között határoztuk meg. A vizsgálatot demográfiai adatlappal egészítettük ki, amelyen az ápolókat az életkorukról, családi állapotukról, iskolai végzettségükről kérdeztük. A kiosztott kérdőívek száma 240 db, a visszautasítás mértéke 12,5%. Adatfeldolgozásra került 210 db kérdőív. A minta kiválasztása ismeretlen valószínűségű minta vétellel történt, a mintát a

németországi Frankfurt Diakonie Klinika, Stralsund Ápolói Szolgálat, valamint hazánk Nyugat-Dunántúli Régiójában fekvő Zalaegerszeg város Megyei Kórház ápolói alkották (N_{német ápoló} =99, N_{magyar ápoló} =111). A kérdőív kitöltése önálló és anonim volt. Beválasztási kritériumként az ápolói végzettséget határoztuk meg. Kizárási kritériumk egyaránt mindhárom egészségügyi intézetben (Frankfurt, Stralsund, Zalaegerszeg) dolgozó orvosnők, gyógytornászok, dietetikus, adminisztratív és kiegészítő feladatokat ellátó személyzet volt.

Az adatfeldolgozás SPSS 17.0 for Windows verzió felhasználásával történt. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot, esélyhányadost, korrelációt számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 -próbát alkalmaztunk, az eltéréseket p <0,05 érték mellett tekintettük szignifikánsnak (13).

A kérdőív nyelvi validálása és kulturális adaptálása

A német kérdőív fordításában német anyanyelvű, a magyar nyelvet felsőfokon beszélő ápolónő és német nyelvet felsőfokon beszélő magyar anyanyelvű fordító segítette, akik a kérdőívet magyarról lefordították német nyelvre, majd összevetették a két verziót és egy harmadik egyeztetett verziót készítettek. Az eredeti magyar nyelvű kérdőívet tartalmilag sehol sem kellett megváltoztatnunk, de egy kérdést el kellett hagyni a „motiváció a méhnyakszűréssel szemben” blokkban. A kérdés az alábbiak szerint tettük fel a magyar ápolóknak: „A meghirdetett nyereményjáték miatt megyek el a szűrővizsgálatra”. Mivel ez a német szokásoknak, német szűrőprogramnak nem felelt meg, így a német kérdőívben nem került feltüntetésre. A fordítás véglegesítésére a kérdőív tesztelését egy hat főből álló egészségügyi végzettséggel rendelkező panel (Lay panel) segítségével végeztük el a kérdések érthetőségének tisztázása céljából. Az egészségügyi panelban részt vevő személyek átlagéletkora 45,8 év volt. Legmagasabb iskolai végzettségük: 6 fő középiskolai érettségi. A fordított német nyelvű verzió tesztelése során azt tapasztaltuk, és azt a következtetést vontuk le, hogy a szöveg jól érthető, a kérdőív minden nehézség nélkül, könnyen kitölthető, így megkezdtük a német nővérek körében a kérdőívek felvételét.

Szocio-demográfiai jellemzők	Minta (%)	Német ápoló (%)	Magyar ápoló (%)
Életkor			
20-29 év	32,5	28,7	35,8
30-39 év	30,0	26,6	33,0
40-49 év	23,6	24,5	22,9
50-59 év	13,3	19,1	8,3
60-65 év	0,5	1,1	-
Családi állapot			
Házass	53,1	57,1	49,5
Hajadon	24,4	24,5	24,3
Elvált	6,2	4,1	8,1
Özvegy	2,9	3,1	2,7
Élettársával él	13,4	11,2	15,5
Legmagasabb iskolai végzettség			
Szakmunkás végzettség	30,3	58,1	11,2
Középiskolai végzettség	41,4	17,5	57,9
Főiskolai végzettség	28,1	24,3	30,8

2. táblázat. A minta szocio-demográfiai jellemzői.

Eredmény

Az ápolók szocio-demográfiai jellemzőinek leírása

A 2. számú táblázat a nemzetközi kutatásban résztvevő ápolók szocio-demográfiai adatait mutatja be. A végleges minta 210 ápoló végzettséggel rendelkező főből állt (N_{német}=99, N_{magyar}=111).

A válaszadó ápolók átlag életkora 36,60 életév (SD=10,165), a legfiatalabb 20 éves, a legidősebb 60 éves volt. Az ápolók több, mint 50%-a férjzett. A hajdon státusz eloszlását tekintve a magyar és német minta azonos arányt mutat, tovább vizsgálva a családi állapotot, meglepő, hogy a 20-29 év közötti ápolók 48,5%-a hajdon. A válaszadók végzettségüket tekintve főként érettségivel rendelkeznek (szakközépiskola/gimnázium:41,5%). Jelentős a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma is (28,1%).

Szubjektív egészség, egészségmagatartás

Vizsgálatunkban az egészségi állapot szubjektív megítélését fontos tényezőnek tekintettük. A szakirodalommal összhangban megállapíthatjuk, hogy a „vélt egészség” az egyik legjelentősebb egészség-indikátor. Az egészségi állapot önbesorolása egy négyfokú skála segítségével történt, amelyen az 1-es érték jelentette a „nagyon rossz”, a 4-es a „nagyon jó” minősítést. A szubjektív egészségi állapot értékelésében az ápolói minta átlagpontszáma 3,07 (SD=0,567). Az ápolók szignifikánsan jónak ítélik

	Minta	Német ápolók	Magyar ápolók	
Nőgyógyászati szűrésen való részvétel	Igen	84,6%	73,5%	94,5%
	Nem	15,4%	26,5%	5,5%
Első nőgyógyászati szűrés átlag életkora	átlag	22,31±7,70 év	22,06±9,145 év	22,47±6,672 év
	minimum	12 év	12 év	15 év
	maximum	56 év	56 év	46 év
	>20 év	45,6%	56,5%	38,8%
	20-29 év	40,6%	33,9%	44,9%
	30-39 év	6,3%	-	10,2%
	40-49 év	6,3%	6,5%	6,1%
50-59 év	1,3%	3,2%	-	
Nőgyógyászati szűrésen való részvétel	évente	68,8%	72,2%	66,3%
	2 évente	12,1%	9,7%	13,9%
	3 évente	5,2%	2,8%	6,9%
	ennél ritkábban	5,8%	1,4%	8,9%
	ahogyan a nőgyógyász javasolja	3,5%	6,9%	1,0%
	egyéb	4,6%	6,9%	3,0%

3. táblázat. Részvételi mutatók a nőgyógyászati szűrésen

az egészségi állapotukat, „jó” minősítést 84,3%-a, negatív értéket (rossz, nagyon rossz) a válaszadók 14,9%-a adott.

Részvétel a nőgyógyászati szűrésen

Vizsgált mintát tekintve az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés átlag életkora 22,31±7,70 év. A német ápolók több mint fele 20 év alatt jelenik meg az első szűrésen. Ezzel szemben a magyar ápolók közül legtöbben 20-29 évesen végzik el az első citológiai vizsgálatot. A magyar ápolók 10,3%-nál, a német ápolók 3,1%-ánál 30-39 évesen vesznek először Pap-kenetet. Elenyésző azok száma, akik 40 és annál idősebb korban fordulnak először nőgyógyász-szakorvoshoz. Cytológiai szűrésen a válaszadók 84,6%-a életében legalább egyszer járt. A magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt legalább egyszer nőgyógyászati vizsgálaton (p<0,001). A szűrésen résztvevő ápolók 68,8%-a évente, 12,1%-a két évente, 5,2%-a 3 évente jelenik meg a vizsgálaton. Számunkra figyelemfelkeltő, hogy az ápolók 15,4%-a még nem vett részt szűrésen, a német ápolóknál ez az arány 26,5%, a magyar ápolóknál 5,5%.

Motiváló tényezők

A megkérdezett ápolók 92,5%-a azért megy el szűrővizsgálatra, mert *odafigyel* a saját egészségi állapotára. A válaszadók 4,9%-a vallotta be, hogy ösztönző tényező lenne a *jutalom*. Nem találtunk különbséget „A szűrés időpontjáról történő telefonos egyeztetés” kérdés és a két csoport

	Német ápolók (%)	Magyar ápolók (%)	
Azért megy el, mert odafigyel a saját egészségére	Így van	91,6	93,4
	Nem érdekel	3,2	1,9
	Nincs így	5,3	4,7
Jutalom nélkül is elmegy a rákszűrésre	Így van	82,3	87,0
	Nem érdekel a jutalom	10,4	10,2
	Nincs így	7,3	2,8
Szívesen venné, ha egészségügyi személyzet felkeresné és részletesen tájékoztatná a szűrésről	Örülne	15,1	32,1
	Mindegy	24,7	39,6
	Zavarna	60,2	28,3
Szívesen venne részt munkahelyi szűrésen	Örülne	15,1	46,3
	Nincs a helyszínek jelentősége	30,1	28,3
	Zavarna	54,8	25,4

4. táblázat. Motiváló tényező a szűrővizsgálattal szemben (%)

válaszai között ($p=0,541$). A megkérdezett ápolók 42%-a örülne, 33%-át zavarná, ha a nőgyógyászati szűrést szervezők telefonon egyeztetnének időpontot. A válaszadók $\frac{1}{4}$ része továbbra is a meghívó levelet részesítené előnyben. Szignifikáns különbséget találtunk a két ápolói csoport között ($p<0,001$), miszerint a magyar ápolók szívesebben vennék, ha az otthonukban olyan egészségügyi szakemberek keresnék fel személyesen, akik a szűrővizsgálatról részletes tájékoztatást nyújtanának ($OR=4,53$ [95% CI:2,11-9,73]). *Munkahelyi szűrésen* szívesebben vennének részt a magyar ápolók a német ápolókhöz viszonyítva ($p < 0,001$).

Távolmaradás (idő, helyszín és pszichés háttértényezők függvényében)

Összefüggés állapítható meg a munkaidőn kívüli szűrésen való részvétel és a két ápolói csoport között ($p=0,031$). A német ápolók 2,86-szoros eséllyel a munkaidőn kívül megszervezett szűrésen való részvétel mellett döntenének ($OR:2,86$ [95% CI:1,23-6,64]). Az ápolók szignifikánsan nagy arányban jelennek meg a szűrésen még akkor is, ha pontatlanul történik a rendelőben a beszólítás. Csekély azok száma (5,1%), akik azért nem mennek el kifejezetten a szűrésre, mert hiába szerepel a behívólevélen egy konkrét időpont, a megjeleneteket mégsem hívják be pontosan a rendelőbe. Az ápolók a szabadidejüket feláldozva is nagy arányban vesznek részt a szűrővizsgálaton. A félelem miatt az ápolók csupán 12,3%-a marad távol. A szűrővizsgálaton szégyelli magát a nők 15,9%-a. Szignifikáns különbség állapítható meg a két csoport között ($p=0,015$). A magyar ápolók esetében a szégyenérzet előfordulásának valószínűsége

nagyobb, mint a német ápolók közt ($OR=2,34$ [95% CI:1,02-5,37]).

Előadás iránti igény

Nőgyógyászati témakörű előadáson a magyar és német válaszadók 72,2%-a ($N=198$) szívesen megjelenne. Szignifikáns különbség tapasztalható az állampolgárság és az előadáson való részvételi igény között ($p=0.036$). A magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban, több mint $\frac{3}{4}$ része szükségesnek véli a nőgyógyászati témakörben tartott előadásokat. Kiemelt érdeklődési terület a daganatok és szűrővizsgálatokról szóló témakör. Elenyésző a családtervezésről, terhességről szóló előadások iránti igény. Az előadásoktól való távolmaradás ($N=55$) indokaként az ápolók úgy érzik, hogy rendelkeznek elegendő ismerettel a kérdőívben felsorolt témakörök területén (72,7%), több, mint $\frac{1}{4}$ része időhiányra hivatkozik, elenyésző azok száma, akiket nem érdekel a téma (9,1%).

Következtetés

A Magyar Köztársaság Kormánya a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért program” megfogalmazásakor a Nemzeti Rákellenes Program részeként célul tűzte ki, hogy a szűrővizsgálatokon való részvételt jelentősen növeli, amivel több száz nő idő előtti halálát kívánja megakadályozni. Hazánkban 2005. szeptemberben induló LILIOM program - A női egészség jegyében- elsősorban a szűrési tevékenység kommunikációjára fókuszál. A tömegkommunikáció leghatékonyabb eszközeivel (óriásplakát, televízió szpot, pr-megjelenések az elektronikus, az online és a nyomtatott sajtóban, televízió show) kívánják a méhnyak szűrés fontosságára felhívni a figyelmet. Elsődleges cél a mozgósítás, tehát az, hogy minél többen vegyék igénybe a szakrendeléseken ingyenesen elérhető méhnyak szűrést. A program során, a lehető legnagyobb részvételi arány eléréseért az országos, illetve a helyi és regionális elérésű kommunikációs csatornákat is igénybe veszik, valamint a szűrővizsgálatokon megjelent höl-gyek között alkalmanként egy - szponzori felajánlásból származó - nagyobb összegű nyereményt (személyautó, külföldi utazás) sorsolnak ki (14-16). Vizsgálatunk során kíváncsiak voltunk arra, hogy a „Liliom

	Német ápolók (%)	Magyar ápolók (%)
Félelem miatt nem vesz részt a szűrővizsgálaton		
Így van	11,8	12,7
Nem érdekel	1,1	2,0
Nincs így	87,1	85,3
Kellemetlen, fájdalmas vizsgálat		
Nem ért egyet	26,3	29,4
Nem nézi ilyen szempontból	38,9	34,9
Egyet ért	34,8	35,8
Szégyenlőség		
Így van	9,7	21,3
Nem érdekel	9,7	2,8
Nincs így	80,6	75,9
Hosszú várakozás elriasztja a részvételtől		
Így van	6,5	3,9
Mindenképp ki kell várni	7,6	16,5
Nincs így	85,9	79,6

5. táblázat. Távolmaradás okai a szűrővizsgálatról (%)

Előadás iránti igény	Minta (%)	Magyar ápoló (%)	Német ápoló (%)
igen	72,2	78,2	64,8
Családtervezés/fogamzásgátlás	27,5	34,9	16,1
Terhesség/szülés	32,4	37,2	25,0
Nőgyógyászati daganatok	64,8	61,5	64,3
Megelőzés/szűrővizsgálat	85,9	84,9	87,5
nem	27,8	21,8	35,2
Úgy véli, hogy rendelkezik megfelelő ismerettel	72,7	70,8	74,2
Nincs rá időm	27,3	25,0	29,0
Nem érdekel a téma	9,1	8,3	9,7

6. táblázat. Előadás iránti igény az ápolók körében

program” mennyire sikeres, valóban csak a „millió” nyereség győzi meg a magyar nőket a szűrővizsgálaton való részvételle? Eredményeink szerint a nők többsége a nyereséjüket nélkül is részt vesz szűrővizsgálaton (85,5%), mindössze 3 magyar ápoló vallotta be a játék kedvéért való részvételt.

A szűrési folyamat egyik sajátos eleme a bizonytalansági/várakozási periódus. Ide tartozik a meghívás és a vizsgálat ideje közötti várakozás, a várakozás magára a vizsgálatra, később vizsgálat eredményére (17). Sajnos ez a válaszadók 1/5-ére riasztó hatást gyakorol, amely hatékonyabb munkaszervezéssel egyébként elkerülhető lenne. Itt kell megjegyeznünk, hogy mindkét országban a kenetvétel után csak azokat a nőket értesítik telefonon vagy levélben, akiknek pozitív eredményt mutat a cytológiai vizsgálat. Negatívan szűrt résztvevők csak kevés helyen kapnak értesítést a megnyugtató eredményről. Nekik a bizonytalansági periódus csak akkor szűnik meg, ha saját maguk lépnek kapcsolatba orvosukkal.

A távolmaradás oka nemcsak egészségpolitikai és szervezéstechnikai területen keresendő, hanem a probléma pszichés oldalát is érdemes vizsgálat alá venni. Sajnos, maga a „rákszűrés” elnevezés is riasztó hatású, ugyanis a „rákot” mint kifejezést az emberek hazánkban még napjainkban is félelemmel és elhárító magatartással fogadják. Nem véletlenül, ugyanis a rák szó a köztudatban gyógyíthatatlan és nagy kínokat okozó betegséggel kapcsolódik össze (17). A válaszokból is kitűnik, hogy a ráktól való félelem a szorongás fő forrása azoknak a nőknek a körében, akik méhnyakrák-szűrésen vesznek részt, és ez a félelem az életkorral is korrelációt mutat. ($p < 0,001$).

A vizsgált nők egynegyede az intimszféráját sérti a kenetvétel, a vizsgálat szégyenérzetet kelt bennük, és méltóságérzetüket is bántja. Ez a reakció a vizsgálatok velejárója csakúgy, mint a másik oldalon a tárgyiasítás és személytelenítés, amely az orvosok védekező mechanizmusaként jelentkezik. Ami azonban az orvos problémájának megoldását jelenti, az a páciensek körében árt a szűrés társadalmi elfogadottságának (17).

A kérdőívet kitöltő nők egynegyede kellemetlennek, fájdalmasnak élte meg a kenetvételt, hasonló eredmény született 2005-ben az amerikai nők körében, ahol 30% -a ítélte nagyon kellemetlennek a Pap-kenet vételt (18). Bár bizonyos fokú kényelmetlenség, enyhe fájdalom elkerülhetetlen, kellő figyelmességgel jelentősen enyhíteni, javítani lehetne a helyzeten, hiszen a fájdalom szubjektív tapasztalati tényező. A szorongás, félelem és izgalom szintje is befolyásolja a fájdalomérzetet. A szakszerű, pontos tájékoztatás arról, hogy mi fog történni a vizsgálat során, csökkentheti az aggodalmat, és a fájdalmat is enyhítheti. (17). Vesna Kesic 2005-ben Szerbiában végzett kutatásában arról számol be, hogy a nők 67,8%-a úgy véli, hogy nem kap elegendő tájékoztatást a méhnyakrákról és a szűrésről (19). Egy német kérdőíves felmérés szerint a nők több, mint 2/3 része nem ismeri a méhnyakrák rizikófaktorait (csupán 3,2 % nevezi meg a HPV vírust), ami a szerzők véleménye szerint összefüggésben állhat az alacsony részvételi aránnyal (20).

Tudatosítani kell minden nő számára a szűrővizsgálat menetét, lehetséges hasznát, korlátait, és az esetleges nem kívánatos mellékhatásokat, valamint főként azt, hogy milyen kockázattal járhat a részvétel elmulasztása. Hosszabb távon azonban elengedhetetlen a felelős egészségmagatartás kialakítására alapozni. Ezt már a korai életszakaszban (iskolában) kell megkezdni, az egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretek bővítésével. Fontos lenne szülésznő/szülésznő bevonásával és az édesanyák támogatásával a serdülő lányok számára a nőgyógyászati szakrendelő bemutatása, a vizsgálat eszközeinek és a kenetvétel folyamatának szemléltetése, biztosítva, hogy a fiatal lányok megismer-

jék a nőgyógyászati vizsgálat és a nőgyógyászati prevenció fontosságát, hogy a felnőtté válás folyamán tudatosan felelősséget vállalva mindent megtegyenek a saját egészségi állapotuk megőrzéséért. A méhnyakrák elleni védőoltás-programmal közös egészségfórum bizonyosan tovább növelné a vizsgálatorozat hatékonyságát. 2007 óta mindkét országban elérhető a méhnyakrák kialakulásáért felelős humán papillomavírus (HPV) elleni *védőoltás*. A védőoltás minden nőnek ajánlott korosztálytól és HPV státusztól függetlenül, az egyetlen feltétele a negatív citológiai lelet, mely az oltást megelőző egy éven belül készült. Az oltás a HPV négy típusa (6, 11, 16, 18) ellen ad védelmet. A méhnyakrák elleni védőoltás teljes oltási sora három adagból áll, az első és a harmadik adag között fél évnek kell eltelnie (0, 2 és 6 hónap). Hazánkban a védőoltások receptkötelesek, a TB nem támogatja (az egyes oltások ára megközelítőleg 30 000 forint). A védőoltást nőgyógyász szakorvos, házi orvos, házi gyermekorvos írhatja fel és adhatja be. Véleményünk szerint a rendszeres nőgyógyászati vizsgálaton való résztvevőknek motiváló erejű lehetne a kedvezményes áron megvásárolható HPV elleni oltóanyag (14-15).

Egy másik lehetőség szerint a citológiai szakasszisztens képzés felújítása és a továbbképzés adhatná a megoldást. Magyarország egyes kijelölt körzeteiben már folyamatban vannak olyan mintaprogramok, amelyekben a kenetvétel védőnők/citológiai asszisztensek végzik nőgyógyász szakorvos felügyelete mellett (21). Sajnálatos módon, a vizsgálati eredményeink szerint mindkét csoport (81,6%) ezzel a modellel szemben bizalmatlan, ha lehetőségük volna választani a védőnő/citológiai szakasszisztens vagy a szakorvos között, továbbra is az utóbbi mellett döntenének.

Tudományos és szakmai ismeretek gyorsütemű fejlődése indokolja a prevenció ápolóképzés megvalósítását, amit szakirányú továbbképzés formájában lehetne megvalósítani. Célszerűnek tartanánk, ha a főiskolát és egyetemet végzett ápolók, akik már rendelkeznek alapszintet meghaladó pedagógiai, egészségfejlesztési, és egészségnevelési többletismerettel, másfél éves szakirányú továbbképzés keretében prevenció ápolói szakképzettséget szerezhethetnének. A végzetek a megszerzett többletismerettel szervesen beépülnének az alapellátásban, és aktív szerepet vállalnának a Rákmegelőző

Program megvalósításában. A nők körében is hathatós felvilágosító kampányra van szükség (22).

Fontosnak tartanánk, hogy az egészségügyi dolgozók – főként szülésznők, onkológiai osztályon dolgozó nők, felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók – más osztályon dolgozó női kollegáinak egészségvédő, egészségnevelő programot szerveznének. Kiemelten fontos téma a nőgyógyászati szűrővizsgálatok jelentősége, propagálása, a legújabb rákkutatás eredményei, a lakosság egészségi állapota, statisztikai adatok ismertetése, ezzel nagyon hatékony szerepet játszhatnának a prevenció gyakorlati megvalósításában. Az egészségnevelő programokkal ösztönözni lehetne az érintett korosztályt, hogy rendszeresen eljárjanak rákszűrésre (23).

