

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

2011.
VI. évfolyam 1. szám

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

**2011.
VI. évfolyam 1. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében Dr. Erdősi Erika	7
Tanácsadás az ápolásban: Ápolóhallgatók tanácsadói kompetenciájának vizsgálata Dr. Papp László	14
Ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra Dr. Tulkán Ibolya	35
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	41
Guidelines to the Authors of Acta Sana	43

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

**2011.
Vol. 6. No. 1.**

CONTENTS

The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness Dr. Erika Erdősi	7
Counseling in Nursing: Examination of student nurses' counseling competence Dr. László Papp	14
Measuring nursing competence with special regard to practical placement Dr. Ibolya Tulkán	35
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	41
Guidelines to the Authors of Acta Sana	43

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözllet – 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

The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness

(*Doctoral Theses*)

Erika Erdósi

Semmelweis University
Doctoral School of Pathology Sciences
e-mail: era@etszk.u-szeged.hu

Introduction

Nursing has gone through an enormous development historically and by now the concept of nursing has widened to a great extent accordingly. Activity centred nursing has been replaced by person centred nursing involving the significant others as well. The priorities of the new type of nursing include conscious patient management in the frame of the nursing process, the accomplishment of which depends mainly on the success of nurse-patient interaction and as a part of it the quality of assertiveness.

The Act of Parliament number CLIV of 1997 on Health Care puts an emphasis on the effective functioning of the interpersonal relationships between nurses and patients/clients: "Nursing fulfils duties of health promotion and *counselling*" (Chapter IV, § 98).

Governmental regulation 36/1996 (III. 5) on the qualification requirements of the undergraduate health training programmes places a great emphasis on the professional management of role partner relationships when defining the aims of BSc Nursing programmes and establishing the exit requirements.

The "Nursing Carrier Mirror" identifies assertiveness as a priority among the professional competencies next to objective knowledge.

Modern occupational psychology theories regard the dimension of professional behaviour as one of the central categories of in the interaction of the individual and the environment. Its integral part in the controlling system of the personality is the interpersonal knowledge acquired in the process of role learning, which is in fact assertiveness itself.

An important content frame of interpersonal effectiveness is the nursing models. All these theories have a common feature: the need to utilise the possibilities of interpersonal relationships.

It can be stated after the review of previous research that some of the non-assertive behavioural forms can be detected among nurses in a high proportion. Mainly a dominance of passive attitude is prevailing, which underpins a traditional, submissive nursing role.

An approach of assertiveness seems to be missing – especially in Hungary -, the one whose frames are provided by university nurse training and counselling, and which focuses mainly on what interpersonal behavioural features – also relevant in patient management - support assertiveness in the phase of training.

Aims

The major aims of the research were as follows:

- defining the measure of assertiveness among nurse students and the features of each assertiveness factor;
- assessing the factors that relate closely to assertiveness in the self-controlling system of the personality and which are cardinal to patient management, with special regard to the characteristics of social-interpersonal behaviour and internal tension control;
- exploring the functioning particulars of assertiveness with regard to profession specific expectations, such as empathy, and social intelligence that serves as a basis for empathy;
- analysing the features of counselling attitude, and establishing their connections to the factors of assertiveness;
- defining the profession specific model of assertiveness in the period of training on the basis of the connections between assertiveness and the factors that influence it;

- defining the areas to be explored in the future and making recommendations on using assertiveness in education.

Methods

The research was done with a survey among third year regular (N=84) and correspondent (N=266) nurse students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies, University of Szeged. The survey covered four consecutive year groups starting in the academic year 2004/2005 and so it involved 350 students altogether.

When choosing the sample, we considered it very important to have an objective coverage regarding the professional competence issue, namely the students should have the knowledge about the factors that define the nurse-patient/client relationship.

It was an important aspect when selecting research methods to involve instruments in the analyses that:

- are able to differentiate among personal traits in the personality structure and among the individuals to a suitable extent;
- have standards significantly adequate to the characteristics of the sample, which ensure the scientific assessment of received data;
- will provide experiences that could be used directly in training.

Having considered the previous aspects we employed the following methods for analyses:

- Rathus Assertiveness Schedule
- Leary Test
- Empathy questionnaire
- Brengelmann Anxiety Scale
- Social Intelligence Test 1
- Counselling Attitude Scale

In our analyses we used both descriptive (frequency distribution, mean values, dispersion) and mathematical statistical (item analyses, Kolmogorov-Smirnov Test, correlation analyses, Chi-Square Test, Principal Component Analyses, Dependent *t*-test for paired samples, variation analyses, independent two-sample *t*-test) methods.