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy mindkét ország rákmegelőző programjainak részvételi rátája emelkedő tendenciát mutat, ennek ellenére továbbra sem kielégítő. A megelőzésben fontos szerepet kapnak az egészségügyi dolgozók, akik hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok előtt, viselkedésük, így az egészségükhöz való viszonyuk is példaértékű lehet számukra. Az egészségügyi dolgozók egészségképe a hivatásra való felkészülésük folyamán formálódik, csiszolódik. Azonban az ápoló akkor lehet modell, ha a saját egészségéért mindent megtesz, a rizikófaktorokat megszünteti, minimalizálja (24). A megkérdezett ápolók szignifikánsan nagy arányban ítélik jónak az egészségi állapotukat. Citológiai szűrésen 1-3 éves intervallumon belül 86,1%-a részt vesz. A Rákmegelőző Programok nem nevesíti konkrétan az ápolás szerepét, holott az ápolónak igen fontos szerepet kell betöltenie a program céljainak megvalósításában, a lakosság egészségügyi állapotának javításában. Az ápolás önálló funkciója többek között az egészségnevelés is. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Az egészségvédő és betegség-megelőző ellátás valószínűsíthető az egészségvédelem elsődleges, másodlagos és harmadlagos szintjén is. E tevékenységek bizonyára csökkentenék a nőgyógyászati rákszűrés kiterjesztésének ma még messze nem megoldott problémáját mindkét országban is.

Irodalmjegyzék

1. **Castlellsagué S.de Sanjosé, Aguado T., Louie, K.S. és mtsai:** HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. 2007, 25, 3 (Suppl).
<http://www.who.int/hpvcentre/publications/HPVReport2007.pdf> (2009.05.15)
2. **Betlehem J., Kriszbacher I.:** A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése. Egészségügyi Gazdasági Szemle., 2008,6, 22-25.
3. **Gakidou E., Nordhagen S., Obermeyer Z.:** Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. PLoS Medicine., 2008, 5, 863-868.
4. **Bray F., H. Loos A., McCarron P és mtsai:** Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 2005,14,677-86.
5. **Ganesan R., Rollason TP.:** Pathology of neoplastic squamous lesions. In: Jordan JA, Singer A. et al (eds.), The Cervix. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts, Second edition, 2006, 301-316.
6. **Sápy T., Poka R., Szarka K., Konya J., Huga S., Hernádi Z.:** Age-specific prevalence of high-risk human papillomavirus infection in a Hungarian female population with positive cytology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 2008,138, 194–198
7. **Kálmán E., Pajor L.:** A női nemi szervek patológiája. In: Kopper L, Schaff Zs (szerk.), Patológia 2. Medicina, Budapest, Második, javított kiadás, 2001, 1039-1115.
8. **Papp Z.:** A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
9. **Sóbel G., Páska Cs., Szabó I., Kiss A., Kádár A., Schaff Zs.:** Increased expression of claudins in cervical squamous intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma. Human Pathol., 2005, 36, 162-169.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss: Teilbericht Früherkennung des Zervixkarzinoms, hier: neue Technologien im Rahmen des Primärscreenings, Qualitätssicherung,.
11. <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-367/2007-06-05-Abschluss-Zervix.pdf> (2009.05.17.)
12. **Schenck U., Karsa L.:** Cervical cancer screening in German. Eur J Cancer., 2006, 36, 2221-2226.
13. **Boncz I., Sebestyén A., Döbrössy L., és mtsai:** A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. Orv. Hetil., 2007,148, 2177-2182.
14. **Székelyi M., Barna I.:** Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára. Typotex Elektronikus Kiadó Kft. 2005.
15. **Karamánné Pakai A., Németh K., Mészáros L., Dér A., Balázs P.:** A Nemzeti Program keretén belül megszervezett méhnyakrák-szűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. Egészségügyi Gazdasági Szemle., 2008;46(4)43-48.
16. **Karamánné Pakai A., Dér A., Németh K. és mtsai:** A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők-egy felmérés tükrében. Nővér, 2008.,21,3-9
17. **Karamánné Pakai A., Németh K., Kriszbacher I.:** A szervezett méhnyakrák-szűrésről való távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-Dunántúli Régióban élő nők körében. Magyar Epid., 2009, 6, 9-20.
18. **Döbrössy B., Kovács A., Budai A.:** A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orv. Hetil., 2007,148,1707-1711.
19. **Sirovich B. E., Woloshin S., Schwartz L. M.:** Screening for cervical cancer: Will women accept less? Am J Med., 2005, 118, 151-158.
20. **Kesic V., Markovic M., Matejic B.:** Topic Lawareness of cervical cancer screening among women in Serbia. Gynecol Oncol., 2005, 99,222-225.
21. **Klug S. J., Hetzer, M., Blettner M.:** Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. European Journal of Public Health., 15,70–77.

22. Kovács A., Döbrössy L., Budai A. és mtsai: The state of the organized cervical screening programme in Hungary in 2006. *Orv. Hetil.*, 2006,148, 535-40.
23. Németh K.: A daganatok szűrésének lehetőségei hazánkban. *Nővér.*, 2003, 16, 3-10.
24. Karamánné Pakai A., Dér A., Németh K. és mtsai: A magyar nők prevenció lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében. *Nővér.*, 2005, 18, 16-23.
25. Csatlós I.: Az ápolók egészségmagatartása. *Nővér.*, 2004,17, 27-32.

The influencing factors related to cervix cancer screenings among nurses

Karamán Pakai, A.¹, R. Doms², J. Schäfer³, Vizsralk, B. ³,
Dér, A. ¹, Szili, K. ¹, Dr. Balázs, P. ⁴

University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Nursing and Patient Care Institute,
Training Centre in Zalaegerszeg¹, Pflegedienst Stralsund, Stralsund, Németország²,
Frankfurter Diakonie-Kliniken, Frankfurt, Németország³, Semmelweis University
Faculty of Medicine, Department of Public Health, Budapest⁴
e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms, Women's Health, Secondary Prevention, Nurses.

Summary

Introduction: In Europe cervix cancer is the seventh; and it is the second most frequent cancer in the age-group of 15-44 years old women. In Europe approximately 321.8 million women live as part of the above mentioned endangered age-group from among whom 59.931 women are diagnosed with cervix cancer and 29.812 women die of it. Health workers have an important role in prevention; while practicing their profession they appear as role models to their patients.

Objectives: The purpose of our research is to reveal how nurses regard their state of health subjectively, how often they take part in PAP tests and if there is any difference in the motivation of Hungarian and German nurses to screening tests.

Methods: A self-fill-in questionnaire was used in our cross-section research. The sample was taken with unknown probability and was formed by nurses from three hospitals: Frankfurt Diakonie Clinic, Stralsand Nursing Service in Germany and Zala County Hospital in the West-Transdanubian region of Hungary (N=210). Data processing was carried out by using SPSS 17.0 for Windows version. As in descriptive statistics we calculated average, standard deviation, frequency, odds ratio, correlation; as in mathematical statistics we used χ^2 tests; differences were considered to be significant by the value of $p < 0.05$.

Results: A significantly big rate of the respondents regarded their health status as good. The average age of the first appearance on gynaecological screening tests was 22.31 ± 7 years. 86.1% of the respondents participates in PAP tests within 1-3 years: 68.1% of them every year, 12.1% of them every second year and 5.2% of them every third year. It deserves attention that 15.4 % of the nurses had not been taken part in PAP tests at all: this rate was 26.5% among the German nurses and 5.5% among Hungarian nurses (the difference is significant).

Conclusion: Although there is an increase in participating in cancer prevention programs in Germany and Hungary as well, it is still not satisfactory. Cancer prevention programs do not identify the role of nurses concretely, however, nurses should have an important role in fulfilling the aims of these programs, in improving the population's health. Nurses have the possibility to support individuals in accepting health protective and risk decreasing behaviour at all fields of the health care system. Among other things health education is an independent function of nursing for which one of the most effective methods could be to set an example.

A munkahelyi stressz, mint a leggyakoribb modern foglalkozási megbetegedés

Ember Alex dr.

Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar

Munkajogi és Szociális Jogi Tanszék

e-mail: emberalex@gmail.com

Kulcsszavak: munkahelyi stressz, foglalkozási megbetegedés, stresszorok

Összefoglalás

Munkám és vizsgálódásom középpontjában a modernkor leggyakoribb foglalkozási megbetegedése, a munkahelyi stressz áll. Vizsgáltam a stressz kialakulásához vezető leggyakoribb okokat, azok csoportosítását és megvizsgáltam azoknak a munkajoggal fennálló összefüggését. Megállapítottam azt, hogy a munkaviszonnyal kapcsolatos problémák jelentik az egyik legfontosabb forrást a súlyos stressz kialakulásához. Bemutattam azt is, hogy ezzel a pszichés teherrel összefüggésben további betegségek alakulhatnak ki, ezért a munkahelyi stressz csökkentése és lehetőség szerinti kiiktatása mindenképpen kívánatos. Végezetül mindezekre tekintettel bemutatom mindazokat a jelenleg kínálkozó megoldási alternatívákat, amelyek a világ több millió munkavállalójának egészségét és életét követelő stressz csökkentését eredményezhetik.

A munkahelyi stressz fogalmi alapjai

A stressz, mint fogalom a természettudományokban jelent meg először, elsősorban a fizikában, ahol egy tárgyra mért külső hatással hozták összefüggésbe. Csak a XX. században került át a kifejezés az orvostudományba, ahol egyrészt a szervezetre ható külső körülményeket jelenti (például erős ütés, magas hő), másrészt ezen körülmények hatására a szervezetben lezajló folyamatokat. A stressz (stress) angol eredetű szó, hozzávetőleges fordításban megterhelést jelent. Selye János, a Kanadában élt és kutató magyar származású tudós megfogalmazása szerint stressz a szervezet különféle ingerekre (*stresszorokra*) adott, azonos módon és meghatározott sorrendiségben megnyilvánuló válaszreakciója. Megterhelés (stress) alatt értünk így minden olyan ráhatást, amely az ember fiziológiai és/vagy pszichológiai alkalmazkodási mechanizmusait befolyásolja.¹ Ez a válaszreakció azonban sok esetben sikertelennek és alkalmatlannak bizonyul a probléma megoldása terén. A tipikus stressz-reakció részeként az ember koncentrációképesége csökken, a pulzusszám fokozódik, az adrenalin szint növekszik, a légzésszám emelkedik, gyakran az izmok is megfeszülnek. A test tehát egyfajta készenléti állapotba kerül, amely alkalmas lehet arra, hogy külső fizikai támadással nézzen szembe, azonban általában nem célravezető, sőt hibás reakció a modern körülmények között jelentkező pszichés megterhelés esetén.

A leggyakoribb stresszorok

A stresszt kiváltó ingereket nevezzük stresszoroknak, melyek a szervezeti stresszreakció közvetlen okait jelentik. Ezek az ún. stresszorok egészen sok különböző okra vezethetőek vissza, gyakorlatilag ide sorolhatunk minden olyan pszichés hatást, amely a szervezetet a stressz tüneteit felmutató válaszreakció kialakítására indítja. Ez rendkívül széleskörű okokat foglalhat magában, melyek között szerepelnek olyanok is, mint a megszokott életkörülmények kisebb mértékű, de nem kívánt változása, s olyanok is, mint munkahelyi elégedetlenségek, viták, esetleg személyes, vagy családi, esetleg baráti körben bekövetkező betegség és halál. A stresszorok kapcsán több felmérés készült, melyek alapján egyértelműen megállapítható, hogy a munkaviszonnyal kapcsolatos problémák a középmezőnyben helyezkednek el, vagyis ez kevésbé sem elhanyagolható rizikófaktor. Fontos kiemelnünk továbbá, hogy a felmérések hagyományosan az alábbi három tényezőt emelik ki különösen súlyos stresszorként: házastárs halála, szabadságvesztés büntetés elszívása, illetve a munkahely elvesztése. Az utóbbit megvizsgálva egyértelműen megállapíthatjuk, hogy a munkahely elvesztés révén a munkaügyi problémák is sok esetben súlyos stresszreakciókat eredményeznek. Elég, ha belegondolunk, hogy kisebb munkahelyi nehézségek, így a munkáltatóval való nézeteltérés is a munkahely elvesztését helyezheti kilátásba, s ez

eredményezheti a stresszreakció kiváltását. Különös figyelmet érdemel ez az adat, ugyanis a felnőtt lakosság nagyobb százaléka munkával tölti mindennapjait, ezáltal elkerülhetetlen számára, hogy találkozzon a munkahelyi körülmények okozta negatív hatásokkal.

A probléma lényege véleményem szerint nem a negatív hatások léte, hanem azok mélysége. Mélység alatt értem az ember pszichéjét ért hatásokat, amelyek nem ismernek fel idejében, és nem kezelnek megfelelő módon, sem egyéni, sem kollektív szinten.

A munkával összefüggésbe hozható stresszoroknak több csoportosítása képzelhető el, melyek közül az alábbiakban nézzük meg a Cooper-Marshall-féle csoportosítást!²

1. A munkából eredő faktorok
 - Munkafeltételek
 - Túlterhelés a munkában
2. Szervezeti szerep
 - Szerep kétértelműség
 - Szerepkonfliktus
 - Felelősség
 - Más szerep stresszorok
3. Munkahelyi kapcsolatok
 - Kapcsolat a feletessel
 - Kapcsolat a beosztottal
 - Kapcsolat a kollegákkal
4. Karrier (fejlődés)
 - Stabilitás hiánya
 - A státusz inkongruitás³
5. A szervezeti struktúra és légkör
6. A szervezeten kívüli stressz
7. A szervezet mint stressz.

A fent bemutatott csoportosítás az egyik, s talán egyben a legismertebb csoportosítása a munkahelyi stresszoroknak. A következőkben vizsgáljuk meg a fenti csoportosítás legfontosabb stresszorait, különös tekintettel a feszültség stresszor szerepére, illetve a munkahelyi szexuális viszonyokra!

Munkafeltételek

A munkafeltételek szintén a munkahelyi idegeség forrásának számítanak. A biztonságos, gyors és hatékony munkavégzés érdekében megfelelően kiépített munkavégzési háttérre van szükség.⁴ Fontos lenne, hogy az egyénnek, mint munkavállalónak – a lehetőségekhez mérten – beleszólása legyen abba, hogyan, milyen feltételekkel, és milyen ütemezéssel végezze a munkáját. Amennyiben erre lehetőség

van, a munkavállaló jobban magáénak érzi a feladat elvégzését. Míg ez az egyik oldalon a motiváció növelését, s így akár a munka hatékonyságának növelését is eredményezi, addig a másik oldalon súlyos stresszorként is felléphet. Ha ugyanis egy munkavállaló folyamatos elutasításra talál olyan munkaterületen, melyen dolgozik, akkor az hosszútávon nemcsak a munka elvégzésével kapcsolatos motivációját csökkenti, de nem érzi magát kellően megbecsültnek, s ez hosszútávon rendkívül súlyos önértékelési problémákat eredményezhet.

Túlterhelés a munkában

A munkahelyen a mennyiségi vagy minőségi túl- vagy alulterhelés is feszültségforrás lehet. Ebben az esetben az idő függvényében vizsgáljuk az adott munkavállaló helyzetét; így adott idő alatt túl sok, vagy túl kevés munkát kell elvégeznie. Mennyiségi túlterhelés esetén a munkavállalónak egységnyi időhöz viszonyítva sok feladatot kell ellátni, és az a munkaminőség csökkenéséhez vezethet. Minőségi túlterhelés esetén az elvégzendő feladat túlságosan bonyolult; ez adódhat akár a képzettség hiányából is. Amennyiben kiemelkedő teljesítményt várnak el a dolgozótól, melyet folyamatosan nem tud teljesíteni, akkor ez a munkavállalónál önértékelési problémák felmerülését is eredményezheti. A minőségi alulterhelés olyan munkafolyamatok végzése során alakulhat ki, ami összefüggésben van a monotóniával. A monotónia csökkenti az éberséget, a gyors és hatékony reagálás lehetőségét, ennek hiánya pedig növeli a baleseti kockázatok számát.

Szerepkonfliktusok

A szerep feszültségforrásainak legélesebb alkotóelemei a konfliktusok. Nyílt, vagy hallgatósági; két személy között, vagy egy személy és egy kollektíva között; vezető és beosztott között; vezető és beosztottak egymás között; beosztottak egymás között. A konfliktusok előfordulása nagyon változatos, mind a résztvevői, mind az okai tekintetében. A legfőbb szerepkonfliktus-forrás Cooper és Furnham szerint⁵ abban rejlik, hogy a feladatok követelményeinek megoldását a személy nem szereti, vagy nem illeszkedik a munkafeltételekhez. A szerepek területén komoly gondot okoz, amennyiben a munkavállaló nem rendelkezik kellő információval a feladatairól. Például egy átszervezés, leépítés után megváltozik a dolgozó szerepe, ugyanis korábbi munkatársa feladatait is neki kell ellátnia.

Felelősség

A munkavégzési autonómia, azaz túl sok, vagy túl kevés felelősség is idegességkeltő hatású lehet. A túl sok felelősség a vezető pozícióban dolgozókat érintheti, ugyanis ő irányítja más emberek jutalmazását, előléptetését, elbocsátását. Ezzel szemben az is feszültségkeltő lehet, ha valaki összetett munkát végez és minden apró döntés helyességének a megerősítéséhez a feletteséhez kell fordulnia.

Munkahelyi kapcsolatok

Stresszt kiváltó eseményeket a csoport szintjén is vizsgálhatjuk. Az összetartozás érzete nagyon fontos egy olyan munkavégzés során, ahol a dolgozók egymás tevékenységére vannak utalva. Gátló tényezőként jelentkezik, ha egymás ellen dolgoznak. A jó munkatársi kapcsolatok kialakítása tehát áldásos megoldás lenne a problémára.

Munkahelyi feszültség

A stresszorként jelentkező feszültség sok esetben az előreláthatóság hiányán alapszik. Bizonyos körülmények, hatások nem előreláthatóak, befolyásolhatatlanok, ezáltal nagyobb a feszültség-kiváltó hatása az egyén szempontjából. Ilyen például a mentősök, tűzoltók esete, akik szakmájuk jellege miatt fokozott készségben vannak, nem tudva azt, mikor kell helyt állniuk. Az előreláthatatlanság feszültséget eredményező kategóriájában kell megemlítenünk a bizonytalanság esetkörét is, amelynek lényege, hogy egy felmerülő munkahelyi probléma kapcsán teljesen bizonytalan annak a megoldása, s ez kilátástalanságot, a megoldás előreláthatatlanságát és általában az élet előreláthatatlanságát jelenti a munkavállaló számára. A kontrolálhatatlanság, az előre-jelezhetetlenség, a hosszú távú bizonytalanságérzet, a komfortérzet hiánya problémákhoz vezet. Az egyén az idő előrehaladtával úgy érzi, magára marad, kilátástalannak látja saját helyzetét.

A feszültség, mint stresszor másik csoportját az ún. „tanult tehetetlenség” elmélet adja, miszerint a kellemetlen és befolyásolhatatlan események depresszióhoz, fásultsághoz vezetnek.

Szexuális stresszorok

A nők esetében mondhatni egy speciális feszültségforrás a munkahelyi szexuális zaklatás esete. Ide kapcsolódhat még a munkahelyi- és a családi szerepek összehangolása, illetve a férfiak és a nők munkaerő-piaci esélyegyenlőtlensége. Utóbbiak kiküszöbölésére két, uniós szabályozást is említenék: a Tanács 97/80 EK irányelve a bizonyí-

tási teher megfordításáról a nem alapján történő diszkrimináció esetén; illetve a Tanács 75/117/EGK irányelve a férfiak és nők azonos bérezése elvének alkalmazására kibocsátott jogi előírások összehangolásáról. A munkahelyi szexuális zaklatás hatásaiban igen káros stresszor lehet, ami nem csupán a nőket érintheti. Valójában az egyenlőtlen erő- és hatalmi viszonyok egyik kifejeződési formája a szexuális zaklatás. Ezen viszonyokban a férfiak felé billen a mérleg, így döntő többségében a nők vannak a veszélyzónában. A munkahelyi szexuális zaklatás olyan akaratellenes, viszonzatlan, gyakran kitartó magatartást jelent, melynek szexuális mellékértelme van, ami nyugtalanítja a megcélzott személyt.⁶ A következő tiszteltelen cselekedetek tartoznak ide: javaslat, ajánlattétel, kétértelmű megjegyzés, obszcén, bántó viccek, feltűnő bámulás, érintés, illetve kétértelmű dolgok elhelyezése a munkahelyen. Sok helyen ezeket nem veszik komolyan, zavarja a munkavállalókat a dolog, de „természetesnek” veszik. A munkahelyi szexuális zaklatás kialakulását eredményező, illetve azt gyorsító tényezők lehetnek elsősorban az alábbiak:

- a munkahelyen a nők aránya nem éri el a 20%-ot
- egyes munkahelyeken egyedül dolgoznak a nők
- vezető nők aránya alacsonyabb a szervezetben
- a nők aránytalan számban dolgoznak a munkahely különböző pontjain
- szexuálisan egyértelmű tárgyak vannak jelen a munkahelyen
- eltűrik a folyamatos obszcén megjegyzéseket.

A munkahelyi szexuális zaklatások pontos száma nem ismert. Ennek oka, hogy a sértettek nem nyilatkoznak a történetekről, félnek a panaszuk stigmatizáló, megbélyegző hatásától. Becslések szerint azonban a dolgozó nők 25-90%-a átélte, vagy átélte a karrierje során valami hasonlót. Szélsőséges, bár létező probléma a munkahely megszerzésének szexuális szolgáltatástól való függővé tétele. A probléma súlyosságát mutatja az az amerikai felmérés, miszerint az ottani rendőrnők leggyakrabban és legvalószínűbb stresszforrása a munkahelyi szexuális zaklatás.⁷ A megelőzés érdekében már több országban próbálkoztak a nők magabiztosságát növelő tréningek, az ún. egyenjogúsági tréningek tartásával, melynek célja az előítéletek felismerése és kezelése.

Az egyén reakciói az egyes stresszorokra

A stresszorok kapcsán fontos megjegyezni, hogy természetesen egyénenként (és úgy gondolom munkakörönként) eltérő, hogy kinek mi okoz stresszt, ki melyik és mennyi stresszorra reagál negatívan. Vannak jó és kevésbé jó stressztűrő képességű emberek. Az University of California kutatóinak felfedezése szerint a nők és a férfiak nem egyformán reagálnak a feszültségre.⁸ A férfiak viselkedésére a „harcolj, vagy menekülj” („fight or flight”) jellemezhető, míg a nők viselkedését a „gondoskodj és barátokozz” magatartás jellemzi inkább. A nők biológiailag hajlamosabbak a segítségkérésre, illetve arra, hogy támaszt keressenek és találjanak. A pszichológusok a feszültségérzékenységet a félelemmel és szorongással azonos szinten kezelik, már ami a különböző tesztek felméréseit illeti. A kérdőíves szorongásteszteken a kérdéseknek általában két típusát találjuk. Az egyik típus magára a félelemre, míg a másik a félelem és a szorongás testi (szomatikus) megjelenési formáira vonatkozik. Az első esetben a férfiak általában nem szokták bevallani félelmeiket. A kutatók felméréseik során alkalmazzák a személyiség mélyebb rétegeibe hatoló, „projektív” teszteket is.⁹ A tesztek eredménye: a nők félénkebbek, szorongóbbak, mint a férfiak. A projektív tesztek azonban éppen fordított eredményt mutattak: a férfiak szorongás szintje magasabbnak bizonyult a nőkéénél. A projektív tesztek hitelesebbnek bizonyulnak, ugyanis a teszt során a vizsgálati személy nincs azzal tisztában, hogy a válaszaiból szorongásaira, félelmeire a szakemberek következtetni tudnának, így ezek után a férfiak gondosan felépített gátrendszere (melynek feladata az érzelmek „elárulását” megakadályozni) működésképtelen, és a vizsgálati személy képzetáramlásában a szakember felismeri a titkolt érzelmeket. A projektív tesztek tehát megmutatják a „nyers” igazságot, miszerint a férfiak csakugyan szorongóbbak, mint a nők.¹⁰ Kérdés, ha a férfiak csakugyan szorongóbbak, mint a nők, akkor valóban hajlamosabbak –e a feszültségre és a stresszre? Nagy valószínűséggel igen.

Megállapíthatjuk, hogy a fiatalabb korosztály jobban viseli a feszültség okozta hatásokat, mint az idősebb generáció. Magyarozatát ennek a ténynek nem csupán a fiatal szervezet testi-lelki fittege adja, hanem számot kell vetnünk a technika rohamléptekkel fejlődő vívmányaival is, amelyekkel az idősebb korosztály nem tudta, vagy nem tudja felvenni a versenyt, és ezeket a kudarcokat negatív élményként élék meg. Mind az itthoni, mind pedig a külföldi cégekre egyformán jellemző,

hogy a különösen nagy feszültség hatásnak kitett pozíciókban elsősorban fiatalokat foglalkoztatnak, akik a gyors előrejutás érdekében hajlamosabbak elfogadni a megnövekedett feszültséget. A fiatalabb generáció foglalkoztatásának előnyben részesítését magyarázhatja az is, hogy a jobb teherbírás miatt kisebb a megbetegedés kockázata, mint az idősebb munkavállalók esetében, nem beszélve arról, hogy a krónikus stresszbetegségek többnyire hosszú évek alatt jelennek meg, és a stresszártalmak megelőzésére fordított költségek is hosszabb távon térülnek meg. A dolgozóikkal csak rövid távra tervező cégek esetében nem áll gazdasági érdekükben, hogy pénzt költsenek a feszültséget okozó körülmények kiküszöbölésére. Ezért fordul elő oly gyakran, hogy a munkakeresőknek a munkainterjúk során vizsgálják a munkaterhelő képességüket alkalmassági vizsgálatok keretében. Ez egy bizonyos határon túl etikátlanná válhat, hiszen a leendő munkavállalónak az egészségét kell kockáztatnia megélhetése fejében; hosszú távon az ilyen alapokon nyugvó foglalkoztatás a cégnek sem lehet kifizetődő.

A feszültséget okozó hatások csoportosításánál különbséget tehetünk fizikai és szellemi munkát végzők között.¹¹ A fizikai munkát végzők a következőkről számoltak be: irreális feladatelvárások, a munkafolyamat feletti kontroll hiánya, állásuk jövőbeli bizonytalansága, valamint a lojalitás hiánya a vezetőség részéről. Ezzel szemben a szellemi munkát végzők a következőket tapasztalják általánosságban: személyiségvonások, életstílusok különbözősége, családi és interperszonális kapcsolatok defektjei.

A csökkent munkavégző képességű emberek esetében a feszültséget az okozza, ha nem kapnak munkát állapotuk miatt, ezáltal kiközösítettnek, a társadalom kiteszített és felesleges tagjainak érzik magukat. Mára már léteznek olyan irányú törvényi törekvések is, amelyek célja a fogyatékosok nagyobb arányú foglalkoztatása. Mindez nyilvánul különböző állami támogatásokban, rehabilitációs hozzájárulásokban.

A munkahelyi stressz következményei

Érdekes tény, hogy korábban a munkáltatók nagy egyetértésben úgy vélték, hogy a munkahelyi feszültség a profitért és a vállalati produktumok mennyiségének növelése érdekében folytatott harc melléktermék, afféle „szükséges rossz”, amit azért kell felvállalni, hogy a piacon, illetve versenyben maradjanak. A „dicsőséges” küzdelem munkásait

kitüntették, magas egzisztenciával bírtak és a társadalom elismerését is élvezték.

Brit és amerikai kutatások néhány évvel ezelőtt kimutatták, hogy a munkahelyi feszültség a hatékonyság helyett inkább a táppénzen eltöltött napok számát növeli. Az amerikai gazdaságban becslések szerint a stressz évente 300 milliárd dollárral csökkenti a termelékenységi mutatókat. Ennek hátterében pedig az alkalmazottak helyettesítése, a balesetek, a megbiztosítási költségek állnak. Ezek a veszteségek meghaladják az 500 listavezető amerikai cég nettó összprofitját. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) becslései szerint pedig a munkahelyi stressz évente átlagosan tíz százalékos kiesést produkál az egyes országok bruttó nemzeti össztermékéből.¹²

A munkahelyi feszültség bizonyíthatóan súlyos egészségkárosodáshoz vezethet. A feszült munkahelyi tempó, légkör különböző egészségügyi problémákat okozhat; ilyen a fejfájás, a már említett álmatlanság, depresszió, magas vérnyomás, az izomfájdalmak, az étvágytalanság, az ingerlékenység, az idegösszeomlás, gyomorfekély és a különféle szívkoszorúér megbetegedések is a feszültség számlájára írhatók. A munkavállalók olykor a kezdeti tünetekre nem fektetnek komoly hangsúlyt, és már-már természetesnek tetszik számukra, hogy egy fárasztó munkanap után fejfájással, izomfájdalmakkal küszködnek.

Akik munkahelyi szorongástól szenvednek, azok négyszer annyit töltenek betegállományban, mint az egyéb munkahelyi ártalomban és betegségben szenvedők. A kilátástalan, búskomor állapotban pedig sokan fordulnak az alkoholhoz, esetleg drogokhoz, valamint kialakulnak náluk különböző ártalmas szokások, mint a mértéktelen evés, ivás, dohányzás. Nyugtalan hangulatban nehezebb dolgozni, így sokan már akik megtehetik, hazaviszik a munkájukat a családi fészekbe, ami a megnyugvás, pihenés színtere kellene, hogy legyen. Gyakori, hogy a legfontosabb pihenési fázis, az alvás is nyugtalan a folyamatos teendők gondolata miatt.

Fontosnak tartom megemlíteni az ismétlődő stresszártalom jelenségét, amelyet az angol nyelvű szakirodalom az RSI rövidítéssel jelöl.¹³ Ilyenkor egy bizonyos izomcsoport, vagy ín hosszú időn keresztül természetellenes pózba kerül. Az RSI kifejlődéséhez a kényelmetlen és nem megfelelő testtartáson túl több faktor is hozzájárulhat, mint az ismétlődések száma, a megerőltetés mértéke, az illető fiziológiai felépítése, a munkahelyi feszültség rendszeressége és az általános életmód. Az ún. carpal csatorna szindróma egy komolyabb RSI,

amelynek kialakulását elsősorban a számítógépek billentyűzetének nem megfelelő használatára vezetik vissza. Ugyanis a csukló ismétlődő túlerőltetésekor az ott áthaladó idegpályákon keresztül a központi idegrendszerre is hat ez az idegrendszeri rendelkezés.

Paradoxon a helyzet, de mára bizonyított az a tény, hogy azok az eszközök, főleg kommunikációs eszközök, amelyek arra hivatottak, hogy megkönnyítsenek különböző munkafolyamatokat, ezzel szemben használatuk szintén komoly stresszforrásként említhető. A számítógépek, faxgépek, mobiltelefonok, e-mail lehetőség, a nyomtatók és különböző technikai eszközök és szolgáltatások meghibásodása, esetleg felfüggesztése komoly problémát okoz alkalmazójának.

A stresszforrásokat kezelő és megszüntető módszerek

Az eddigiekben már kitértem pár mondatban a stresszforrásokat kezelő, megszüntető módszerekre, a következőkben ezekről szeretnék tenni egy nagyobb áttekintést. Az áttekintés egészen az egyszerűbb módszerektől indul egészen az Európai Unió, az ILO, és a WHO és különböző európai szervezetek állásfoglalásáig, szabályozásáig.

Új munkaviszony kezdetén nagyon fontos az új munkavállaló beilleszkedése, alkalmazkodása egy már fent álló munkarendhez. Különösen igaz ez, ha csapatban kell dolgoznia. A beilleszkedést nagyban megkönnyíti a munkáltató, ha világos és egyértelmű felvilágosítást ad a munkahellyel kapcsolatos tudnivalókról: munkaköréről, időbeosztásáról, bérezési rendszerről, szabadságok kiadásának rendjéről, munkaszervezés rendjéről.¹⁴ Megnehezíti a beilleszkedést, ha a dolgozó különböző személyektől ellentétes utasításokat kap, feladatai megoldásához nem találja a szükséges eszközöket, személyeket. Amennyiben egy csoport új tagja lesz a leendő munkavállaló, akkor nagy szerepet játszik a csoport „pszichikus légköre”, ugyanis egy kiegyensúlyozott, barátságos légkörű csoportba könnyebb a beilleszkedés, mint a nyílt vagy elfojtott konfliktusokkal teli társaságba. Az újhoz való alkalmazkodás kezdetben fejtörést okozhat, de a munkakörnyezet milyensége meghatározza, hogy a leendő munkavállaló eltöltött napjai csak kezdetben lesznek stresszesek, vagy pedig az év 365 napján. Fontos, hogy a munkavállaló képzettségéhez, szellemi vagy fizikai erőnlétéhez megfelelő munkahelyet találjon; ne érezze azt, hogy jóval a munkatársai alatt tud csak teljesíteni, hiszen ez hosszútávon frusztrációhoz vezet.

Rövidtávon is és hosszútávon is érzékelhető jelei vannak a nem megfelelően kialakított

munkakörnyezet káros hatásainak. Elengedhetetlen a megfelelő és biztonságos munkavégzéshez a munka jellegének megfelelő környezet kialakítása. Amennyiben ez nincs meg, a dolgozók kedvtelebnek, leterheltebbek, fáradékonyabbak, mely egy idő után a munkakedvet is aláássa, csökken a termelékenység, ehhez hozzájárul még a munkáltató elégedetlensége, esetleges bérmegvonása, és máris ott tartunk, hogy dolgozóink aggódnak mind megélhetésük, mind munkaviszonyuk miatt; hajlamosabbak lesznek a depresszióra, szorongásra. Egyértelmű egészségkárosodáshoz vezet a munkakörnyezethez kapcsolódó azon problémakör is, amennyiben hiányos a munkáltató munkavégzéshez szükséges eszköztára, amely nélkül nem valósulhatnak meg a biztonságos munkavégzés feltételei.¹⁵

A munkavállalót körülvevő épített környezet, valamint annak használhatóságának feltételei szintén szükségesek a munkavállaló „komfortérzetének” kialakításához. Ilyen alapvető követelmény a megfelelő vízellátás. Ivóvizet minden munkáltató köteles biztosítani; ipari vizet pedig annyiban, amennyiben ez a technológiához szükséges. A legkisebb helyiség mérete, ahol a munkavégzés folyik, nem lehet 0,8 m²-nél kisebb, a huzamosabb tartózkodás céljára szolgáló helyiségek mérete nem lehet 2 m²-nél kisebb. A helyiségek belmagassága átlagosan 3 m kell, hogy legyen. A munkahelynek szükség esetén fűtöttnek kell lennie és fontos a szellőztetés biztosítása. Az emberi szervezet két alapvető szükséglete a víz és a levegő. Komoly koncentrációs zavarokhoz vezethet a nem megfelelő hőmérsékletű és tisztaságú légkör. A koncentráció hiánya (különösen egyes munkakörök esetében) megnöveli a baleset bekövetkeztének a lehetőségét.¹⁶

Szükség van a munkaterület megfelelő megvilágítására, fényforrásokkal való felszerelésére is. Keveset említett elem a munkakörnyezet kialakítása során a színek használatának jelentősége. A munkakörnyezet kialakítása során az akár tudatosan megválasztott színek nagymértékben befolyásolják a munkavállalók érzelmi állapotát, így közvetetten, de hatnak a munkakedv alakulására is. Ezen hatásokat már az 1940-es évektől tanulmányozták.¹⁷ Klein Sándor szerint az erős érzelmekkel rendelkező vagy neurotikus emberek jellegzetesen reagálnak a színekre. A Rorschach-féle személyiségtesztben az embereknek arra kell válaszolniuk, mit látnak az eléjük tett színes foltokban. A színes részekre adott formátlan válaszok (például naplemente, vér, tenger stb.) nagyfokú emocionális jeleznek.¹⁸ Klein Sándor Munkapszichológia című könyvében a színek munkahelyi felhasználásának két területét

különbözteti meg. Az egyik terület a színeknek a használata normalizált, amikor is a színt tájékoztató, illetve ismertetőjelként használják, melyek során bizonyos normák betartása szükséges. Ekkor biztonsági színekről beszélünk. A másik területe a színek használatának a munkatermek és berendezések színdinamikai kialakítása, melynél a színek pszichológiai hatása a döntő. A színdinamika a '60-as években vált divattá a magyar munkapszichológiában.¹⁹ A színdinamika azon az általánosan elfogadott tézisen alapul, hogy a színek hatnak az ember fiziológiai és pszichikai állapotára egyaránt. A színek emocionális hatásait az alábbiak szerint jelölték meg. A vörös: izgalmas, erőteljes, aktivizál, lelkesít, mozgósít, illetve haragra is gerjeszt, viszont lelkiileg magabiztossá tesz. A sárga: bölcsesség, gondolkodás, életöröm, lelkiileg segíti a haladást, javítja a hangulatot, gyógyítja az ideget. A kék: hűsítő, csillapító hatású, a béke színe; lelkiileg segít rendezni a gondolatokat, derűlátást, biztonságérzetet sugall. A zöld: a nyugalom színe, regenerál, erőt ad, pihentet és megnyugtat; lelkiileg enyhíti a fáradtságot, segít a megújulásban. A fekete: az erő, ész, a szertartásosság színe, félelmet, tiszteletet kelt; lelkiileg sikeressé varázsol. A fehér: a tisztaság, a higiénia színe; lelkiileg akadályozza a gondolatok szárnyalását, így segíti a koncentrációt. A színek használatánál figyelembe kell venni, hogy azok sohasem egymagukban hatnak, hanem a szomszédos színekkel és a munkahely építészeti kialakításával. Klein Sándor Munkapszichológia könyvében²⁰ a színdinamikának igen komoly jelentőséget tulajdonít, miszerint bizonyított, hogy segítségével csökkenthető a selejt, a baleset, a dolgozók betegsége vagy egyéb okok miatt bekövetkező távolmaradása, növekszik a teljesítmény, hatásosabbá válik a világítóberendezések használata, és elérhető, hogy a dolgozók jobban ápolják munkaeszközüket, ami azután a karbantartási és beruházási költségek csökkentéséhez vezet.

Egy igen gyakori probléma a különböző zajhatások kezelése. A munkahelyi apróbb feszültséget megsokszorozzák a különböző zajok. A folyamatos zajhatások következtében nagy a dekoncentráció veszélye, zavarja az elmélyült gondolkodást, lassítja a felfogóképességet és megnöveli a reakcióidőt. Egy forgalmas irodahelyiség is igen magas zajártalmi szinten van. A zajvédelem a munkahelyeken a munkavédelem egy igen fontos területe. Hazánkban orvosok és pszichológusok először a 1960-as években vették górcső alá az ipar legkülönbözőbb területein a zajártalom hatását.²¹ A vizsgálódások hatására a 29/1969. sz. minisztertanácsi rendelet

a zaj okozta halláskárosodást 1971. január 1-től foglalkozási betegségként kezelte. Ezen jelentős előrelépés hatására számos „zajszabvány” keletkezett.²²

Működnek egészségmegőrző programok, ugyanis a munkaadók kezdik felismerni, hogy jó eredmény csak kiegyensúlyozott munkavállalóktól várható. Dr. Simon Péter²³ munkapszichológus szerint nem lehet egyértelműen megállapítani, hogy a munkahelyi légkör a kisebb vagy a nagyobb vállalatoknál jobb-e. Mindkét vállalatípus esetében akadnak jó és rossz példák. Vannak olyan multinacionális cégek, akik tanulva a külföldi tapasztalatból, nagy hangsúlyt fektetnek az alkalmazottak közérzetére, ugyanakkor akadnak olyan kis- és középvállalkozások is, ahol családiás a légkör, azonban olyan 10 főből álló cégek is akadnak, ahol a munkatársak szó szerint rettegnek, ha megjelenik a főnök.

A munkahelyi stressz problémáit felismerve mára már jó néhány tanácsadó cég is szervez stresszmentesítő tréningeket. A szolgáltatók jellemzően a jól bevált külföldi gyakorlatot veszik át, és az alapján dolgoznak a hazai gyakorlatban. A tanfolyamokra jellemzően közép-, és felsővezetők jelentkeznek, ugyanis ezeknek a kurzusoknak a részvételi díja az átlag munkavállalónak magas, olykor megfizethetetlen. Amennyiben a munkáltató vállalja a költségek megtérítését, akkor hajlamos megvonni munkavállalóitól egyéb, béren felüli juttatást.

A feszültségoldó programok keretében a szakemberek igyekeznek átfogóan feltérképezni a résztvevők testi, lelki, és szellemi tulajdonságait. A középpontban általában a cselekvési és gondolkodási szokások értelmezése, korrigálása áll. Megkísérik megszüntetni a korábbi stresszes állapotokat, majd – a személy igényeinek, céljainak megfelelően – az eredeti képességeket hozzájuk működésbe. A komplex feszültségoldás során az emberek ráéreznek arra, hogy maguk irányíthatják testi-lelki működésüket, s ettől kezdve megváltozhat teljes személyiségük. A program résztvevői jobban megértik saját személyiségük felépítését és reakcióit. Világossá válnak a rögzült, rejtett indíttatású, de rendre ismétlődő téves viselkedések, a régi emlékek, események visszahúzó motivációi, illetve az egyes mozzanatok valóságos hatásai és jelentőségük. A szervezők adnak személyre szóló otthoni és munkahelyi „házi feladatot” a résztvevőknek, amelyek tulajdonképpen életviteli ajánlásokat, megoldásokat tartalmaznak.

Előfordul, hogy a munkáltató a munkavállalói számára különböző előadásokat tartat szakemberekkel, akik megismertetik a hallgatóságot új

irányzatokkal: a meditációval, a jógával, a feng shui²⁴ szerepével, grafológiával például, melyeket megismerve más szempontok alapján tekintenek életükre, körülményeikre. A látószög kitárulásával az egyén kibontakoztathatja kreativitását és szellemileg, fizikailag elrugaszkozhat a mindennapi kötött munkatempótól. A feszültségoldás tehát nem csak az egyén, de a vállalat számára is hasznos.

A hatalmas gazdasági kieséseket felismerve az Egyesült Államokban kiépült egy komoly stresszmenedzsment. A nagy társaságok fele rendszeresen tart relaxációs tréningeket, amely kimutatások szerint nagymértékben csökkenti az olyan feszültség szimptomákat, mint az idegesség és az alvászavar. Ezen tréningek tartása viszonylag olcsó, és nem igényel különösebb szerkezetátalakítást, igaz, hatása is csak tüneti, és rövid távú. Számos cégnél stressztanácsadó (coach) működik, aki javaslatokat tesz a munkahelyi feltételek javítására, mind vezetői, mind beosztotti szinten. Amerikai kutatók szerint tehát ez a két módszer, a stressztréningek tartása és a munkafeltételek javítása, illetve ezek együttes alkalmazása a leghatékonyabb módszer hosszútávon a stresszártalmak kezelésére.

Az idegesség hatásainak kiküszöbölésében nagy segítség lehet a relaxáció, valamint a biofeedback, ami egy, a relaxációt követő eljárás, melynek során az emberek visszacsatolást kapnak fiziológiai állapotuk valamely változásáról, és megkísérik azt megváltoztatni.²⁵

A különböző egészségfejlesztő programok szintén megoldásokat kínálnak a problémák kezelésére²⁶. Magyarországon a munkahelyi stressz miatt szenvedők pontos létszámáról nincs adat, ilyen irányú felmérés eddig még nem készült. Következeteni azonban lehet a depresszióban szenvedő emberek számából, ugyanis a depresszió és a munkahelyi feszültség többnyire együtt és egymással szoros kölcsönhatásban jelentkezik. A depresszió hazánkban mára már népbetegségnek számít. Felmérések szerint a problémakör az Európai Unió munkavállalóinak 28 százalékát, mintegy 40 millió alkalmazottat érint, ami éves szinten húszmilliárd euró többletköltséget jelent a tagállamoknak. A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Ergonómiai és Pszichológiai Tanszékén már két és fél éve dolgoznak egy, a Nemzeti Fejlesztési Program által támogatott munkahelyi egészségfejlesztési programon. A program lényege, hogy a munkahelyeken olyan alkalmazotti egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz hoznak létre, amely áttekinti a munka, a munkahely potenciálisan egészségromboló, idegességet okozó elemeit, majd javaslatokat dolgoznak ki az

ártalmas hatások kiküszöbölésére és javaslataikat egyeztetik a cég vezetésével és a szakszervezetekkel. A kísérlet egy magyar nagyvállalatnál jelenleg is folyik, eredményeket még nem közöltek.