Results

The assertiveness factors

The students' assertiveness is approximately of mean value (M=7.95) but the values at similar other groups are usually higher. The examined sample is more successful in the beginning phase of the interpersonal process where the focus is on making connection (personal participation in the connection: M=3.63). While in the following phases of patient management, involvement is more important so self-enforcement and coping with difficult situations can cause problems (Saying no: M=1.03, Self-enforcement in consumer situations: M=-0.79).

Self-control and assertiveness

The adaptive variation of dominant adaptive methods (Adaptation through taking responsibility: 31.1%; Adaptation through force: 17.4%; Adaptation through cooperation: 15.7%) corresponds to the personality centred attitude of the helping relationship, and it indicates the presence of the willingness to care for others. However, some less favourable forms of adaptation can also be noted, which require great attention to be developed accordingly.

The level of the need for creating interpersonal relationships (extroversion-introversion: M=17.95) is good enough. The values of Neuroticity are also similar to the standard adult mean level (M=19.79). The mean value of the Rigidity factor is above the average (M=18.59), which indicates a strong presence of rigid behavioural schemes.

The negative significant correlation of the factors Neuroticity and Extroversion-introversion ($r=-0.381$, $p<0.001$) indicates that both the strongly extrovert and introvert type of personalities tend to be emotionally unstable.

The role of empathy and social intelligence in assertiveness

The total score of the empathy questionnaire ($M=17.59$) indicates that the sample has an empathy level higher than the average. However the more detailed analyses by each item and the Principal Component Analyses indicate that in case of “problematic” clients (egocentrism, aggression) empathy decreases significantly.

We received the most adverse results in relation to the recognition of behaviour implications (SIT 1). Comparing data to the distribution of standard categories, we established that 71.6% of nurse students find it more difficult than the average to forecast the other person’s expected behaviour.

Summarising the results, we can presume the functioning of primary empathy in our sample.

A negative significant correlation can be found in the two testing instruments ($r=-0.18$, $p<0.05$). This indicates that the more successfully one reads the role partner’s signals the more frequently one might get negative impulses and it can lead to the decrease of the level of empathy.

Counselling attitude in the mirror of assertiveness

The Counselling Attitude Scale was surveyed twice: first when starting the course “Counselling in Nursing” and secondly at the end of it. The proportion of right answers in the four main fields are: Need for independence 67.4% and 73.2%, Empathy-acceptance 63.2% and 65.4%, Supporting problem solving 55.2% and 54.4%, Leading conversation 55% and 54.4%. The fall in the last two factors might have been caused by the fact that during the second survey the knowledge acquired on the course and the conditioning of the daily routine were present simultaneously.

It appears to be an unfavourable feature concerning assertiveness that the students are irresolute in their role when supporting problem solving and leading conversations. They fail to rely on the client’s resources to an adequate extent and thus they limit the other person’s independence to make their decisions.

The profession specific personality background of assertiveness

In the first stage, we examined the connections among the factors considered important in the background of assertiveness.

- Counsellor Attitude Scale (1st survey) and tension control: we found only one significant correlation ($r=-0.137$, $p<0.05$), which shows that the low score of neuroticity does not support the realisation of empathic behaviour, the principle of acceptance without condition during patient management.
- Counsellor Attitude Scale (2nd survey) and tension control: on the basis of the significance values we received, the values of rigidity were fairly low regarding empathy-acceptance ($r=0.248$; $p<0.05$) and the nurse’s role in patient management ($r=0.252$; $p<0.05$). It can be presumed that in this case the individual uses the learnt knowledge and the understood forms; however a behavioural flexibility is not realised.
- Empathy questionnaire and tension control: only the high category of the neuroticity factor correlated with the total score of empathy ($r=0.217$, $p<0.01$), in other words concentrating on the other person’s feelings resulted in an unbalanced, unstable way of reaction at our students.
- Social Intelligence Test and tension control: based on the correlation of the mean area of neuroticity and the total score of SIT1 ($r=0.174$; $p<0.01$) we can state that in our sample the interpretation and predictions of the role partner’s behaviour were supported by emotional stability.
- In the next stage, we established the connections among the assertiveness factors and the factors that influence them.
 - The assertiveness factors did not show any connection with the personality types of the Leary Test, just as we had expected.
 - The assertiveness factors were also compared with the scores gained in the Empathy questionnaire. We found a connection in only one factor, namely Saying no ($r=-0.154$; $p<0.05$). The connection shows that the more empathic a person is the less they can say *no*. So in this sense a conscious attention to the other person makes it harder to refuse a role partner’s request in situations that hurt one’s interests.
 - Examining the correlation between the scores obtained in assertiveness factors and the Social Intelligence Test, we can find a connection between the values of Self enforcement in consumer situations and that of the social intelligence ($r=-0.244$; $p<0.01$). The negative significant correlation

shows that enforcing an own interest hinders the interpretation of the other person's feelings and the prediction of their possible behaviour.