Jegyzetek

1. Itt jegyezném meg az alkalmazkodási mechanizmus későbbiekben kifejtendő lényegét, miszerint a munkavállalónak a munkahelyén számos körülményhez kell alkalmazkodnia. Az újonnan kialakuló, vagy változó körülmények pedig mind-mind szerepet játszanak egy esetleges stressz-helyzet kialakulásában.
2. Cooper – Marshall, 1980
3. Inkongruencia (lat.), megegyezés hiánya.
4. Egy konkrét eset kapcsán szeretném jelezni, mennyire fontos a megfelelő körülmények kialakítása a munkahelyen, miszerint a Three Mile Island-i atomerőmű baleset egyik fontos eseménye volt a fülsiketítő vészsziréna használata, mely megzavarta az operátorokat, és ennek eredményeként romlott a probléma-megoldó hatékonyságuk.
5. Cooper, C. L.; Davidson M. (1978). Sources of stress at work and their realtaion to stressors in non-working environments. In: Psychosocial factors at work and their relation to health; <http://erg.bme.hu/szakkepzes/3felev/burnout2.pdf>
6. Juhász Ágnes: Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés; Oktatási segédanyag; Munka-és szervezetpszichológiai szakképzés; Budapest, 2002
7. Juhász Ágnes: Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés; Oktatási segédanyag; Munka-és szervezetpszichológiai szakképzés; Budapest, 2002
8. Forrás: A Munkaadó Lapja, XV. Évfolyam 1. szám
9. Ilyen teszt például a Rorschach-teszt, ahol a vizsgálati személyeknek alaktalan ábrákon kell számára jelentéssel bíró formákat felismernie, és ezzel, anélkül hogy tudna róla, mintegy belevetíti félelmeit, szorongásait az ábrába.
10. Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema: Pszichológia; Osiris Kiadó, Budapest, 1999
11. Murphy L. R. (1988) Workplace interventions for stress reduction and prevention. In: Causes, Coping and Consequences of Stress at Work. Ed.: Cooper, C. L., Payne, R. John Wiley & Sons Ltd.
12. <http://www.biztositas.hu/Hirek-Informaciok/Biztositasi-szemle/2005-majus/Erdemes-feltarni-a-stresszforrasokat.html>
13. Repetitive Stress Injuries vagy rövidítve RSI
14. Ez a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. tv. rendelkezései alapján egyébként is a munkáltatónak a munkaviszonnyal összefüggő egyik kötelezettsége.
15. Az ebből eredő egészségkárosodás foglalkozási megbetegedésnek tekinthető, amely elbírálási szempontból az üzemi balesettel esik egy tekintet alá.
16. Ha a bekövetkezett baleset munkabaleset, akkor az 1997. évi LXXXIII. tv. a baleseti ellátásokra vonatkozó megfelelő rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni és ilyenkor speciálisan alakul a munkáltató megtérítési, illetve kártérítési felelőssége.
17. Eysenck, 1941; Kouwer, 1949
18. Greenson, R.R. (1947). The Rorschach Test: A Clinical Evaluation
19. Perczel J., 1963; Sebestyén, 1965; Pungor 1966; valamint Rókusfalvy (1967) ismerteti Trafferner Béla 1885-ben megjelent Szín és színharmónia, kiváló tekintettel: A Síkornamentikára és a műipar igényeire című több mint 200 oldalas könyvét, melyben a színek élettani és pszichológiai hatása is részletesen tárgyalásra kerül. Egyebekben Rókusfalvy-tól származik egy a munkapszichológusokra vonatkoztatott mondata, miszerint: „az az ember, aki kékre festette a falakt”.
20. Klein Sándor (1980): Munkapszichológia I. és II. kötet
21. Vaszkó, 1962; Béleczy-Ribári, 1964; Klein-Ribári, 1968;
22. Például: a 3393/1-76. számú szabvány a szubjektív akusztika (az élettani és a pszichoakusztika) általános fogalmairól

23. A Munkaadó Lapja, XV. évfolyam i. szám
24. A feng-shui az elrendezés kínai művészete, eredete 3 ezer évre vezethető vissza. A szó jelentése: szél és víz.
25. Atkinson, 1994
26. Ilyenek például: Ericsson Egészségfejlesztési Program (Segal, 1999); Holden Engine Company (Segal, 1999); The Working Well Trial (Abrams, 1994).

Irodalomjegyzék

1. **Abrams, D.:** The Working Well Trial, *Prev Med*, 1995 Mar.
2. **Cooper, C. L.; Davidson M.:** Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. *In: Psychosocial factors at work and their relation to health*, 1978
3. **Ember Alex:** Az üzemi baleset és a foglalkozási megbetegedés szabályozása, különös tekintettel az új kihívásokra és a balesetbiztosítási rendszer átalakításának szükségességére; PhD értekezés (kézirat), Szeged, 2009
4. **Horváth József:** Munka- és környezetvédelem, Tankönyvmester Kiadó, Budapest, 2007
5. **Juhász Ágnes:** Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés; Oktatási segédanyag; Munka-és szervezetpszichológiai szakképzés; Budapest, 2002
6. **Klein Sándor:** Munkapszichológia I. és II. kötet, SHL Könyvek, 1980
7. **Munkaadó Lapja**, XV. évfolyam 1. szám
8. **Murphy L. R.:** Workplace interventions for stress reduction and prevention. *In: Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Ed.: Cooper, C. L., Payne, R. John Wiley & Sons Ltd. 1988
9. **Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema:** Pszichológia; Osiris Kiadó, Budapest, 1999
10. **Segal, M.H.:** Ericsson Egészségfejlesztési Program, 1999
11. **Selye János:** Életünk és a stressz, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964,

The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness

dr. Ember, A.

University of Szeged, Faculty of Law, Department of Labour Law and Social Security
e-mail: emberalex@gmail.com

Keywords: work-related stress, occupational disease, stress reasons

Summary

The work-related stress as the most common modern occupational disease is in the focus of my study. I studied the most common reasons of work-related stress, the different forms of it and its connection to labor law. I realized that problems concerning employment are one of most important factors in developing serious stress. I showed that this serious psychological burden may result in further diseases so the reduction or – if possible – elimination of work-related stress is highly desirable. Finally taking all these into account I made researches concerning the different options currently available for dealing with the problem that results in the death and disease of millions of employees around the world.

The Educational Problems and Socialization Children of Migrants in the Conditions of Formation the Ukrainian Democratic Society

Victoria Ryul', Natalia Ignatola

Uzhhorod National University The Faculty of Social Sciences

Department of Sociology and Social Work

e-mail: vikarul@mail.ru

Keywords: socialization, migration, questionnaire, school education, children of migrants

Summary

Introduction: The interest to research the problem of migration began in the last decade of the twentieth century. What makes people migrate? It is considered that the main factor is economical. In the conditions of the economic and trade connections the international labour migration took a global character.

Objective: The aim of the research was to investigate the problem caused by the migration and to determine the peculiarities of education and socialization children of migrants.

Methods: There was made a research, using the method of questionnaire in 2009. 223 pupils of the 8th-11th grades took part in it.

Results: It was determined that a very important role played the factor who of the parents worked abroad. On the territory where a questionnaire was made, labour migration is mostly male. The development of socialization of the children, who are growing without parents, depends first of all on the behavior model, chosen by their parents, and performing their parents functions on "a distance".

Conclusion: In the conditions of formation the Ukrainian democratic society, maximum efforts should be done to put the school education on a qualitatively new conceptual level. School as the centre of education should renovate relation of problematic children with their relatives, society, adapt them to the realities of modern life, should perform the function of social preventive inspection.

Introduction

Migration of population – in Latin means "move to a new place of residence". The interest to migration, particularly international, began to grow in the last decade of the twentieth century. It confirms the fact, that migration is not a unique peculiarity only of our time. Migration of the population has taken place from the very first days of the existence of mankind. Nature cataclysms, unfavorable climate conditions, hunger, territorial aggression etc were the reasons of migration.

What makes people migrate? It is considered that the main factor is economical. The people get work in the country, where the living standard is higher, they earn more money than their countrymen who are at home. The difference in payment was so high, that earning money abroad and spending it at home,

people could improve the welfare standards of their families.

In the conditions of economic and trade connections the international labour migration took a global character. It could be explained by the fact, that migration is a mirror reflection of different aspects of social life: economy, demography, sociology, policy and law. By the official data, nowadays about 22 139 citizens of the Ukraine work abroad. But unofficial statistics says about 2-7 million. Ukrainians who have migrated abroad earn over 2 milliard hryvnias, nearly 250 million dollars.(14)

Relatively low levels of the economic development of Transcarpathian region, caused the existence of surplus labour resources. Transcarpathia ranks sixth in the Ukraine by the level of official

unemployment. According to the registration in Services of Employment there were 93,400 people, for 256,900 employed, 77,600 had a status of unemployed during the year of 2008. One third of them didn't have a work more than a year. Nowadays in Transcarpathia on one free working place pretends 58 persons against 35 in 1999 and 17 persons average annual in Ukraine. In some districts these figures are fantastic: 662-786 persons per year.(1)

In opinion of the economists, particularly the factor of unemployment has caused the labour migration of the population. One of the problems which is caused by the migration, is the phenomenon of "social orphanhood" or the problem of one more "lost generation". This phenomenon is and will be the attribute of labour migration. If more than 93% of migrants declare that they have from one to three children, then the number of children left in Ukraine with on one of the parents, neighbours, or simply to themselves, is counted to millions. Migration of young people causes negative demographic consequences in the result of ruining family relations and unfavourable for birth and upbringing children the specific migrants' life style. At the same time, the number of divorces increased in 1,5 times. More complicated family problem, which grows into social one, is the upbringing of migrants' children, left in Ukraine, particularly in cases of long absence of both parents.(2)Consequences of labour migration of parents are uncontrolled behaviour of the children, which leads to alcohol and drug addiction, irresponsible sexual relation. (11)

The aim of the article is to determine the peculiarities of education and socialization of migrants' children in the conditions of formation of the Ukrainian democratic society. Most people who go abroad to earn money, leave their families in which children are growing. Thus, the original transformation of family institute, and socialization and schooling of children change substantially. It is rather interesting to look on the temporal migration of parents from the position of their children. How does temporal migration of parents influence the socialization schooling of children?

We think this is an interesting approach to the research in which some aspects of this problem are treated. For example, some scholars consider that the greater part of children at the age of seven years feel crisis of living from parents very keenly. Nine percent children suffer from emotional and behaviour difficulties; 14% have problems in studies, 38% have momentary emotional crisis.

The children of 10-11 years old feel psychological social problem. (3) Most of these children, who temporarily remain without a father cannot imagine him as the authority, the source of safety and defense, they are less confident in themselves and have difficulties in relations with the children of the same age. (4) Older children fulfill duties, which their parents have done, causing them to miss school while looking after their younger brothers or sisters. (5) When one or both of parents go abroad, grandparents or other relatives take care of the children. (4,5,6,) Thus, the results of research done in the latest years in different countries, witness to the fact, that living apart from parents, has become an acute socio-pedagogical problem. The subject of the given article is the problem of socialization, education of the children, whose parents temporary work abroad.

Theoretical context of the research. What is socialization? Different definitions combine the concept socialization as for example, "socialization" is the process of formation personality (7),

"Socialization" – is the process in which individuals integrate into existing society (8), "Socialization" – is a process and a result of adoption and further active representation of social experience by the individuals (9), the process of development of person in the interaction with the surrounding. (10)

In the process of socialization a person learns values, norms and symbols (8), learns the skills and habits of practical and theoretical activity (11), adapts to the social norms, develops social and individual aims, takes characteristic for people, society culture. It is determined that the main point in socialization is the aspect of integration into society.

The Authors, have chosen to emphasize the defined influence of social environment on individual socialization. Socialization takes place through family, school, language and surroundings (8), in interaction with micro and macro surroundings, under the influence of different conditions and life circumstances (11). Therefore, socialization can be treated, as a process that is going the whole life. A person, interacting with surroundings, improving in the development, intergrates into the society.

Socialization is the most important family function, which is connected with, satisfaction of family needs and playing roles. The aim of primary socialization is the formation in a child a good attention to other people, which are revealed in confidence, obedience, desire to do something

pleasant. Communicating with parents, brothers and sisters, children gradually get to know society and learn to function in it as full and equal members of it.

As far as crisis in the family happens (divorce, death, unemployment, i.e.) its functions get broken. In such cases, when one or more functions are uncompletely performed, it can be said about violation of performing functions by the family. Separating from parents (or one of them) on moving abroad, is one of the circumstances of family dysfunction. In this case many functions are violated, first of all socialization of children.

The great attention, in the given case is paid to one function (namely, economic, the aim of which is to provide for family welfare), but also changes in values towards family and children. According to the data of the European research of values in 1990-1999, during ten years the importance of children in the lives of women has decreased, the importance of material wealth, as happy marriage, (especially among young people), has increased. (12)

There's no doubt, that moving of parents, or one of them abroad, causes considerable changes in a child's life, that influences the process of his or her socialization and schooling. Living with one of the parents or without them, the child is delivered from the possibility to inherit their examples. Their inter communication with parents, solving different problems, communication with children, relatives, friends are limited. A child is delivered from the possibility to make a nuclear family models, where parents and children live together, a child can hardly realize the parents' values, their culture and moral principles. The emotional system of the family is broken: the common emotional experience, aspirations and activities are limited. Separated by long distances from their parents, attention to the children is set aside.(13)

As far as the scale of family dysfunction is determined by different characteristics (the members of the family, the age of parents and children, the period of absence) we can make an assumption, that temporal migration of parents influences upon children in different ways and depends on different factors; such as age or sexes of the children. The analysis of the situation and theoretical context, have forced us to make a research in order, to reveal the influence of parents' moving abroad to earn money on children's socialization and schooling.

The methods of research

There was made a research, using the method of questionnaire in 2009 (from January to March).[A **questionnaire** is a research instrument consisting of a series of questions and other prompts for the purpose of gathering information from respondents. Although they are often designed for statistical analysis of the responses, this is not always the case. Usually, a questionnaire consists of a number of questions that the respondent has to answer in a set format. A distinction is made between open-ended and closed-ended questions. An open-ended question asks the respondent to formulate his own answer, whereas a closed-ended question has the respondent pick an answer from a given number of options. The response options for a closed-ended question should be exhaustive and mutually exclusive.] 223 pupils of the 8th-11th grades in Mizhhirskiy and Vynogradivskiy districts of Transcarpathian region took part in it. The selection is representative in two quotas: sex (51,6% – female, 48,4% – male) and the place of living (58,7 % – village, 40,8 % – town). The method of common selection was used. For the statistic analysis the 8th version of SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programme and the method of selecting colors by Lüscher's Color-Diagnosis test were used.

[SPSS is among the most widely used programs for statistical analysis in social science. It is used by market researchers, health researchers, survey companies, government, education researchers, marketing organizations and others. The original SPSS manual (Nie, Bent & Hull, 1970) has been described as 'Sociology's most influential book'. In addition to statistical analysis, data management (case selection, file reshaping, creating derived data) and data documentation (a metadata dictionary is stored in the the datafile) are features of the base software. SPSS places constraints on internal file structure, data types, data processing and matching files, which together considerably simplify programming. SPSS datasets have a 2-dimensional table structure where the rows typically represent cases (such as individuals or households) and the columns represent measurements (such as age, sex or household income). Only 2 data types are defined: numeric and text (or "string"). All data processing occurs sequentially case-by-case through the file. Files can be matched one-to-one and one-to-many, but not many-to-many. The graphical user interface has two views which can be toggled by clicking on one of the two tabs in the bottom left of the SPSS window. The 'Data View' shows a spreadsheet

view of the cases (rows) and variables (columns). Unlike spreadsheets, the data cells can only contain numbers or text and formulas cannot be stored in these cells. The ‘Variable View’ displays the metadata dictionary where each row represents a variable and shows the variable name, variable label, value label(s), print width, measurement type and a variety of other characteristics. Cells in both views can be manually edited, defining the file structure and allowing data entry without using command syntax. This may be sufficient for small datasets. Larger datasets such as statistical surveys are more often created in data entry software, or entered during computer-assisted personal interviewing, by scanning and using optical character recognition and optical mark recognition software, or by direct capture from online questionnaires. These datasets are then read into SPSS.]

[The test-colors from the Lüscher Color-Diagnosis are selected according to the same category. Therefore the patient’s choice of color shows the state of their psychosomatic and emotional status and how they feel about themselves. It is further one of many well known test-diagnostic proceedings by testing children on the area of educational psychology.] (15)

The Results of Research

It was determined, that a very important role in socialization of the children played the factor, who of the parents(mother or father, both of the parents) worked abroad. Special attention is needed for children; whose mothers work abroad. The age of the child is very important, if he or she is older, then mother goes abroad more frequently. At the same time the age of a child does not practically influence the migration of the fathers. Only 24,4% of children said that their fathers had never worked abroad, mothers – 53,8% (see table №1, №2).

Has your father ever worked abroad or is working now?			
		Frequency	Percent
	Has worked abroad	77	34,5
	Is working now	67	30,0
	Never has worked	55	24,7
	Total	199	89,2
Missing	System	24	10,8
Total		223	100,0

Table №1

In Transcarpathian region where a questionnaire was made, labour migration is mostly of male type. This fact is connected with the countries of migration

(the majority 43,5% Russian Federation, work on the construction sites) (see table №3) as well as historical, patriarchal traditions of Transcarpathian region, where wife (woman) plays the role of housewife.

The question:” What life difficulties do you feel very sharp?” 14,3 % of children answered that the difficulties in studies and lack of understanding with teachers – 10,3 % (see table №4).

Has your mother ever worked abroad or is working now?			
		Frequency	Percent
	Has worked abroad	120	53,8
	Is working now	56	25,1
	Never has worked	14	6,3
	Total	190	85,2
Missing	System	33	14,8
Total		223	100,0

Table №2

Very often most of pupils are left alone with their problems in studies, teachers also have no possibilities to influence them, taking the place of their parents. It should be carefully estimated the answers about the changes in their studies, as far as there isn’t actual material that could analyze the changes that have taken place.

What countries has your father worked or is working now?			
		Frequency	Percent
Valid	Russian Federation	97	43,5
	Countries of European Union	27	12,1
	Other countries	18	8,1
	Total	142	63,7
Missing	System	81	36,3
Total		223	100,0

Table №3

Very often when children are older, they begin to fulfill the functions of parents. The responders estimated unequal changes in relation to their brothers or sisters. Most of them estimated it positively, reporting that their relations have become more friendly (they care about each other 69 %, more frankly communicate – 57%), become closer (often spend free time together).

In the results of the research the authors have come to the following conclusions:

1. school as the centre of education, should renovate relation of problematic children with their relatives, society.
2. school should adapt them to the realities of modern life.

3. school should perform the function of social preventive inspection and rehabilitation.
4. the role of the teacher, educator should increase, because they have taken the decisive part in upbringing, the role of tutor, adviser and a person on which the children could relay upon.

should be done to put the school education on qualitatively new conceptional level, which should meet European standards.

The research has determined, that a part of teenagers, who are growing a long period of time without their parents cannot learn their experience, models of behavior. The development

of socialization of these children depends first of all on that behavior model, chosen by their parents, and performing parents' functions on "a distance". Ukraine could do a lot in questions of overcoming visas barrier and create cheap airlines, as it could be seen on the example of Poland, where by the symbolic price of 20-30 Euro is possible to visit any country of Europe. It could help to make the contacts in families, which work abroad more frequent, and in a case of great necessity the migration of whole families abroad. In, this, Transcarpathians are suffering as well, as the children of all the Ukrainians working abroad. This research provides interesting findings in investigating the problem of socialization and education of children of labour migrants.

What life difficulties do you feel very sharp?		
	Frequency	Percent
No	72	32,3
Difficulties in studies	32	14,3
Lack of understandings with teachers	23	10,3
Strong carrying of parents	20	9,0
Back- breaking psychical loading	18	8,1
Personal difficulties of intimate character	18	8,1
Back- breaking physical loading	4	1,8
Others	3	1,3
Conditions of life	2	0,9
Violence acts of parents	1	0,4
Economical crises	1	0,4
No one	1	0,4
Total	195	84,7

Table N#4

Therefore, in the conditions of formation the Ukrainian democratic society, maximum efforts

References

1. World Economic and Social Survey 2004: International Migration The United Nations Department of Economic and Social Affairs. (<http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2004files/part2web/part2web.pdf>).
2. **Malinauskas G.:** Researching the Impact of Partial Labour Migration on a Child: Failure of Attachment Theory. *Social Work & Society*, 2006, 4 (2).
3. **Abromaitiene L.:** The Emerging Aspects of Children's Social and Educational Problems in the New Members States EU, 2004. In: *Education-Line*. (<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00003777.html>).
4. **Nosseir N.:** Family in the New Millennium: Major Trends Affecting Families in North Africa. *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. Report for United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family (2003), pp. 14-15 (citations omitted). Archived at: <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtnosseir.pdf>.
5. **De Silva I.:** Demographic and Social Trends Affecting Families in the South and Central Asian Region. *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. Report for United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family (May 2003), pp. 10-11. Report archived at: <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtdesilva.pdf>.
6. **Quah S.:** Major Trends Affecting Families in East and Southeast Asia. *Major Trends Affecting Families: A Background Document*, Report for United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and

- Development, Program on the Family (March 2003), p. 22 (citation omitted).
 Archived at:<http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtquah.pdf>.
7. **Mardakhayev L.V.:** Dictionary on Social Pedagogic, Moscow: Academia, 2002
 8. **Lesaffre D.:** Seimos vaidmuo vaiko socializacijos procese. Kn.: Vaikas visuomenėje ir jo socializacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 1998, p. 53-57.
 9. **Rean A.A., Kolominskiy Y.L.:** Social pedagogical psychology. Saint Petersburg: Piter, 1999
 10. **Mudryk A.V.:** Socialization of a Man. Moscow: Academia, 2006
 11. **Khomra O. Y.:** Illegal Transit Migration as Danger of National Security of Ukraine. // Strategic Panorama 2003 № 1; Oleksandr Khomra Ukrainian-Russian Border in Migration Problems of Migration – T-6-2001 - № 3 (17). - C. 41–54.
 12. **Mykola Tovt.:** Legal Defense of Refugees in the Context of Fighting against Illegal Migration (on the example of Transcarpathian region) // The Problems of migration Volume 6– 2001- № 2 (16).
 13. Extended Europe. Neighbouring Countries. The New Structure of Relation with Our Eastern and Southern Neighbours. The Report of the European Commission for Council of Europe and European Parliament http://www.delukr.cec.eu.int/ua/eu_and_country/bilateral_relations.htm
 14. State Statistics Committee of Ukraine: <http://www.ukrstat.gov.ua>
 15. http://en.wikipedia.org/wiki/Max_L%C3%BCscher”

A migránsok gyermekeinek nevelése és szocializációja az ukrán demokratikus társadalom formálódása idején

Viktoria Riul, Natalia Ignatola
 Uzhhorod National University Társadalomtudományi Kar
 Szociológia és Szociális Munka Tanszék
 e-mail: vikarul@mail.ru

Kulcsszavak: szocializáció, migráció, kérdőív, iskolai oktatás, migránsok gyermekei
Összefoglalás

Bevezetés: A migráció problémájának kutatása a múlt században, az 1990-es években kezdődött. Mi készíti az embereket a vándorlásra? A fő tényezőnek a gazdasági ok tekinthető. A gazdasági és kereskedelmi kapcsolatok szélesedésével a nemzetközi munkaerő vándorlás az egész világra jellemző.

Cél: A kutatás célja az volt, hogy feltárjuk a migráció okozta problémákat és meghatározzuk a migránsok gyerekei oktatásának és szocializációjának egyedi vonásait.

Módszerek: Kérdőíves kutatást végeztünk 2009-ben, melyben 223 8.-11.-es diák vett részt.

Eredmények: Kiderült, hogy nagy szerepet játszik az a tényező, hogy melyik szülő dolgozik külföldön. Azon a területen, ahol a kérdőívet alkalmaztuk, a munkaerő vándorlásban főleg a férfiak vesznek részt. A kutatás során megállapítottuk, hogy az olyan gyermekek szocializációs fejlődése, akik szülők nélkül nőnek fel, elsősorban attól a viselkedési modelltől függ, amelyet a szülei választottak és a szülői funkciókat távolról végzik.

Következtetés: Az ukrán demokratikus társadalom kialakulása idején maximális erőfeszítést kellene tenni annak érdekében, hogy az iskolai oktatást minőségileg új szintre emeljék, és az iskolának, mint az oktatás központjának meg kellene javítani a problémás gyermekek kapcsolatát a rokonaikkal és a társadalommal, a modern élet valóságára kellene felkészíteni őket, és az iskolának a társadalmi prevenció és rehabilitáció funkcióit is el kellene látnia.

The Social Mechanisms of Establishing Tourist Economic Organizations

Shandor Fedir Fedorovych, Oleksandr Koval, Jurij Ostapets
Uzhhorod National University
e-mail: f.shandor@gmail.com

Keywords: social organization, household organization, tourist economic organization, mechanism of organization establishing, typology of organizations, leadership, management, model, conflict, formalization, bureaucratization, tourism industry.

Summary

Introduction: The rapid development of tourism in Ukraine, becoming commercialized in the process of establishing a market economy led to a spontaneity and chaotic state while creating tourist economic organizations. At the same time, these organizations, like any social organization, are marked with high multidimensionality, and the uncertainty of construction and operation. They belong to complicated systems; their complexity may exceed the management possibilities regarding the control of organizational processes.

Objective: The aim of the research is to reveal the mechanisms for creating of tourist economic organization.

Methods: the work is based on the fundamental ideas of world classics in sociology, the portfolio of domestic and foreign social scientists devoted to management, in particular tourism, which is determined by the following features: management dominance through interaction of people and anthropo-centric approach in its implementation; specific of tourism activity as the management object, insufficient professional qualification of managers in the sphere of tourism.

Results: The research specifies that the tourist economic organization belongs to the super-complicated social systems, which requires simplifying while creating the organization. Mechanisms for such building are: filing, decomposition, aggregation and social formalization. It identifies features of economic social organization; it explains the differences in economic and sociological understanding of the tourism economic organization; it describes the main characteristics of the tourist economic organization.

Conclusion: We should keep in mind that tourist economic organization as a kind of social, takes over the following general features: it is the association of people to achieve certain socio-economic results based on official relations, consequently a system of socio-economic relations focused on achieving the relevant objectives with its own resources, internal regulatory and status structure, within which organization members perform respective functions for the appropriate compensation.

Social problem: The rapid development of tourism in Ukraine, becoming commercialized in the process of establishing a market economy led to a spontaneity and chaotic state while creating tourist economic organizations. At the same time, these organizations, like any social organization, are marked with high multidimensionality, and the uncertainty of construction and operation. They belong to complicated systems; their complexity may exceed the management possibilities regarding the control of organizational processes.

The object of research is social and legal mechanisms for creating of tourist economic organization

Objective: To reveal the mechanisms for creating of tourism economic organization.

Author's idea: to apply the method of standardized organizational relations and norms. Achieving this goal requires solving the following tasks:

- to describe the main characteristics of the tourism economic organization;

- to accomplish a typology of tourist business organizations;
- to distinguish between the leadership and management in activities of tourism economic organizations.

Essential Content: economic tourism organizations also have specific characteristics: the tendency to monopoly, desire to be closed, position hierarchy, individual subordination to teams' interests; conversion fees into privileges; stratification of individuals and groups. Economic tourism organization belongs to highly complicated social systems, which requires simplifying while creating the organization. Mechanisms for such construction are: filing, decomposition, aggregation and social formalization.

Methodological principles and sources of research: work is based on the fundamental ideas of world classics in sociology, the portfolio of domestic and foreign social scientists devoted to management, in particular tourism, which is determined by the following features: management dominance through interaction of people and anthropo-centric approach in its implementation; specific of tourism activity as the management object, insufficient professional qualification of managers in this area.

Main results of scientific innovation and research: within the research the received results are characterized by scientific novelty:

- it specifies that the tourist economic organization belongs to the super-complicated social systems, which requires simplifying while creating the organization. Mechanisms for such building are: filing, decomposition, aggregation and social formalization;
- it identifies features of economic social organization;
- it explains the differences in economic and sociological understanding of the tourism economic organization;
- it describes the main characteristics of the tourist economic organization.

Theoretical and practical value of research: tourist economic organization as a kind of social, takes over the following general features: it is the association of people to achieve certain socio-economic results based on official relations, consequently a system of socio-economic relations focused on achieving the relevant objectives with its own resources, internal regulatory and status structure, within which organization members perform respective functions for the appropriate compensation.

Discussion:

Desire to escape the complexity in organization establishing generates a lot of methods, approaches - systemization, decomposition, aggregating, relating to systems and information about them. As for tourist organizations, the following method to overcome their complexity is used, such as simplification, as a social formalization, i. e. standardization of institutional relations and norms. *Social formalization* as a way of organizing systems is a purposeful formation of standard, impersonal samples of behavior in legal, institutional and socio-cultural forms. Formalization covers controlled connections, status and regulations in social organizations. On account of it, the absolute and relative organizational complexity is reduced.

The most important feature for organizing tourist activities in this way is fixedness of its elements, i. e., contract, documentary fixing them within a unified system of legal, technological, economic and other rules and characteristics. Effective formalization effect occurs, particularly in the concentration and the spread channel of organizational activities to the most optimal direction, namely, the stability of operation, the possibility of more or less sustained prediction of functional processes, organizational effort savings by reducing the amplitude of searches in each situation. On this basis, a formal organization of enterprises, institutions in the tourism sector is being established.

Note that there are *two ways to formalize* social systems. The first way - through *the design of naturally composed state* - based on understanding of previous experience. This analysis established practice of the functional relations fixed in the consciousness as granted leads to the search and separation from the most repetitive, sustained, intransitive items. Formal organized nature is derived or derives from the experience. Such formalization may be called "*reflexive*". For example, the spontaneous distribution of functions being shaped within a long period in any unit of tourist enterprise, once is fixed, and regulated by a special administrative order (document), which becomes the organizational basis for the operation of this unit and a sample for creating new ones. This way of formalization prevailed in the first years of the establishment of new tourist companies and agencies during the transition from the state system of tourism to the market. [1]

Another way of formalization is a "*design of social organization*". In this case, the program creating goes before the actual organization

functioning. For example, the creation of new tourist enterprises envisages the development of preliminary special project, work plan, etc., which organizes its technical and social structures. The previous experience is also used and considered, but only as a precedent, as the lesson. This way of formalization is spread at the present state of tourism industry development in Ukraine. Combining both ways of formalization represents bureaucratization - the process when the organization acquires, according to M. Weber, "the ideal form of organizational structure". [5] The main *features of the bureaucratic organization* are defined the following:

- Bureaucratic organization has a strict hierarchical structure, with precisely divided officials' competences.
- Control is done by written orders following the general rules, which need special preparation. Candidates are selected in accordance with professional qualifications and educational diplomas, and then are appointed by the order.

- Payments and pension rights are fixed and are in strict accordance with the position of local official in the hierarchy. His/her promotion relates to service record, but much depends on the evaluation of top management. Officials of the lower hierarchy rank are subordinate to those who are at higher rank only within the framework of their responsibilities. They are required more devotion of duty rather than a specific person.
- Places in the office are distributed on a free contract basis with pre-agreed conditions; the work can be abandoned because of noncompliance of these conditions. There is the right of resignation. Office and private industry are strictly separated. Official can not put as their private property or position, nor related source of awards. Official is subordinate to unified discipline and unified control system through ongoing reporting of the completed work.
- Service in the office is the only one for the official or, at least, the main place of work.
- Clearly, the bureaucratic features are characteristic for state system of tourism industry management. It is known that bureaucratic orders are embodied in *management model* of corporate organization that postulated separation of property out of management. This model prevailed in developed countries, almost half of the twentieth century, beginning from 1930-ies.

However, modern sociology is not susceptible to exaggerate bureaucracy opportunities for economic organizations because of at least two *reasons* characteristic for tourist organizations.

Firstly, bureaucratization, as formalization in general, is not able to cover all organizational relationships. Thus, informal part always exists along with the formal. This is another type of organization represented by socio-psychological organization as spontaneously composed system of interpersonal relationships that inevitably arise during the more or less durable communication, based on the interaction of employees as individuals. This organization is a result of optional relationships in the tourism organization to achieve satisfaction of their individual social needs (communication, recognition, belonging). [3]

Socio-psychological organization is expressed mainly through group creating. Socio-psychological groups include a small contingent of people, relations between which are formed spontaneously, but which have relatively long time between these direct (face-to-face) relationships. [8] In these groups people are united by common interest, though each of them understands or identifies himself as specific sociality. Maximum size of group is defined to maintain the capability of immediate, personal contact and, according to most researchers, usually consisting out of 3-10 people. It should be added that such a group is characterized by certain socio-psychological unity: solidarity, mutual trust, shared destiny and so on. The limits of such a group may coincide with formal or differ from them, include members of several departments of tourist organizations, split into informal groups, which are outside the organization do not function at all.

Wishing to meet their social needs within the group, tourist company employee depends on it, i. e., the group can control its behavior. At its disposal, there are many means of influence: condemnation, the moral isolation of others. The group has a lot *ways to influence*: disapproval, moral isolation. The group spontaneously formulates own behavior rules, which must comply with every member. Thus, *socio-psychological mechanism* of inner-group control is done. The group members are divided by the scale of prestige. And this division doesn't coincide with the job, rank structure. The group also originates the leadership relations. In other words, the team structure is divided into formal and social-psychological (unit – group, head – leader, position - prestige). This bifurcation could lead to disruption phenomena. Therefore the objective

of the sociologist is to find ways of combining of formal organizations and socio-psychological (the selection of personnel, elected leaders). [7]

But the bifurcation of tourist organizations is not limited. Formal structure comes across not only the socio-psychological, and *out-formal organization* of the personnel.

Business relationships do not fit in a purely formal relations and rules very often. To solve many problems employees have to inter act not envisaged by rules, instructions, all pre-defined requirements, which is quite natural, because the formal structure can not predict everything and should not try to do it.

Thus, if the socio-psychological organization of tourist enterprises, institutions and norms creates connections to meet the needs of employees as individuals - in communication, recognition, belonging, the organization out-formal organization arises from the desire of people as employees to solve their business affairs, but somehow in their own way. These are completely business relationships, but not foreseen by instructions and rules, not confirmed officially-business relationships. Therefore, any tourist organization of course has the "parallel" system and norms. [6] It can be either very useful for organizing or harmful. But it occurs naturally, because of the inability to reach the official standards of all relationships, situations, personal characteristics.

Secondly, it is important the tourist organization that "all-mighty" of bureaucratic economic organization has been questioned by *new theories of financial capital*. Having the concept of "bound Directorate" (interlocking directorships) and "resource dependence" (resource dependency), pointing to a serious dependence of corporate strategy on relations with banks and other financial institutions.[2] Another source of economic power was determined the shareholders consolidation, partly undermining the hegemony leaders.

Exploring the evolution of economic organizations, V. Radayev notes that the background for the formation of models of economic organization in the past decade of the first half of XX century is vertical organization pattern. The former hierarchical structure of the company today is becoming more difficult. Large corporations have shifted from

dominant in the early centuries of centralized functionally oriented structure (P-form) to multi-division structure (M-form). This process goes further - to the formation of horizontal networks as more flexible system of organization compared with the market or administrative hierarchy. Under these conditions, tourist economic organization is getting features of complex social formation. [9]

A new wave of doubt regarding the suitability of bureaucratization theories on modern economic organizations emerged in the sociological community while discussing issues of radical problematic of "postmodern organization". The concept is somewhat paradoxical, given that postmodernism proclaims the general disruption and removal of clear boundaries. The subject is a new type of organizational structure, de-differentiation in the production and consumption or "disorganized capitalism" according to terms of K. Offe, C. Lesch and J. Urry.

New theories of economic organization have appeared following the new tendencies in economic life, particularly in tourism. There exists decentralization of economic management and fragmentation of large tourist organizations, division of labor becomes more flexible and more managerial model are eclectic, organizational rules for tourist activities are being diffused.

This tourist economic organization is becoming more open. Along with its "core" the "peripheral zone" is expanding where economic agents are united not only by formal membership, but the complex network of legal relations and social exchange. It is becoming more difficult to define the limits of tourism firms. [4]

Indeed, where is the end of its property in the cross-ownership of shares or for the production and developed sub-contract system and franchise? The strict boundaries between "tourist company" and the "tourist market" are diffusing, hybrid interactions are spread.

Therefore, understanding of modern economic tourist organization can not be limited to the classical understanding of the bureaucratic structure. The main scientific issue becomes a transition to the analysis of more complex and flexible forms, characteristic for modern organizations.

References

1. **Abukov A. X.:** Tourism in the new stage: social aspects of tourism development in the USSR. - Moscow: Profyzdat, 1983. - 294 pp.
2. **Abukov A. X.:** Tourism today and tomorrow. Tourist-excursion activities of trade unions. - Moscow: Profyzdat, 1987. - 272 pp.

3. **Ananiv M. A.:** International tourism and its development after World War II. - Moscow: Vneshtorhyzdat, 1966. - 52 pp.
4. **Ananiv M. A.:** Economy and geography of international tourism. - Moscow: Moscow University publishing house, 1975. - 298 pp.
5. **Byrzhakov M. B.:** Introduction to tourism. - Ed.: Publishing House Trading House «Gerda», 1999. - 192 pp.
6. **Kvartalnov V. A.:** Biosphere and tourism: global cooperation and the ecology, geography of scientific research of tourist destination, world culture, systems of tourist migration, pedagogics, sociology and management strategy: [5 v.] / V. A. Kvartalnov. Vol. 3: Social space of sport and tourism. - M.: Nauka, 2002. - 434 pp.
7. **Kvartalnov V. A.:** Fedorchenko V. K. Social Tourism: history and modernity. - K.: Vyscha shkola, 1989. - 342 pp.
8. **Lukashevich A. M.:** Psychology of Tourism: concept definition. Mosheohrafiya. - K.: KUTEP, 2004. - 228 pp.
9. Philosophy and culturology of tourism / Editor V. S. Pazenok. - K.: KITEP, 2001. - 138 pp.

Idegenforgalmi szervezetek alapításához vezető társadalmi mechanizmusok

Sandor Fedir Fedorovics, Olekszandr Koval, Jurij Osztapec

Uzhhorod National University

e-mail: f.shandor@gmail.com

Kulcsszavak: társadalmi szervezet, családi vállalkozás, idegenforgalmi vállalkozás, vállalkozás alapítás mechanizmusa, vállalkozások típusai, irányítás, vezetés, modell, konfliktus, formalizálás, bürokrácia, turizmus ipar

Összefoglalás

Bevezetés: Ukrajnában a turizmus gyors és spontán fejlődése, mely a piacgazdaság kialakulása során vált kereskedelmi jellegűvé, az idegenforgalmi vállalkozások beindulásával kaotikus állapothoz vezetett. Egyúttal ezek a vállalkozások, mint minden társadalmi szervezet, sokdimenziósak és bizonytalan a szervezetük és a működésük. Bonyolult rendszerekké válnak; összetettségük folytán a vezetőség által irányíthatatlanná válnak, a folyamatokat nem tudják uralni.

Cél: A kutatás célja az, hogy feltárja azokat a mechanizmusokat, melyek az idegenforgalmi vállalkozások létrehozásához vezetnek.

Módszer: A munka a szociológia klasszikusainak alapvető elképzelésein alapul, vezetéssel, különösen turizmussal foglalkozó hazai és nemzetközi tudósok művein, melyek a következő vonásokkal jellemezhetőek: vezetési dominancia emberi interakciók által, a végrehajtás emberközpontú megközelítése; az idegenforgalom specifikumai, mint irányítási cél, a vezetők elégtelen szakképzettsége a turizmus területén.

Eredmények: A kutatás megállapítja, hogy az idegenforgalmi szervezetek a szuperkomplikált társadalmi szervezetekhez tartoznak, amit a szervezet megalkotása során egyszerűsíteni kell. Az ilyen építkezések mechanizmusai: irattározás, leépítés, összesítés, és társadalmi formalizálás. A gazdasági társadalmi szervezetek jellegzetességeit megnevezi; megmagyarázza az idegenforgalmi vállalkozások gazdasági és társadalmi különbségeit; leírja az idegenforgalmi vállalkozások fő jellegzetességeit.

Következtetés: Nem szabad elfelejtenünk, hogy az idegenforgalmi vállalkozás, mint társadalmi szervezet a következő vonásokat veszi fel: hivatalos kapcsolatokon alapuló, egyének szerveződése, mely bizonyos társadalmi-gazdasági eredmények elérése céljából jön létre, következőképpen egy társadalmi-gazdasági kapcsolati rendszer, mely a releváns célok elérésére törekszik a saját erőforrásai igénybevételével, belső szabály- és státuszrendszerével, és a szervezeten belül az egyének megfelelő honoráriumiért különféle feladatokat végeznek.

Az etnikai identitás terén hozott közigazgatási határozatok információs- analitikus biztosítása

Pelin Olekszándr, Cservenyák Adrienn

Ungvári Nemzeti Egyetem

e-mail: pelin@list.ru

Kulcsszavak: állami hatalom, manipuláció, etnikai identitás

Összefoglalás

Cél: Meghatározni a közigazgatási határozatok elfogadása információs-analitikus biztosításának főbb elveit, amelyek arra irányulnak, hogy semlegesítsék az etnikai identitás terén fellépő manipulációs technológiát.

Elérésének módjai: A tanulmány fő feladata abban rejlik, hogy meghatározza az állami hatalom szerveinek az információs-analitikus biztosítására irányuló manipulációs stratégia és főbb hozzáállás kidolgozásának feltételeit, amelyek semlegesítik a manipulációs technológiát az etnikai identitás terén.

Eredmények: Az állami vezetési szervek információs-analitikus rendszere felépítésének a szakaszos szerkezeten alapuló új eszmei megközelítése lehetőséget ad a különböző információk fejlesztésére és feldolgozására, a rendszer különböző szintjein való felhalmozására és felhasználására: a központi (az állami hatalom legfelsőbb szerveinek információs-analitikus szolgálata), az országos (országos információs-analitikus szolgálat), a területi (a területi állami közigazgatások információs-analitikus osztályai) és a járási (járási információs-analitikus szolgálatok). Egyesíti az információs-analitikus munka olyan formáit, mint a monitoring, az adatbázis alakítása, az információs készletek felhalmozása, az etnológiai dinamika alapvető mutatóinak prognosztizálása. Az ilyen hozzáállás nemcsak a határozatok elfogadásának az állami szervek általi ellenőrzését teszi lehetővé, hanem biztosítja a „követelő magatartás” különböző formáinak elkerülését.

A felhasználás lehetőségei: Számolva az ukrán társadalom jelenkori helyzetével és fejlődésének alapvető tendenciáival, leszögezhetjük, hogy nélkülözhetetlen az állami vezetési szervek tevékenységének információs biztosítása terén végzett kutatások eredményeinek felhasználása. Különösen érinti ez a társadalmi tevékenység leginkább kényes területét - az etnikai identitást, amely a jelképes etnikaközi határok állandó demarkációjának folyamata. Az állami vezetés információs-analitikus szolgálatai kötelesek biztosítani a hatalom állandó áttekinthetőségét, olyan szintre hozzáállásra készíteni, amely elfogadja az etnikai és nemzetiségi csoportok képviselőinek egyenjogúságát.

Bevezetés

A hatékony állami vezetéshez eredményes elemzői apparátus szükséges. T. O. Szenyuskin véleménye szerint Ukrajnában csak most kezd kialakulni a határozatok elfogadásának információs-analitikus és e lörejelzett támogatása. Ez a folyamat az események irányítása, valamint képzett analitikusok és előrejelzők nélkül megy végbe. Hiányzik, úgyszintén, a rendszer felépítésének módszertani, technológiai és szervezési elve. Ezenkívül a kormány szerveinek tevékenységéhez szükséges információs technológiát kidolgozó szakembereket hihetetlen

mennyiségű probléma fogadja [1, 218. old.]. A „Rend” elnevezésű amerikai korporáció analitikusai szerint „a vezetés és a kormány szervei információs biztosításának csökkentése, hibás közigazgatási határozatok kezdeményezése” alapul szolgálhat „az állam lakosságának bizonyos csoportja társadalmi öntudatának, valamint politikai orientálódásának manipulációjához, amelynek célja politikai feszültség és káosz létrehozása”, „a pártok, egyesületek és mozgalmak közötti politikai viszony megingatása konfliktusszítás céljából” [2, 10-11. old.].

A közigazgatási határozatok információs-analitikus támogatásában fontos szerepet játszik a manipulációs technológia semlegesítése. Legtöbbször a manipulációs technológia háttérében a vallási és etnikai identitás áll, mint az ember szociális identitásának alkotórésze. Ez mindenekelőtt e társadalmi jelenség értéki-rationális jellegével függ össze. A vallási és etnikai identitás emocionális színezete kedvez a közigazgatási határozatok manipulációs stratégiával való felcserélésének. A közigazgatási határozatokkal ellentétben „a manipulációs stratégia az identitás ráerőszakolását irányozza elő” [3. 83-84.old.]. Az identitás ráerőszakolása az állam vagy valamilyen többség részéről egyenes veszély a társadalom biztonságára nézve, sőt erőszakos konfliktus első lépéseként, valamint veszélyként szolgál a személyes nemzetiségi biztonságra.