- We did not find any connection between the assertiveness factors and the factors of Counsellor Attitude Scale in the first survey.

Comparing the Rathus Assertiveness Schedule and the Counsellor Attitude Scale in the second survey, we found a significant connection between Expressing Feelings and Claim of Independence ($r=-0.293$; $p<0.01$) on the one hand and on the other between Personal Involvement in the Connection and Empathy-acceptance factors ($r=-0.232$; $p<0.05$). Thus we can say that the more one prefers to accept the patient/client and to support their independence the more the personal involvement and the wish to express their feelings decrease.

- The indicators of the Rathus Assertiveness Schedule and tension control: Each factor of assertiveness indicated a close connection with the factor of extroversion-introversion, which means the behaviour of people defined by social reality is more assertive in the sense of significant positive correlations. Besides, the Insecurity and the self-assessment disturbance factors proved to be significant for both neuroticity ($r=-0.162$; $p<0.05$) and rigidity ($r=-0.152$; $p<0.05$). In case of both factors, emotional instability and rigid behaviour increased the degree of insecurity and self-assessment disturbance.

Based on the explored correlations, we can make the conclusion that the nurse students' assertiveness is expressed in a special interaction of the significant traits. On this basis, we can formulate the profession specific model of assertiveness, which can help us to define the level of occupational role acquisition characteristic to the actual period of professional training and which marks the content frames of development. The central factors of the model have proved to be empathy and the control of internal tensions. We believe one of the profession specific dimensions of assertiveness is the successful harmonizing of other centred attitude and the enforcement of own interest. The other basic factor has proved to be the need to make relationships in the aspect of the functioning of interpersonal connection system. Other significant factors are the harmony of emotional reaction forms and the flexibility of behaviour.

Conclusions

In the professional skills development classes we should focus on the central factors (empathy, internal tension control) and the factors that are negative to assertiveness. We consider it would be practical to map out and develop individual traits based on own experiences. The students who have several potentially negative traits require special attention. We recommend that the skills development sessions should continue through the whole training period because then it would be possible to practise the situations that occurred during work placement in an assertive way.

Also, we think it would be practical to involve the aspects of explored interpersonal quality in the relevant courses of the curriculum and to create testing methods that examine the level of the usage of the learnt information.

During *professional supervision*, the dimensions of assertiveness should be included in the checkpoints of students' individual case description and self-evaluation with special regard to self-enforcement, congruent expression of feelings and respecting the other person's interests and independence.

The courses "*Helping psychology of the patient and the client*" and "*Psychology of patient=client management*" make us possible to clarify the misunderstood principles and identify the factors that cause uncertainty during practice. Furthermore, the wrong counselling attitudes that developed during nursing practice should be identified because they cause rigid behaviour frequently.

The *Field Practice Course Books* compiled by the members of the Faculty define the all the skills required from the students in each field. We recommend that the system of aspects in the course books should be completed with the aspects of patient management. During field practice the role of the mentor is vital so we should pay attention to training our colleagues in this area during consultations.

One of the most suitable methods of teaching assertiveness skills is the assertiveness trainings. In the near future we are planning to start an assertiveness training as an elective course.

From the aspect of research methodology, we believe that the set of indicators in the analysing methods we chose are suitable to explore the specifics of assertiveness. As for the Rathus Test we agree that it evaluates the everyday assertiveness mainly. The self-enforcement aspect of assertiveness is considered

dominant and the dimension of concentrating on the emotions and behaviour of the role partner does not appear. On the basis of our research results, it would be useful to compile a new testing method to explore the specifics adequate to the profile of the profession, which measures assertiveness in nursing situations.

Bibliography

List of own publications

List of own publications in the field of this paper

1. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness in Hungary. *New Medicine*; 2009; 1: 2-6.
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 ápolóhallgatók 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*; 2009; 2: 40-46.
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 ápolóhallgatók 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; 3: 61-64.
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; 3: 70-74.

List of other scientific publications, lectures

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 háttérének 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 asszertivitas személyiségi háttérének 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.

Összefoglalás

Az értekezés témája az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében. A kutatás elsődlegesen arra irányult, hogy a szakmai képzés szakaszában a társas hatékonyságot milyen - a betegvezetés szempontjából is meghatározó jelentőségű - interperszonális magatartásjegyek támogatják.