Különösen erős tendenciát mutat a kollektív etnikai önkifejezés a többetnikumú kárpáti régióban. A manipulációs stratégiának köszönhetően Románia – Ukrajna - Moldáv Köztársaság régiókban valódi erőszakos konfliktus veszélye áll fenn a nemzetiségi kapcsolatok mesterkélten polarizációja és konfrontációja létrehozása céljából. Ahelyett, hogy használnák az állampolgárok egyéni etnikai identifikációja elvét, vagy a társadalom konszolidációját az állampolgárság elve alapján, létezik „a kollektív etnikai önkifejezés ráerőszakolásának tendenciája, „mi” moldovánok, „mi” románok” [4, 43-44. old.]. Ez azt jelenti, hogy a Kárpáti régiókban még fennmaradtak a totális mentalitás maradványai, amely az etnikumok közötti kapcsolatok vezetésének manipulációs stratégiájára épül.

A tanulmány fő célja

Meghatározni a közigazgatási határozatok elfogadása információs-analitikus biztosításának főbb elveit, amelyek arra irányulnak, hogy semlegesítsék az etnikai identitás terén fellépő manipulációs technológiát.

Elérésének módjai

A tanulmány fő feladata abban rejlik, hogy meghatározza az állami hatalom szerveinek az információs-analitikus biztosítására irányuló manipulációs stratégia és főbb hozzáállás kidolgozásának feltételeit, amelyek semlegesítik a manipulációs technológiát az etnikai identitás terén.

Eredmények

A jelenkori nemzetiségek önkifejezésének jellemző vonása az, hogy felcserélik a célirányos vezetést az értékire, vagy az etnikai érzés manipu-

lációjára irányuló feltételt hoznak létre. Ennek a változásnak köszönhetően „a manipulációs rendszer maga tűz ki célokat, és meghatározza az elérésükhöz szükséges vezetési stratégiát, cselekedve eközben az értéki normák határain belül maradván. Vagyis a manipulátor eléri célját, bizonyos értékeket erőszakolva rá az „elesett” rendszerre” [5, 57-58. old.]. Az értékek ráerőszakolásának mechanizmusa az ismert „egyen – cél – eszköz – eredmény” séma szerint megy végbe, amelyben az egyén meg van fosztva a saját cél megfogalmazásának jogától. Az egyén, amely jogot ad az állami vezetés szerveinek a cél megfogalmazására, áldozata lehet a manipulációs stratégiának. A manipulációs stratégia fő jellemzője a tevékenység alanya, aki meg van fosztva attól, hogy megfogalmazza saját céljait vagy „fogyasztását”.

E. Fromm szerint, a modern társadalomnak sikerült létrehozni a személyiség új típusát, a „fogyasztó-embert”, „embert piaci jellemmel”. A társadalom által gyártott ilyen emberek veszélyt jelentenek az emberiségre, mert ők „manipulált emberek”, akik a birtoklásra és adaptációra vannak irányulva. A személyiség, aki a birtoklásra van irányulva, ellentéte annak a személyiségnek, aki a létre van orientálódva. A modern ember, akinek egész életét a termelés, az eladás és az áru felélése tölti ki, maga is áruvá válik. Az ember, aki többet akar „birtokolni”, mint saját magával „létezni”, a manipulálás fő előfeltétele. A manipulálás stratégiájának fő tényezője – a tevékenység alanyának átalakulása a manipulálás tárgyává, kedvező közeget teremt a manipulátoroknak.

Annak ellenére, hogy a „fogyasztó” szakkifejezés széleskörűen népszerű a mindennapi életben, a tudományos kutatásokban ritkán használatos. Hogy használhassuk ezt a kifejezést az állami vezetés információs-analitikus biztosításában, összefüggésbe kell hozni más kifejezésekkel. Szófia Grabovszka és Oleksandra Levkova Ivovi kutatók véleménye szerint a fogyasztást, mint a „követelő magatartás” formáját érdemes egy thesaurusban vizsgálni a „szociális parazitizmus” és „eltartottság” fogalmakkal. A „fogyasztás”, az ő véleményük szerint, a társadalmi jelenség minősítése, amely a mások által létrehozott javak felhasználására irányul, azoknak az embereknek a minősítése, akik képtelenek az alkotásra, a termelékeny tevékenységre. A „szociális parazitizmus” – mások nyakán való élőködés képessége. Az „eltartottság” – úgy tekintendő, mint a szociális parazitizmus megnyilvánulása, ami abban rejlik, hogy az egyik ember dolgozik és gondoskodik arról vagy azokról, akik képtelenek ezt maguk megtenni. Az eltartottság negatív árnyalatot ölt, amikor egy

teljes egészében munkaképes és cselekvőképes ember nem akar semmit maga tenni, és azt követeli, hogy őt más emberek, az állam, a társadalom lássa el” [6, 416-417.old.].Csak a jelenség rendszerszerű rálátása képes megfelelő fokon biztosítani e jelenség konkrét megnyilvánulásainak megoldását.

Az államhatalom apparátusának elemzői munkája a figyelem maximális összpontosítását követeli úgy a konkrét feladat, mint a tárgykör alapos ismerete terén. Csak így lehet biztosítani az állami vezetés szerveinek átlátszó voltát, eltüntetve ezáltal a szociális eltartottság és parazitizmus jogát az állami vezetés szervein belül. Ez stratégiaileg fontos lépés a társadalmi csoportok és a hatalom közötti bizalom színvonalának emelése terén. Maga az állami vezetés átlátszó volta motiválja az állampolgárokat, hogy önállóan határozzák meg az etnikai hovatartozásukat, és maximálisan közeledjenek az önkormányzati folyamatokhoz.

Az állami vezetés szervei tevékenységének az etnikai identitás terén biztosított áttekinthetősége alapvetően új információs hozzáállást igényel. Elsősorban, a mély elméleti etnológiai tudást egyeztetni kell a körülmények hatékony tanulmányozásával, különböző módszerek és eljárások alkalmazása. Az állami szintű problémák elemzésének modern koncepciójára a sokrétegű komplex elemzés a jellemző, ami a rendszerszerű, az elméleti és a körülményi hozzáállások kapcsolatán alapul. Ennek köszönhetően biztosított az információk szükséges terjedelme, az elemzés módszere pedig a meghatározott körülményektől függően van kiválasztva [7, 36-37. old.]. Másodsor, számolni kell azzal, hogy a modern elemzés nemcsak kutatói-kísérleti úton ad lehetőséget a következtetések levonására, új ismeretek szerzésére, hanem a létező elmélet, valamint a statisztikai adatok mélyreható elemzése és értelmezése alapján, a valóságmintázás eszközeivel.

Az állami vezetési szervek információs-analitikus rendszere felépítésének a szakaszos szerkezeten alapuló új eszmei megközelítése, amelyet O. Degtyár indítványozott, lehetőséget ad a különböző információk fejlesztésére és feldolgozására, a rendszer különböző szintjein való felhalmozására és felhasználására: a központin (az állami hatalom legfelsőbb szerveinek információs-analitikus szolgálata), az országosan (országos információs-analitikus szolgálat), a területin (a területi állami közigazgatások információs-analitikus osztályai) és a járásin (járásin információs-analitikus szolgálatok). Egyesíti az információs-analitikus munka olyan formáit, mint a monitoring, az adatbázis alakítása, az információs készletek felhalmozása, az etnológiai dinamika alapvető mutatóinak prognosztizá-

lása. Az ilyen hozzáállás nemcsak a határozatok elfogadásának az állami szervek általi ellenőrzését teszi lehetővé, hanem biztosítja a „követelőző magatartás” különböző formáinak elkerülését.

Az etnikai identitás manipulációjában jelentős szerepet játszanak a tömegtájékoztatási eszközök, amelyet nem véletlenül, és nagyon gyakran negyedik hatalomnak is neveznek. A társadalmi rendszer bizonyos hatásának köszönhetően „a tömegtájékoztatási eszközök információs működése további ellentéteket idéz elő – manipuláló működést”. A rendeltetése úgy tekintendő, mint eszköz, amely „a társadalom átlagállampolgárait arra kényszeríti, hogy az elit csoportok szükségének megfelelően működjenek”. A tömegtájékoztatási eszközök manipuláló működésében nemcsak a követelés formája van álcázva, de felhalmozódhat benne a kényszer és „az erőszak jelentős töltése, vagyis a tömegek ebben az esetben nem tekintendők az önálló akarat hordozóinak” [8, 81-83. old.]. A tömegtájékoztatási eszközök a szólásszabadság jelszava alatt etnikaközi feszültség és nyílt etnikaközi konfliktusok közvetlen előidézői lehetnek. Az etnikumok közötti konfliktusokról a Krím félszigeten végzett kutatások bizonyítják, a konfliktusok fő forrása az, hogy a tömegtájékoztatási eszközök „etnikai címkét akasztgatnak rá” [9, 29-30. old.].

Az állami vezetésnek a tömegtájékoztatási eszközökre irányuló megengedhetetlen közvetlen nyomása növeli a tájékoztató-elemzői munka jelentőségét a közigazgatási tevékenységben. A tömegtájékoztatási eszközökben nyomtatott szövegek ellenőrzése leghatékonyabb és „nem erőszakos” formája, a kontextus-analízis felhasználásával megy végbe. Az állami szervek a nagy terjedelmű információforrással kapcsolatos határozatok elfogadásának elengedhetetlen előfeltétele a szövegek formalizált tanulmányozása. A közigazgatási határozatok információs támogatására irányuló információáramlat formalizált tanulmányozásának lehetősége megteremti az állami vezetés és a szociális szolgálatok közötti együttműködés szükségességét. A független és „kötetlen” szociológusok hivatottak szakmai szolgáltatást nyújtani az állami vezetés szerveinek a tömegtájékoztatási eszközökhöz való viszonyuk terén.

A felhasználás lehetőségei

Az etnikai identitás terén elfogadott közigazgatási határozatok információs-analitikus biztosítása tehát mindenképp a manipulációs technológia semlegesítésére kell, hogy irányuljon. A cél elérése konceptuálisan új információs hozzáállást követel, amely a mély etnológiai elméleti tudást összeköti a körülmények hatékony vizsgálatával az analízis

különböző módszereit és eljárásait alkalmazva. Az új információk hozzáállás felhasználásának legfőbb eredménye kell, hogy legyen az „identitás tömeges ráerőszakolása” elkerülése, a kizsákmányoló életmód megszüntetése az alacsonyabb rangú nemzetiségek képviselői által, az etnikai identitás önálló megválasztásának lehetősége.

Számolva az ukrán társadalom jelenkori helyzetével és fejlődésének alapvető tendenciáival, leszögezhetjük, hogy nélkülözhetetlen az állami vezetés

szerveinek óvatos hozzáállása mindenféle társadalmi élet információk biztosításához. Különösen érinti ez a társadalmi tevékenység leginkább kényes területét - az etnikai identitást, beleértve a jelképes etnikumok közötti határok állandó demarkációjának folyamatát. Az állami vezetés információk-analitikus szolgálatai kötelesek biztosítani a hatalom állandó áttekinthetőségét, olyan őszinte hozzáállásra készítetni, amely elfogadja az etnikai és nemzetiségi csoportok képviselőinek egyenjogúságát.

Irodalom:

1. Сенюшкіна Т.О. Попередження та врегулювання етнічних конфліктів: державно-управлінський вимір (проблеми теорії, методології, практики): монографія / Т. О. Сенюшкіна. - Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2005. - 367 с.
2. Гриняев С. Взгляды военных экспертов США на ведение информационного противоборства // Зарубежное военное обозрение. – 2001. – № 8. С.10-12.
3. Білий О.В. Політика визнання як комунікативна утопія // **Концепція мультикультуралізму**. — Київ: Стилос, 2005. — С. 79-86.
4. Безпека суспільства у регіоні Румунія – Україна – Республіка Молдова: тристоронній підхід // «Співпраця аналітичних центрів заради безпеки суспільства». - Бухарест-Кишинев-Київ, 2008. – 132 с.
5. Крисаченко В. С., Степико М. Т., Власюк О. С. та ін. Українська політична нація: генеза, стан, перспективи / За ред. В. С. Крисаченка. - К.: НІСД, 2004. - 656 с.
6. Грабовська С., Левкова О. Споживацька мотивація: психологічний ракурс // Вісник Львівського університету. Філософські науки. - 2003. Вип. 5. – С.416-423
7. Дегтяр А.О. Організаційне забезпечення інформаційно-аналітичного обслуговування органів державної влади в процесі прийняття і реалізації державно-управлінських рішень // Статистика України. – 2003. – №2 (21). – С.36-39.
8. Кононов І.Ф. Етнос. Цінності. Комунікація (Донбас в етнокультурних координатах України). – Луганськ: Альма-матер, 2000. – 494с.
9. Пелин Александр. Историческая борьба России, Германии и США за Украину. Глобальная политика и российско-украинские отношения. Взгляд из Ужгорода // Кадровая политика. – 2003 – 2004. №2 – 27 – 35.

Informative – analytical Securement of Government Decrees in ethnic identification sphere.

Alexander Pelin, Adrianna Cherveniyak
Uzhhorod National University The Faculty of Social Sciences
Department of Sociology and Social Work
e-mail:pelin@list.ru

Key words: state authorities, manipulation, ethnic identification.

Summary

Objective: The fundamental principles determination of informative – analytical securement in taking up governmental decrees as a way of manipulative technologies neutralization in ethnic identification sphere.

Methods: of achievement the article main task in to determine the manipulative strategies conditions and chief approaches to informative – analytical securement of state authorities with respect to manipulative technologies neutralization in ethnic identification sphere.

Results: new conceptual approach to erection of state authorities informative – analytical system on the multi – level structure basis gives a possibility to generate and work upon

different information streams, to accumulate and use the information in system different levels: central (informative-analytical services of highest state authorities), kray (kray informative-analytical services), regional (informative-analytical department of regional state administration) and district (district and inter-district informative –analytical services). At connects such forms of informative-analytical work as monitoring, database formation, information resources decumulation, prognosis of ethnopolitical dynamics main indexes. Such hind of approach allous not only to inspect the state decrees taking up, but to warn about different kinds of „required behaviour“.

Conclusion: taking into account the condition and the main tendency of development in modern Ukrainian society, the investigation results application necessity in informative securement of state authorities can be confermed. Especially it concerns to informative securement of mast delicate sphere of public activity – ethnic identification, which is the process of constaut demarcation of conventional inter-ethnic berders. State authorities informative – analytical services hove to secure the power constant transparency, to approve its sincere attitude to rights acknowledgement equality of all ethnic and national groups representatives.

Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében

(Doktori tézisek)

Erdősi Erika

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola

e-mail: era@etszk.u-szeged.hu

Bevezetés

Az ápolás történetiségét tekintve jelentős fejlődésen ment keresztül, s ennek megfelelően napjainkban nagymértékben kiszélesedett az ápolói munka fogalma. A tevékenységközpontú ápolást a személyközpontú ápolás váltotta fel, amely kiegészült az ún. „szignifikáns személyek” körével. Az új szemléletű ápolói tevékenység prioritásként határozza meg az ápolási folyamat keretein belül végzett tudatos betegvezetést, amelynek eredményessége jelentős mértékben az ápoló-beteg interakció sikerességétől, s ennek részeként az asszertivitás minőségétől függ.

Az 1997. évi CLIV. 'Törvény az egészségügyről' kiemelt szerepet tulajdonít az ápoló-beteg/kliens közötti interperszonális kapcsolatok hatékony működtetésének: „Az ápolás egészségnevelési és *tanácsadási feladatokat lát el*” (IV. Fejezet, 98.§.).

Az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet az ápoló BSc szak képzési céljának meghatározásában, valamint a kimeneti követelmények megállapításában nagy hangsúlyt helyez a szereppartneri viszonyrendszer professzionális kezelésére.

Az 'Ápolói Pályatükör' az asszertivitást a szakmától megkívánt kompetenciák között az objektív tudás mellett prioritásként kezeli.

A modern pályaéleti elméletek egyén és környezet kölcsönhatásában egyik központi kategóriának tekintik a szakmai magatartás dimenzióját. A személyiség szabályozó rendszerében ennek integráns része a szereptanulás folyamatában elsajátított interperszonális tudás, amely tulajdonképpen nem más, mint az asszertivitás.

A társas hatékonyság egyik fontos tartalmi keretét az ápolási modellek jelentik. Közös vonásként mindegyik elméletben megjelenik az interperszonális kapcsolatokban rejlő lehetőségek kihasználásának igénye.

A kutatási előzmények áttekintése kapcsán megállapítható, hogy az ápolók körében igen nagy százalékban figyelhető meg a non-asszertív magatartásformák valamelyike. Döntően a passzív attitűd dominanciája a meghatározó, melynek kapcsán kiemelten fontosnak bizonyult az ápolói szerep tradicionális, szubmisszív jellege.

Hiátus tapasztalható – különösen hazai vonatkozásban – az asszertivitás olyan irányú megközelítésében, amelynek kereteit a főiskolai szintű ápolóképzés, illetve a tanácsadás adja, és elsődlegesen arra fókuszál, hogy az asszertivitást a szakmai képzés szakaszában milyen – a betegvezetés szempontjából is meghatározó – interperszonális magatartásjegyek támogatják.

Célkitűzés

A kutatás számára kiemelt feladatok közé soroljuk a következőket:

- meghatározni az ápolóhallgatók körében az asszertivitás mértékét, az egyes asszertivitás-faktorok jellemzőit;
- felmérni a személyiség önszabályozó rendszerén belül az asszertivitáshoz szorosan kapcsolódó, a betegvezetés szempontjából kardinális tényezőket, különös tekintettel a szociális-interperszonális magatartás és a belső feszültség szabályozás jellemzőire;
- feltárni az asszertivitás működési sajátosságait a szakmaspecifikus elvárások, így az empátia, valamint az empátia alapjául szolgáló szociális intelligencia vonatkozásában;
- elemezni a tanácsadói attitűd jellemzőit, és megállapítani azok összefüggéseit az asszertivitás faktorjaival;

- az asszertivitás, valamint az azt befolyásoló faktorok közötti összefüggések alapján meghatározni az asszertivitás szakmaspecifikus modelljét a képzés időszakában;
- további kutatási célnak tekintjük a fejlesztést igénylő területek meghatározását, valamint javaslattétel megfogalmazását az asszertivitás oktatási tevékenységben történő felhasználására.

Módszerek

Kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végeztük harmadéves nappali (N=84) és levelező tagozatos (N=266) ápolóhallgatók körében. A vizsgálatba a 2004/2005-ös tanévtől kezdődően négy egymást követő évfolyamot vontunk be, így a kutatásban összesen 350 fő vett részt.

A minta kiválasztásakor vezető szempontnak tekintettük, hogy a szakmai kompetencia témákra vonatkozó objektív fedezete adott legyen, azaz a hallgatók rendelkezzenek ismeretekkel az ápoló-beteg/kliens szereppartneri viszonyt meghatározó tényezőkről.

A kutatási eljárások kiválasztásánál fontos szempontunk volt, hogy olyan eszközöket vonjunk be a vizsgálatba, amelyek:

- kellő mértékben képesek differenciálni az egyéni tulajdonságokat a személyiségstruktúrán belül, valamint az egyes személyek között;
- rendelkeznek nagyrészt a vizsgált minta jellemzőinek megfelelő standardokkal, amelyek biztosítják a kapott adatok tudományos igényű viszonyítását;
- szolgáltassanak olyan tapasztalatokkal, amelyek az oktatás során közvetlenül felhasználhatók.

Az előbbi szempontok figyelembe vételével kutatásunk során a következő vizsgáló eljárásokat alkalmaztuk:

- Rathus-teszt
- Leary-teszt
- Empátia kérdőív
- Brengelmann-féle szorongás skála
- Szociális Intelligencia Teszt I.
- Tanácsadói Attitűd Skála.

Az elemzés során leíró (gyakorisági eloszlás, átlagérték, szóródás) és matematikai statisztikai (itemanalízis, Kolmogorov-Smirnov teszt, korrelációs számítás, Chi-négyzet próba, főkomponens elemzés, kapcsolt kétmintás t-próba, keresztábrák, varianciaanalízis, független két mintás t-próba) módszereket egyaránt használtunk.

Eredmények

Az asszertivitás-faktorok sajátosságai

A hallgatók asszertivitása átlag közeli mértékűnek mondható (M=7,95), bár más - hasonló mutatókkal rendelkező - csoportok átlagánál alacsonyabb értéket kaptunk. A vizsgált minta sikeresebb az interperszonális folyamat kezdő szakaszában, ahol a kapcsolatteremtés kerül előtérbe (Személyes részvétel a kapcsolatban: M=3,63). Míg a betegvezetés további szakaszában az involválódás a hangsúlyos, ezért az önérvényesítés, a problémás helyzetek kezelése nehézséget okozhat (Nemet mondás: M=1,03; Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés: M=-0,79).

Önszabályozás és asszertivitás

A domináns alkalmazkodási módok (Alkalmazkodás felelősségvállalás útján: 31,1%; Alkalmazkodás erő útján: 17,4%; Alkalmazkodás együttműködés útján: 15,7%) adaptív változata megfelel a segítő kapcsolat személyközpontú szemléletének, és jelzi a másokkal való törődés szándékának a meglétét. Emellett azonban megfigyelhető kevésbé kedvező alkalmazkodási formák előfordulása is, amelyek a fejlesztés szempontjából megkülönböztetett figyelmet igényelnek.

A társas kapcsolatok létesítése iránti igény szintje jónak mondható (Extraverzió-introverzió: M=17,95). A Neuroticitás értékei is megfelelnek a standard felnőtt átlagnak (M=19,79). A Rigiditás faktor értéke átlag fölötti (M=18,59), amely a merev viselkedési sémák hangsúlyos jelenlétére utal.

A Neuroticitás és az Extraverzió-introverzió faktorok negatív szignifikáns korrelációja ($r=-0,381$, $p<0,001$) azt jelzi, hogy az erősen extravertált, illetve az erősen introvertált személyiségtípus egyaránt hajlamosít az érzelmi labilitásra.

Az empátia és a szociális intelligencia szerepe az asszertivitásban

Az Empátia kérdőívben elért összpontszám alapján a minta átlag feletti empátiaszinttel rendelkezik ($M=17,59$). A részletesebb itemenkénti elemzés és a főkomponens elemzés eredménye azonban arra mutat rá, hogy a 'problémás' klienseknél (egocentrizmus, agresszió) az empátia jelentős mértékű csökkenése figyelhető meg.

A viselkedési implikációk felismerése kapcsán kaptuk a leginkább kedvezőtlen eredményeket (SZIT I.). Az adatokat egybevetve a standard kategóriák szerinti megoszlással megállapíthatjuk, hogy az ápolóhallgatók 71,6%-nál jelent az átlagosnál nagyobb nehézséget a másik fél várható viselkedésének előrejelzése.

Az eredményeket összegezve a primér empátia szintje valószínűsíthető.

A két mérőeszköz közötti összefüggés negatív szignifikáns korrelációval jellemezhető ($r=-0,18$, $p<0,05$). Ez arra utal, hogy minél sikeresebben olvassa valaki a szereppartner nonverbális jelzéseit, annál gyakrabban találkozhat számára negatív impulzusokkal, és ez az empátia szintjének csökkenését eredményezheti.

A tanácsadói attitűd az asszertivitás tükrében

A Tanácsadói Attitűd Skála 2 alkalommal került felvételre: a „Tanácsadás az ápolásban” kurzus megkezdésekor és a kurzus végén. A helyes válaszok aránya a 4 fő terület szerinti bontásban: Önállóság igénylése 67,4% és 73,2%; Empátia-elfogadás 63,2% és 65,4%; Problémamegoldás támogatása 55,2% és 54,4%; Beszélgetés vezetése 55% és 54,4%. Ez utóbbi két faktornál a visszaesést az eredményezhette, hogy a kurzuson elsajátított ismeretek és a napi gyakorlat beidegződései egyidejűleg voltak jelen a 2. mérés időpontjában.

Az asszertivitás szempontjából kedvezőtlen vonásnak tekinthető, hogy a hallgatók bizonytalanok a problémamegoldás támogatásában, a beszélgetés vezetésében betöltött szerepükkel kapcsolatban. Az egyik leginkább tipikus hiba, hogy nem támaszkodnak kellő mértékben a kliens erőforrásaira, s ezáltal jelentős mértékben korlátozzák a másik fél önálló döntéshez való jogát.

Az asszertivitás szakmaspecifikus személyiségi háttere

Első lépésben megvizsgáltuk az asszertivitás háttérében jelentősnek tartott faktorok közötti összefüggéseket.

- Tanácsadói Attitűd Skála (1. felvétel) és a feszültség szabályozás mutatói: egyetlen szignifikáns korrelációt találtunk ($r=-0,137$; $p<0,05$), mely szerint a Neuroticitás alacsony értéke nem támogatja az empátikus magatartás, a feltétel nélküli elfogadás elvének megvalósulását a betegvezetés során.
- Tanácsadói Attitűd Skála (2. felvétel) és a feszültség szabályozás mutatói: a kapott szignifikancia-értékek alapján megállapíthatjuk, hogy a Rigiditás alacsony értéke kedvező az empátia-elfogadás ($r=0,248$; $p<0,05$), valamint az ápoló beszélgetésvezetésben betöltött szerepének aspektusából ($r=0,252$; $p<0,05$). Feltételezhető, hogy ebben az esetben az egyén alkalmazza a megtanult ismeretet, a megértett formát, azonban a viselkedési séma flexibilitása nem valósul meg.
- Empátia kérdőív és a feszültség szabályozás mutatói: kizárólag a Neuroticitás faktor magas kategóriája korrelált az empátia összpontszámával ($r=0,217$, $p<0,01$), vagyis a másik fél érzelmeire való koncentráció hallgatóink esetében a saját érzelmi élet kiegyensúlyozatlanságát, labilitását eredményezte.
- Szociális Intelligencia Teszt és a feszültség szabályozás mutatói: a Neuroticitás és a SZIT I. összpontszám korrelációja ($r=0,174$; $p<0,01$) alapján kijelenthetjük, hogy mintánk vonatkozásában a szereppartner viselkedésének értelmezését, előrejelzését egyértelműen az érzelmi stabilitás támogatta.

A következő lépésként megállapítottuk az asszertivitás-faktorok valamint az azokat befolyásoló faktorok közötti összefüggéseket.

- Az asszertivitás faktorai a Leary teszt személyiségtípusaival összefüggésben semmilyen kapcsolatot nem mutattak.
- Az asszertivitás-faktorokat egybevetettük az Empátia kérdőívben elért pontszámokkal is. Egyetlen faktornál találtunk összefüggést, a Nemet mondásnál ($r=-0,154$; $p<0,05$). A kapcsolat azt mutatja, hogy minél empátikusabb valaki, annál kevésbé tud „nem”-et mondani. Tehát ilyen értelemben a

másik emberre irányuló tudatos figyelem megnehezíti a szereppartner kérésének elutasítását azokban a helyzetekben, amikor ezek a saját érdeket sértik.

- Az asszertivitas-faktorok és a Szociális Intelligencia Tesztben elért pontszámok közötti korreláció mértékét megvizsgálva az asszertivitas faktorai közül a Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés mértéke hozható kapcsolatba a szociális intelligencia mértékével ($r=-0,244$; $p<0,01$). A negatív szignifikáns korreláció arra utal, hogy a saját érdek érvényesítése gátolja a másik fél érzéseinek értelmezését és a várható viselkedés előrejelzését.
- Az asszertivitas-faktorok és a Tanácsadói Attitűd Skála faktorai között az 1. felvétel esetében nem találtunk összefüggést.
- A Rathus-teszt és a Tanácsadói Attitűd Skála faktorait összevetve a 2. felvétel kapcsán szignifikáns összefüggést tapasztaltunk egyrészt az Érzések kimutatása és az Önállóság igénylése mutatók között ($r=-0,293$; $p<0,01$), másrészt a Személyes részvétel a kapcsolatban és az Empátia-elfogadás faktorok között ($r=-0,232$; $p<0,05$). Ez alapján megállapíthatjuk, hogy minél inkább preferálja az egyén a beteg/kliens elfogadását, önállóságának a támogatását, annál inkább csökken a személyes részvétel és az érzések kimutatásának a szándéka.
- Az asszertivitas-faktorok és a feszültség szabályozás mutatói: az asszertivitas minden egyes faktora az Extraverzió-introverzió faktorával mutatott szoros összefüggést, vagyis a társadalmi realitás által meghatározott személyek magatartása a szignifikáns pozitív korrelációk értelmében asszertívebb. Emellett meghatározónak bizonyult a Bizonytalanság, önértékelési zavar faktor a Neuroticitás ($r=-0,162$; $p<0,05$) és a Rigiditás ($r=-0,152$; $p<0,05$) szempontjából egyaránt. Mindkét faktor vonatkozásában az érzelmi labilitás, valamint a viselkedés merev jellege fokozták az önértékelési zavar és a bizonytalanság mértékét.

A feltárt korrelációk alapján levonhatjuk azt a következtetést, miszerint az ápolóhallgatók asszertivitása a meghatározó személyiségtényezők sajátos kölcsönhatásában jut kifejezésre. Ez alapján megfogalmaztuk az asszertivitas szakmaspecifikus modelljét, amely iránymutató lehet a szakmai képzés szakaszára jellemző foglalkozási szerepsajátítás aktuális szintjének megállapításához, és így a fejlesztés tartalmi kereteit is kijelöli. A modell centrális tényezőinek az empátia, illetve a belső feszültség szabályozásának a sajátosságai bizonyultak. Az „other-centered” attitűd és a saját érdek érvényesítésének sikeres összeegyeztetése képezi szerintünk az asszertivitas egyik szakmaspecifikus dimenzióját. A társas viszonyrendszer működtetése szempontjából a kapcsolatok létesítésének az igénye bizonyult a másik alapvető vonásnak, továbbá meghatározó még az érzelmi reakció módok kiegyensúlyozottsága, valamint a magatartás flexibilis jellege is.

Következtetések

A *szakmai készségfejlesztő foglalkozásokon* előtérbe kell helyezni a centrális vonásokat (empátia, belső feszültség szabályozás) és az asszertivitas szempontjából negatív tényezőket. Elsősorban saját élményre épülő gyakorlatok alkalmazásával tarjuk célszerűnek az egyes vonások feltérképezését, fejlesztését. Különös figyelmet igényelnek azok a hallgatók, akiknél a potenciálisan kedvezőtlen vonások halmozottan fordulnak elő. Javasoljuk a készségfejlesztő foglalkozások teljes képzésen át tartó folyamatosságát, mivel így a területi gyakorlatokkal párhuzamosan lehetőség nyílik az ápolás során felmerülő szituációk asszertív módon történő megoldásának a gyakorlására.

Célszerűnek tartjuk továbbá a curriculum – a téma szempontjából releváns – kurzusainak tematikáiba beépíteni az interperszonális minőség kapcsolódó aspektusait, és az oktatóknak olyan ellenőrzési formát alkalmazni, amely az ismeretek alkalmazásának a szintjét is méri.

A *Szakmai szupervízió* során a hallgatók önálló esetfeldolgozásának, az önértékelésnek a szempontrendszerét az asszertivitas dimenzióval bővíteni, különös tekintettel az önérvényesítésre, az érzések kongruens formában történő kifejezésére és a másik fél érdekeinek, önállóságának a tiszteletben tartására.

„A beteg és a kliens segítő pszichológiája”, valamint a „Beteg/kliensvezetés pszichológiája” kurzusok kapcsán előtérbe kell helyeznünk a hibásan értelmezett alapelvek tisztázását, az alkalmazás szintjén tapasztalható bizonytalanságot okozó tényezők felszínre hozását. Továbbá fel kell tárnunk a napi ápolási gyakorlat következtében kialakult hibás tanácsadói attitűdöket, mivel ezek ugyancsak eredményezhetik a rigid magatartásformák fokozott alkalmazását.

A Tanszék oktatói által kidolgozott *Területi gyakorlati leckekönyvek* meghatározzák - minden egyes gyakorlatra vonatkozóan - a hallgatóktól elvárt készségeket. Javasoljuk, hogy a leckekönyvek tartalmazzák az objektív tudásnak megfelelő szociális-interperszonális kompetenciaszinteket is. A gyakorlatok során meghatározó a *mentorok* szerepe, ezért hangsúlyt kell helyezni a munkatársaink ilyen irányú felkészítésére továbbképzések, konzultációk formájában.

Az oktatási intézmények többségében jelenleg alkalmazott „hagyományos” pedagógiai módszerek nem segítik elő az asszertív készségek fejlődését. Az integrált ismeretek elsajátítására épülő szemléletmód viszont sokkal inkább megfelel ezeknek a követelményeknek.

Az asszertív készségek elsajátításának egyik leginkább célravezető módja az *asszertivitás tréningek* alkalmazása. A közeljövőben tervezzük asszertivitás tréning beindítását szabadon választható kurzus keretében.

Kutatásmódszertani aspektusból úgy véljük, hogy az általunk választott vizsgálati módszerek mutatóinak meghatározott együttese alkalmas az asszertivitás specifikumainak a feltárására. A Rathus-teszt kapcsán megjegyezzük, hogy az elsősorban a „hétköznapi értelemben vett” asszertivitást méri. Az asszertivitás önérvényesítés aspektusa tekinthető dominánsnak, és nem jelenik meg a szereppartner érzelmeire, viselkedésére történő koncentráció dimenziója. Ennek értelmében a pályaprofilnak megfelelő specifikumok feltárására célszerű egy olyan új vizsgáló eljárás kidolgozása, amely az asszertivitást az ápolás során előforduló szituációkhoz kötötten méri, és amelybe a kutatásunk tapasztalatai beépíthetők.

Saját publikációk jegyzéke

Az értekezés témájában megjelent saját közlemények jegyzéke

1. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness in Hungary. *New Medicine*; (a szerkesztőség által visszaigazolt megjelenés; 2009; 3.)
2. **Erdősi E., Helembai K., Papp L.:** Az asszertív magatartás jellemzői az ápolásban. *Acta Sana „Mens sana in corpore sano” Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata. SZTE ETSZK Tudományos Lapja*, 2009; 1: 20-28.
3. **Erdősi E., Tulkán I., Papp L., Nagy E., Helembai K.:** Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői. *Nővér*; 2009; 2: 3-12.
4. **Erdősi E., Papp L., Tulkán I., Helembai K.:** A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*; 2009; 4: 19-23.
5. **Erdősi E.:** Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében. *Acta Sana „Mens sana in corpore sano” Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata. SZTE ETSZK Tudományos Lapja*; (a szerkesztőség által visszaigazolt megjelenés: 2009. IV. évfolyam, 2. szám)
6. **Erdősi E.:** A magatartás szociális-interperszonális vonatkozásai diplomás ápolók körében. *Tanulmányok az ápolástudomány köréből II.*; 2003: 21-27.
7. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** Complements to the Examination of Counselling in Nursing: an Evolutionary Concept Analysis. *Acta Sana „Mens sana in corpore sano” Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata. SZTE ETSZK Tudományos Lapja*, 2007; 2: 21-29.
8. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** A tanácsadói attitűd vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*; 2009; 4: 3-10.
9. **Papp L., Erdősi E., Nagy E., Helembai K.:** Characteristics of student nurses' attitudes towards counselling: a descriptive study. *New Medicine*; 2009; (a szerkesztőség által visszaigazolt megjelenés)
10. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.:** A területi gyakorlatok hallgatói értékelése. *Nővér*; 2009; 3: 3-16.
11. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.:** Hungarian Nurses' and Nurse Graduates Competences in International Context. *New Medicine*; 2009; (a szerkesztőség által visszaigazolt megjelenés).

A tudományos munkásságot meghatározó egyéb publikációk, előadások

1. **Zakar A., Erdősi E.:** Berufseinstellungen von Lehrerkandidaten. In.: *Lehrerpersonlichkeit-Lehrertätigkeit-Lehrergesundheit*; (Hrsg.: W. Kessel). Leipzig, 1990; 64-65.
2. **Erdősi E.:** A pedagógus pályára készülő középiskolai tanulók személyiségi hátterének pszichológiai vizsgálata. In: *Pályalélektani tanulmányok* (szerk.: Zakar A.); Szeged, 1991; 65-72.
3. **Helembai K., Tóth Zs., Botta M., Erdősi E.:** Az ápoláslélektani gyakorlatok célja, feladatai. *Alpok-Adria Munkaközösség Ápolói Munkacsoport IV. találkozója, "Minőség az ápolásban"*, Siófok, 1996. május 23-25.
4. **Erdősi E.:** *Ápoláslélektani gyakorlatok-szenzibilizálási tréning* (oktatási segédanyag); SZTE EFK Ápolási Tanszék; Szeged, 1996; 44 oldal
5. **Erdősi E.:** A diplomás ápoló hallgatók pályaképének alakulása. *Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója*, Nyíregyháza, 2001. április
6. **Helembai K., Tulkán I., Erdősi E.:** *Educational Experiences in Community Nursing*. Koppenhága, 2001. június 7-12.
7. **Erdősi E.:** *Ápolói pályakép-hallgatói szemmel*. A Magyar Tudomány Ünnepe, SZTE Rektori Hivatal; Szeged, 2001. november 7.
8. **Helembai K., Tulkán I., Erdősi E.:** *Teaching experiences in the Community Nursing*. The Queen's University of Belfast School of Nursing Midwifery, Belfast, 2002. augusztus 29-szeptember 01.
9. **Erdősi E.:** *Pályaorientációs program* (oktatási segédanyag). SZTE EFK Ápolási Tanszék; Szeged, 2002. 30 oldal
10. **Erdősi E.:** *A magatartás szociális-interperszonális vonatkozásai diplomás ápolók körében*. *Tanulmányok az ápolástudomány köréből II*; Szeged, 2003; 10-27.
11. **Erdősi E., Helembai K.:** *Ápolói pályakép az EU csatlakozás tükrében*. A Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlése, Debrecen, 2004. május 27-29.
12. **Helembai K., Erdősi E.:** *Tanácsadás az ápolásban*. A Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlése, Debrecen, 2004. május 27-29.
13. **Papp L., Erdősi E.:** *Tanácsadás az ápolásban: a fogalom elemzése 1991-2006 közötti szakirodalom alapján*. *Semmelweis PhD Napok*, Budapest, 2007. április 12-13.
14. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** *Utilizing a survey on nurses' counseling attitudes as a training strategy*. *Nemzetközi Ápoláskutatási Konferencia*, Budapest, 2007. május 10.
15. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** *Counselling in nursing: an evolutionary concept analysis*. *IVth Pursuing Excellence on Global Health Conference*, Savonlinna, Finland, 2007. aug. 3.
16. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** *Adalékok az asszertivitást befolyásoló tényezők vizsgálatához*. MTA SZAB Ápolástudományi Munkabizottság ülése, Szeged, 2007. november 14.
17. **Helembai K., Papp L., Erdősi E.:** *Tanácsadás az ápolásban*. MTA SZAB Ápolástudományi Munkabizottság ülése, Szeged, 2007. november 14.
18. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** *Tanácsadás az ápolásban: evolúciós elméleten alapuló fogalomelemzés*. *Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók VIII. Országos Kongresszusa*, Pécs, 2008. május. 23.
19. **Erdősi E.:** *Az empátia vizsgálata a társas hatékonyság tükrében*. A Magyar Tudomány Ünnepe, SZTE ETSZK, 2008. november 12.
20. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** *Az asszertivitás személyiségi hátterének vizsgálata ápolók körében*. MTA SZAB Ápolástudományi Munkabizottság ülése, Szeged, 2008. november 27.
21. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** *Az interakciók szerepe és jellegzetességei az ápoló-beteg kapcsolatban*. MTA SZAB Ápolástudományi Munkabizottság ülése, Szeged, 2008. november 27.

Summary

The theme of the paper is the examination of the personality background of assertiveness among nurse students. The research was mainly aimed at what interpersonal characteristics – which are significant in patient management, too - support cooperative effectiveness in the phase of professional training.

First we defined the measure of assertiveness, the types of each factor of assertiveness and the particularities of social-interpersonal behaviour and of the management of internal tensions. Then, we assessed the functioning of assertiveness in relation to profession specific requirements, such as empathy, social intelligence and counselling attitude. In the next step, we explored the interrelation of the studied factors with special regard to establishing correlations among assertiveness and the personality traits that define it.

The results of the research show that during the acquisition of the profession, characteristic features can be distinguished in the development of assertiveness, and on the basis of it we defined the model of assertiveness characteristic to the period of training.

One of the basic dimensions of assertiveness is the successful harmonizing the other-centered attitude (which is built on empathy) and the enforcement of self-interest. The other important feature in the view of the functioning of interpersonal relationships proved to be the psycho-vegetative and emotional harmony, in the sense that the need to establish interpersonal relationships, the quality of behavioural flexibility and the emotional stability have a decisive impact on the effective functioning of interpersonal relationships.

Summarising the results of the research, we established the factors that bring about assertive and non-assertive behaviour and on the basis of this we defined the areas that need to be developed. When formulating our conclusions, we put an emphasis on the adequate development of central personality factors, and not only on exploring the flawed attitudes formed by nursing practice but also on covering the whole range of courses relevant to our topic by our professional recommendations.

In the possession of the results of the research, it will be possible to compile a new test that examines assertiveness, which suits the professional profile and is able to explore experience contents, too.

Ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra

(Doktori tézisek)

Tulkán Ibolya

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola

e-mail: tulkan@etszk.u-szeged.hu

Bevezetés

Az Európai Unió stratégiai célja, hogy 2010-re a világ legversenyképesebb, legdinamikusabban fejlődő, tudás-alapú térségévé váljon. Ennek érdekében kiemelt hangsúly helyeződött az oktatásra, a kompetenciák fejlesztésére, a gazdaság és képzés közötti kapcsolat erősítésére. A kompetencia alapú megközelítés nagyobb hangsúlyt fektet az ápolói felkészítés eredményességére, melyben mind az oktatási, mind a területi gyakorlatot biztosító egészségügyi intézmény szerepe meghatározó. A kutatások egy része arra utal, hogy a frissen végzettek megfelelő kompetenciákkal rendelkeznek, más kutatások ugyanakkor azt támasztják alá, hogy hiányosak a végzettek klinikai gyakorlati készségei. Számos kormány és szakmai szervezet, az oktatási és egészségügyi intézmények együttműködésére szólított fel, a gyakorlati képzés javítása érdekében. Hazai viszonylatban nincs pontosan definiálva a kompetencia fogalma az ápolásban, így nincs konszenzus abban sem, mi alkotja a kompetenciát. Az ápolói kompetencia méréssel kapcsolatos magyarországi szakirodalom rendkívül szegényes, nincsenek erre a területre érvényes átfogó kutatási eredmények.

Számos feszültség mutatkozik az oktatási intézmények által kínált kompetenciákra történő felkészítés és az egészségügyi intézmények képzéssel szembeni elvárása között is. A 4 éves BSc képzés összes óraszámának 50-70%-át teszi ki a gyakorlati képzés, melyek egy része – a valóságos tapasztalatot biztosító – egészségügyi intézményekben zajlik. Az európai gyakorlat azt mutatja, hogy a felsőoktatási intézmény csak limitált kontrollt képes gyakorolni a klinikai környezetben történő tanulás felett. További problémák forrása, hogy hazai vonatkozásban az ápolási gyakorlat számos problémával küzd, ami a képzés és a gyakorlati oktatás szoros kölcsönhatása miatt, a területi gyakorlati oktatás minőségét is veszélyezteti. A napi gyakorlatban felmerülő kihívásra adandó válasszal a hazai egészségtudományi kutatás a mai napig adós.

Célkitűzések

A felsőoktatásban dolgozó ápolásoktatóként, a területi gyakorlatok hatékonyságára vonatkozó tapasztalataim, kollégáim, a hallgatók visszajelzései és a feltárt szakirodalom arra készítettek, hogy nemzetközi összehasonlításban vizsgáljam meg, milyen kompetenciák gyakorlására kínál lehetőséget a magyar ápolási gyakorlat, milyen problémákat jeleznek a hallgatók a területi gyakorlati oktatás hatékonyságára, az oktatási és egészségügyi intézmény együttműködésére vonatkozóan.

A hazai vonatkozásban – ismereteim szerint – előzmény nélküli vizsgálatommal céloim volt:

- annak igazolása, hogy a magyarországi ápolási gyakorlat az európaihoz hasonló lehetőségeket kínál az ápolói kompetenciák gyakorlására
- objektív adatokkal annak alátámasztása, milyen kompetencia területek fejlesztése, megerősítése szükséges a képzés során
- annak igazolása, hogy a kompetencia-mérésre felhasznált nemzetközi kérdőív alkalmazható végzős ápolóhallgatók kompetenciájának felmérésére is
- adatokkal kívántam alátámasztani a képző-és a területi gyakorlatot biztosító egészségügyi intézmény együttműködésének szükségességét és annak lehetséges útjait
- feltárni kívántam a területi gyakorlatok hatékonyságát és a hallgatói gyakorlati készség megítélését befolyásoló faktorokat
- adatokkal kívántam hozzájárulni a képzőintézmények elméleti és gyakorlati oktatásának fejlesztéséhez.

A kutatás tárgya és módszerei

A vizsgálati mintában 3 egészségügyi felsőoktatási intézmény 6 képzőhelyének hallgatói vettek részt. A minta kiválasztása egyszerű véletlen mintavétellel, többlépcsős módszerrel történt. Első lépésben kiválasztásra kerültek a képzőintézmények, második lépésben a 2007-ben végzett, ill. 2008-ban végzős hallgatók. A 2007-ben végzettek bevonásával a munkaerőpiaci szereplők, a 2008-ban végzettek véleményének megismerésével elsődlegesen a képzésben résztvevők tapasztalatainak feltárása volt a cél, abban a tekintetben, milyen kompetenciák gyakorlására kínál lehetőséget az ápolási gyakorlat. Szakirodalmi források alapján **két vizsgálati kérdőív került kidolgozásra és felhasználásra (I. és II. számú).** Az **I. sz. vizsgálati kérdőív három részből állt. Első része** (a továbbiakban I/1.) az EHTAN NCQ (Egészségügyi Oktatási és Akkreditációs Hálózat Ápolói Kompetencia Kérdőív) hivatalos fordítását tartalmazta, amely a jelenlegi európai ápolói gyakorlatban elvárt kompetenciákat tükrözi, így nemzetközi viszonyítási alapot jelenhet a hazai felsőoktatásban végzett ápolók kompetenciájának megítéléséhez is. Az EHTAN NCQ 8 kompetencia-területen méri az ápolói kompetenciát (ápolási ellátás nyújtása, szakmai és etikai gyakorlat, kommunikáció, team-munka, egészségfejlesztés, személyes és szakmai fejlődés, felmérés, kutatás és fejlesztés). A kérdőív kitöltése során az egyes kompetencia-állítások melletti négy választási lehetőség egyikével (soha=1, alkalmanként=2, rendszeresen=3, mindig=4) kellett az adott kompetencia gyakorlásának frekvenciáját megjelölni. **Az I.sz. kérdőív második része** (a továbbiakban I/2.) elsősorban demográfiai jellegű kérdéseket tartalmazott, ill. 11 zárt kérdés segítségével az előzetes munkatapasztalatokat vizsgálta. **Az I.sz. kérdőív harmadik részének** (a továbbiakban I/3.) 34 állítása, a felsőoktatásban folyó ápolóképzés kompetenciákra felkészítő szerepére, hangsúlyosan a területi gyakorlati ápolásoktatásra vonatkozó hallgatói tapasztalatok feltárását célozta meg. Az egyes állításokat a vizsgálatban résztvevők egy 5 pontú Lykert-típusú skálán értékelték (0= egyáltalán nem értek egyet; 1=nem értek egyet; 2=bizonytalan vagyok; 3=egyetértek; 4=teljesen egyetértek). A vizsgálati mintában összesen N = 458 fő, (N = 123 fő 2007-ben, N = 335 fő 2008-ban; 17.2%-uk nappali, 82.7%-uk levelező tagozaton végzett hallgató) vett részt.

A II. sz. vizsgálati kérdőív is három részből állt, és a gyakorlati készség, valamint az annak megítélésére ható tényezők feltárására irányult az SZTE ETSZK 2008-ban végzős hallgatói körében. (N=94 fő; 29fő nappali, 65fő levelező tagozatos hallgató). A kérdőívek, a 2007/2008-as tanév 7. és 8. szemeszterének minden (8 különböző) területi gyakorlatát követően kitöltésre kerültek. A II. sz. kérdőívet azért csak a szegedi képzőhely 2008-ban végzős ápolóhallgatói töltötték ki, mert a vizsgálatban résztvevő intézmények között a gyakorlat helyszíne, időtartama, az értékelésre felhasznált dokumentumok tekintetében meglévő különbségek nem tették lehetővé az egyes képzőhelyek közti összehasonlítást.

A II. sz. kérdőív első része (a továbbiakban II/1.) a komplex kompetencia-elemek értékelését kívánta feltárni, **második része** (a továbbiakban II/2.) a konkrét területi gyakorlaton elsajátítandó tevékenységek készség-szintjére fókuszált. A II/1. ill. a II/2. kérdőív-egységek az SZTE ETSZK Ápolási Tanszék kollektívája által kifejlesztett gyakorlati leckekönyveken alapultak. **Harmadik része** (a továbbiakban II/3.) 21 zárt kérdést tartalmazott, melyek részben demográfiai jellegűek voltak, másrészt a gyakorlati készség-szinttel összefüggő faktorok feltárására irányultak. Vizsgáltam az ún. problémás feladatokat, melyek önálló kivitelezésére a hallgatók nem képesek a gyakorlatok befejezését követően, elvégeztem az átlagos gyakorlati készség-szint meghatározását az egyes feladatok vonatkozásában, tanulmányoztam, milyen tényezők hatnak a gyakorlati készség-szint megítélésére.

Az adatok rögzítése és elemzése mindkét kérdőív vonatkozásában az SPSS for Windows 15.0 statisztikai program-csomag segítségével, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával történt. A változók közötti kapcsolatok mérésére Kruskal-Wallis teszt, Friedman próba és ANOVA teszt került alkalmazásra.

Eredmények

Kompetencia-területek önértékelésének össze-hasonlítása képzőhelyenként

A kompetencia területekre vonatkozó átlagok összehasonlítására a Friedman próbát alkalmaztam. A vizsgált kompetencia-területek önértékelése között szignifikáns különbség volt igazolható. ($p = ,000$) Az ápolási ellátás nyújtása volt a legmagasabbra értékelt kompetencia terület, míg a két utolsó helyre a felmérés és a kutatás és fejlesztés kompetencia-területek kerültek. Annak igazolására, hogy a kompetencia-önértékelések megítélése szignifikánsan nem különbözik az egyes képzőhelyek között – a változók mérési szintje és a nemzetközi módszertanhoz való igazodás miatt – Kruskal-Wallis teszt került alkalmazásra.

mazásra. A 2007-es hallgatóknál nem volt megállapítható szignifikáns különbség a képzőhelyek között, míg a 2008-as hallgatók esetében a kutatás és fejlesztés kompetencia-terület megítélésében szignifikáns különbség volt igazolható. ($p = ,013$)

Kompetencia-területek önértékelésének összehasonlítása tagozatonként

Ha a 2007-ben és 2008-ban nappali tagozaton végző összes hallgató kompetencia-önértékelését hasonlítjuk össze az összes levelező tagozaton végzettével, a Kruskal-Wallis teszttel igazolható, hogy a nappali tagozatos hallgatók szignifikánsan magasabbra értékelték a felmérés kompetencia-területet. ($p = ,036$)

Kompetencia-területek önértékelésének összefüggése a munkavégzés időtartamával

A nemzetközi szakirodalommal egybevágóan nem volt kimutatható szignifikáns összefüggés az egészségügyben/szociális munkaterületen végzett munka időtartama és a kompetencia-önértékelés átlaga között.

Kompetencia-területek önértékelése a tanulmányi átlag megítélésének függvényében

Kruskal-Wallis teszttel szignifikáns összefüggés volt igazolható a kompetencia-terület önértékelése és a tanulmányi átlag megítélése között. Minél gyengébbnek ítélte a hallgató a tanulmányi eredményét, annál rosszabbnak értékelte a személyes és szakmai fejlődés ($p = ,003$), szakmai és etikai gyakorlat ($p = ,001$), kutatás és fejlesztés ($p = ,002$) és a team-munka kompetencia területeket ($p = ,021$). További kutatást igényel annak feltárása, miért a fenti kompetencia-területek megítélése érintett.

Kompetencia-területek önértékelése ápolói munkakörben dolgozók körében

Annak érdekében, hogy a vizsgálati eredményeim teljes mértékben összehasonlíthatók legyenek a nemzetközi EHTAN projekt vizsgálati eredményeivel (a projektben sebészetben és belgyógyászatban dolgozó ápolók vettek részt) külön figyelmet fordítottam a mintában ápolói munkakörben dolgozók (ápolók, középvezető ápolók együtt) kompetencia-önértékelésére. Valamennyi elemzési szemponttal elvégezve a Kruskal-Wallis tesztet az ápolói munkakörben dolgozóknál (képzőhelyek, 2007-es, ill. 2008-as, nappali és levelező tagozatos hallgatók), nem volt igazolható szignifikáns különbség, azaz az ápolói munkakörben dolgozók részmintájára is érvényesek voltak a teljes mintára vonatkozó megállapítások.

Kompetencia-területek önértékelése munkakörönként és osztályonként

Az ápolói munkakörben dolgozók, ill. a nem ápolói munkakörösök (nem dolgozók; nem ápolói munkakörben dolgozók) összehasonlítását azzal a céllal végeztem, hogy alátámasszam, az EHTAN NCQ alkalmas végzés előtt álló ápolóhallgatók kompetenciájának mérésére is. Ehhez egyrészt az ápolói munkakörben dolgozókat, a nem ápolói munkakörösökhöz viszonyítottam. Másrészt az ápolói munkakörben dolgozókat a nem ápolói munkakörben *dolgozókhöz* hasonlítottam. Harmadsorban a belgyógyászati és sebészeti osztályon dolgozók kompetencia önértékelését az ápolói munkakörben dolgozókhöz, ill. a teljes mintához viszonyítottam. A Kruskal-Wallis tesztet minden elemzési szemponttal elvégezve, szignifikáns különbség, csak az ápolási ellátás nyújtása kompetencia területen volt igazolható az egyes rész-minták között ($p = ,000$).

A hazai vizsgálati eredmények összevetése a nemzetközi eredményekkel

A magyarországi vizsgálat eredményei megegyeznek a nemzetközivel abban a tekintetben, hogy első helyen áll a rangsorban az ápolási ellátás nyújtása, és utolsó a kutatás és fejlesztés kompetencia-terület. A kommunikáció, szakmai és etikai gyakorlat és team-munka kompetencia területek – bár a magyarországi rangsorban a szakmai és etikai gyakorlat a második, a kommunikáció a harmadik, a team-munka negyedik helyen szerepelt – az EHTAN projektben résztvevő országok kompetencia átlag-értékeihez képest ez elmarad.

A területi gyakorlati oktatásra vonatkozó hallgatói tapasztalatok

A vizsgálati mintában résztvevők 34 állításra vonatkozó átlagainak összehasonlítására elvégzett Friedman próba szignifikáns különbséget mutatott ($p = ,000$) az egyes állításokra adott válaszok között. A rangsor elején és a rangsor végén mind a 2007-es, mind pedig a 2008-as hallgatók körében ugyanazok az állítások szerepeltek: ezek az elméleti-területi gyakorlati képzés összhangjának, egyensúlyának hiányára, a képzési céloknak megfelelő gyakorló területek gondos kiválasztására, a területi gyakorlatok elégtelen hosszára, értékelési módjának hiányosságaira hívják fel a figyelmet. Fontosnak tartják a vizs-

gálatban résztvevők, a felelős mentor irányítását, bevonását az oktatási program tervezésébe, a területi gyakorlat értékelésébe.

A II. sz. kérdőív, a szegedi képzőhely hallgatóinak 8 területi gyakorlatot követő gyakorlati készségének feltárására, valamint az ennek megítélését befolyásoló faktorok megismerésére irányult. Az eredmények azt mutatják, hogy minden területi gyakorlatot követően – gyakorlati környezettől függően – voltak olyan, ún. problémás feladatok, melyeket a hallgatók nem tudtak önállóan kivitelezni a gyakorlat befejezését követően (a teljesítendő gyakorlati feladatok függvényében 4%-56.52% közötti arányban). Az ANOVA teszt 4 faktor szignifikáns szerepét igazolta a gyakorlati készség-szint megítélésére ható tényezők között:

- a reálisnak tartott gyakorlati követelmények,
- a hallgatók területi gyakorlat alatti felügyelete,
- a területi gyakorlatot biztosító osztály támogató légköre szignifikánsan jobb gyakorlati készség megítélést eredményezett. A területi gyakorlat általános megítélése fordítottan hatott a gyakorlati készség önértékelésére.

Az I. és II. sz. kérdőív nyílt kérdéseire adott válaszok a fenti adatokat alátámasztják, és részben az egészségügy problémáit tükrözik vissza, részben az oktatási- és egészségügyi intézmény közötti együttműködés szükségességét erősítik.

Következtetések

Kutatásomban feldolgoztam a hazai ápolói kompetenciára vonatkozó szakirodalom meghatározó részét és megállapítottam, hogy nincs egységes kompetencia definíció az ápolásban, melynek tisztázása sürgető.

A felhasznált EHTAN Ápolói Kompetencia Kérdőív alkalmasnak bizonyult annak igazolására – végzős ápolóhallgatók és a munkaerőpiacon már végzettként dolgozók megítélése szerint –, hogy az ápolási gyakorlat kevésbé várja el az ápolási folyamat munkamódszerként történő alkalmazását, valamint a kutatás és fejlesztés kompetenciák gyakorlását. Ezen kompetencia-területek hallgatóközpontú oktatási módszerek felhasználásával történő megerősítése szükségszerű.

Igazoltam, hogy a nemzetközi gyakorlattal való lépéstartás érdekében a kommunikáció, a szakmai és etikai gyakorlat, valamint a team-munka kompetencia területek fejlesztése sürgető. Adatokkal támasztottam alá, hogy az EHTAN Ápolói Kompetencia Kérdőív alkalmas végzős ápolóhallgatók kompetenciájának felmérésére is.

Adatokkal támasztottam alá, hogy az elméleti és területi gyakorlati képzés közötti távolság közelítése elvárás a képzésben részt vettek és résztvevők számára egyaránt. A hatékony hallgatói gyakorlat érdekében szükséges a támogató területi gyakorlati légkör, a területi gyakorlatot irányító mentorok, hallgatói önállóságot szem előtt tartó, állandó felügyelete, bevonásuk az oktatási folyamat tervezésébe, a hallgatók értékelésébe. A kompetenciák pontos mérése érdekében a területi gyakorlatok értékelésére felhasznált dokumentumok reális követelményeket támasztó továbbfejlesztése is szükséges. A területi gyakorlat általános megítélése és a gyakorlati készség önértékelése között igazolható ellentétes tendencia okának tisztázása további kutatást igényel.

A dolgozat új megállapításai

Az ápolói kompetenciára, területi gyakorlati ápolásoktatásra vonatkozó irodalmi feltárás hiánypótló.

Az ápolói kompetencia mérés eredményeinek hazai és nemzetközi összehasonlításával a képzési folyamat és a szakmai elvárások adatokra alapozottan összehangolhatók, a hazai ápolási gyakorlat a nemzetközihez mérhető.

AZ EHTAN NCQ felhasználható közvetlenül végzés előtt álló ápolóhallgatók kompetenciájának felmérésére is.

A munkaerőpiacon már dolgozó és a képzésben résztvevők területi gyakorlati oktatásra vonatkozó tapasztalatának feltárása adatokkal szolgál a szakmai képzés hatékony fejlesztéséhez.

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.:** A területi gyakorlatok hallgatói értékelése. *Nővér*, 2009. 22, 3:3-16.
2. **Tulkán I.:** Az ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra, *Acta Sana*, 2009. (Szerkesztőség által visszaigazolt elfogadás)
3. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.:** Hungarian Nurses' and Nurse Graduates Competences in International Context. *New Medicine*, (Szerkesztőség által visszaigazolt elfogadás)
4. **Gábor K., Tulkán I., Helembai K., Csanádiné, Szöginé Unginé Kántor. K.:** At the European union's door-A Hungarian team's experiences of participating in the Project Leonardo for better nursing care. *International Journal of Nursing Practice*, 2008. 14, 4:329-334.
5. **Helembai K., Tulkán I., Gábor K., Bársonyné, Csanádiné, Szöginé, Unginé Kántor K., Tóth I.:** Az osztályvezető ápolók kompetenciájának felmérése. *Nővér*, 2009. 19, 6: 24-30.
6. **A. Bársony, J. Csanádi, K. Gábor, K. Helembai, S. Szögi, I. Tóth, I. Tulkán, K. Ungi, D. I. Csernus:** Recommandations pour la formation des cadres infirmiers en Europe:de l'élaboration d'un référentiel de compétences à la mise en oeuvre d'actions de formation continue In:Leonardo da Vinci, projets pilotes. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2004: 94-100; 140-144; 166-167; 198-204; 226-228.
7. **Tulkán I.:** A nővér helye, szerepe, lehetőségei az alapellátásban oktatási szemszögből. *Medicus Universalis*, 2009. 33, 4:257-259.
8. **Balogh Z. PhD., Betlehem J. PhD., Papp K., Tulkán I., Kovácsné Tóth Á. PhD.:** Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 2009. 22, 1:3-12.
9. **Gábor K., Csanádiné, Helembai K., Szöginé, Tulkán I., Unginé Kántor K.:** Leonardo da Vinci program az ápolásért. *Orvosi hetilap*, 2009. 143:1941-45.
10. **Erdősi E., Tulkán I., Papp L., Nagy E., Helembai K.:** Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői. *Nővér*, 2009. 22, 2:3-12.
11. **Erdősi E., Papp L., Tulkán I., Helembai K.:** A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*, 2009. 22, 4: 19-23.

Egyéb publikációk

1. **Simon K., Helembai K.,Bársonyné Kis K.,Tulkán I.:** Oktatási tapasztalatok a közösségi ápolásban. In: *Tanulmányok az ápolástudomány köréből II.* Szeged, 2003:39-46.
2. **Tulkán I., Helembai K., Bársonyné Kis K., Simon K.:** A kardiovasculáris megbetegedésben szenvedő betegek hozzátartozóinak ismeretei, szükségletei. In: *Tanulmányok az ápolástudomány köréből II.* Szeged, 2003: 46-56.
3. **Bársonyné Kis K., Helembai K., Tulkán I.:** A tanácsadás néhány jellemzője az alapellátásban. In: *Tanulmányok az ápolástudomány köréből II.* Szeged, 2003:29.
4. **Tulkán I., Karsai M.:** Ápolói készségek fejlesztése a főiskolai szintű ápolóképzésben. II. Ápolásmenedzsment Konferencia, Szeged, 2002:24-25.
5. **Helembai K., Kis K.,Tulkán I.:** Characteristics of nurses' communication for patients' problem solution. In:10th Biennial Conference of the Workgroup of Euro Plan Nurse Researches, WENR in Iceland. Reykjavik, 2000:161-169.
6. **Tulkán I.:** A közösségi felmérés, mint az ápolási folyamat első lépcsőfoka. In: Ed. Pető É.:Az ápolás menedzselése - „Közösségi Ápolás” 3. Workshop, SZOTE Népegészségtani Intézet, a Manchester Metropolitan University és a British Council, SZOTE Nyomda Szeged, 1999:142-149.
7. **Tulkán I.:** Az otthonápolási szolgálat kapcsolata az alapellátási teammel. In: Ed. Pető É.:Változások az egészségügyi ellátásban – a változások mened-

zselése. „Team-munka az alapellátásban”. 6. Workshop. British Council – SZOTE Népegészségügyi Intézet, Szeged, 1997:61-65.

8. **Tulkán I.:** A minőségbiztosítási modell gyakorlati alkalmazása és az oktatás. In: Ed.: Helembai K.: Tanulmányok az ápolástudomány köréből I. Szeged, SZOTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, 1996:77-93.
9. **Tulkán I.:** Az ápolóképzés súlypontjai a holland és angol ápolási tapasztalatok tükrében. *Nővér*, 1996. 9, 1:9.
10. **Tulkán I.:** In: Bokor N. ed.: Általános ápolástan és gondozástan; Elmélet és gyakorlat (Ápolási modellek; Ápolási rendszerek, Ápolási folyamat fejezetek) Medicina Könyvkiadó Zrt.(ISBN 978 963 226 238 3) 2009:121-156.

Summary

The education of nurses is significantly influenced by the strategic decisions of the European Union and by the needs of the labour market and students. One possible way to stand these demands is competence focused education which puts bigger emphasis on the effectiveness of training and the cooperation between training institutes and health care institutions providing for the local area practice. The concept of competence is not well-defined in Hungarian nursing practice. Although the contents of educational and output requirements established for nurses with an academic degree comply with international recommendations, there is lack of data enabling international comparison regarding the effectiveness of local area study practices. In my research, I intended to identify, with the application of EHTAN NCQ, the various competence fields which are valued more or less important by the test subjects, representing the nursing study practice, and point out related problems in local area study practices of nursing education at the level of higher education. In the international results of self-assessment the first place was associated with the provision of nursing care and the competence field of communication, while the last place was associated with research and development. The test conducted in Hungary brought similar results in the sense that provision of nursing care was assessed as most important, while the competence field of research and development was assessed as least important in the order of priority. In the Hungarian ranking of competence fields, professional and ethical practice was classified as the second, communication as the third and teamwork as the fourth most important, however, in international rankings the latter fields are associated with the least importance in different countries. This means that Hungarian nursing practice provides fewer possibilities to practice such competence fields. A significant difference could be established between various training institutions regarding research and development, and between various branches regarding the first phase in the process of the nursing, that is the competence field of assessment. Problems regarding the organisational conditions of cooperation between training and health care institutions and the effectiveness of local area study practices were indicated. Out of the criteria influencing the level of practical abilities, 4 factors could be defined which indicate the importance of cooperation between the educational and healthcare institutions.

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

A folyóirat célja: Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kézirat nyelve: magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

A kézirat tartalmazza: 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrák; 9. ábrák, külön mellékletként.

Forma és stílus: Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

"Bevezetés", "Célkitűzés", "Módszer", "Eredmények" és "Következtetések" lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhat meg.

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük

sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

Ortográfia: A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.

A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Postai úton:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

Aim of the journal: Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences.

The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

The language of the manuscript: Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

The manuscript includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.

2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.

Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.

4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.

5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.

6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author's name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

Orthography: Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.

Acta Sana is published two times per year: in March and October.

The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Address:

Acta Sana Szerkesztősége,

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,

6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

Editors