Elsőként meghatároztuk az asszertivitás mértékét, az egyes asszertivitás faktorok jellemzőit, valamint a szociális-interperszonális magatartás és a belső feszültség szabályozás sajátosságait. Ezt követően felmértük az asszertivitás működési sajátosságait a szakmaspecifikus elvárásokkal kapcsolatban, így az empátia, a szociális intelligencia és a tanácsadói attitűd vonatkozásában. Következő lépésként feltártuk a vizsgált faktorok kölcsönhatását, különös tekintettel az asszertivitás és az ezt meghatározó személyiségvonások közötti összefüggések megállapítására.

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a pályaelsajátítás során az asszertivitás fejlődésében karakterisztikus vonások tárhatók fel, s ez alapján meghatároztuk a szakmai képzés időszakára jellemző asszertivitás modelljét.

Az ápolóhallgatók esetében az asszertivitás egyik alapidimenzióját az empátiára épülő „other-centred” attitűd és a saját érdek érvényesítésének egyidejű működtetése, sikeres összeegyeztetése képezi. A társas viszonyrendszer működtetése szempontjából a másik alapvető vonásnak a pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság bizonyult abban az értelemben, hogy a társas kapcsolatok létesítésének igénye, a magatartás flexibilizálásának a jellege, valamint az érzelmi stabilitás mértéke döntően befolyásolja az interperszonális kapcsolatrendszer hatékony működtetését.

A kutatás tapasztalatainak összegzéseként megállapítottuk az asszertív és a non-asszertív magatartást eredményező tényezőket, amely alapján meghatároztuk a fejlesztést igénylő területeket. Következtetéseink megfogalmazása során hangsúlyt helyeztünk a centrális személyiségtényezők adekvát fejlesztése és az ápolási gyakorlat következtében kialakult hibás attitűdök feltárása mellett arra is, hogy szakmai javaslataink a vizsgált téma szempontjából releváns kurzusok teljes vertikumát lefedjék.

A kutatási eredmények birtokában lehetőség nyílik a pályaprofilnak megfelelő, specifikus élménytartalmak feltárására is alkalmas, új asszertivitást vizsgáló eljárás kidolgozására.

Counseling in Nursing: Examination of student nurses' counseling competence

(Doctoral theses)

László Papp

Semmelweis University
Doctoral School of Pathology Sciences
e-mail: papp@etszk.u-szeged.hu

Introduction

The task of nursing – according to its definition – is to help the healthy or sick person to perform those activities which contribute his or her health, healing or peaceful dying, and which he/she would do if he/she had enough strength, will or knowledge to do so. During patient care, nurses need such knowledge and skills, which are eligible to handle the patient's occurrent problems. Nurses must use these skills in a way which contributes in retrieving the sick persons' independency and self care. The fulfillment of this task is difficult, because during the last centuries, the healers/nurses took full responsibility of the other persons life, which strongly influences the present day's health care too. At the same time, it could be said that among the receivers of health care, the passive „sick” role is quite common, and the patients expect their healing to come from „outer” sources, like nursing. Because of that, nowadays nurses must help patients to become more conscious users of health care services.

The nurse becomes the sick person's or community's competent helper using his/her skills and abilities which he/she acquired during professional socialization. Beside objective knowledge and professional skills, the nurses' interpersonal competence is also a determining factor of the adequate role-fitting. The success of nursing activity is strongly defined by the success of interactions, because nurse-patient relationship's central role in nursing. The nurse acquires spontaneously some of the interactional skills he/she uses from everyday social relationships, but professional training has an important role in delivering such skills, by which the nurse could become a conscious person during interactions.

Counselling is a common method of the helping professions, therefore the nursing too. Studies on nurses' counselling came to the front during the last decade. These studies usually deal with the nurse/patient relationship, the methods and implementation of counselling, and the activity's effect and significance. The educational issues are another similarly common theme in counselling research. Despite of numerous studies on the topic, there are only few high-level evidences, which show what skills nurses use during counselling, how they acquire them and how could its adequacy be measured. Nevertheless studies on nurses' counselling are rare, despite the fact that the use of the activity is regulated by the Hungarian Law on Health's Act 98.

During our literature review, we had faced a lot of unanswered questions, which, according to our opinion, was caused by the fact, that the place and significance of nurses' counselling in the health care process is unclear. Several authors describe counselling as a method of client-centered nursing, but at the same time it is not clear, how or with which methods does a nurse carries on counselling. Some authors undertook studies on nurse-patient interactions, which frames the counselling conversation, but henceforward the effect of the persons' attitudes on the effectiveness of counselling is still questionable. The results point at the potential which counselling has, but – because of the various evidence-levels of studies – the evidence-based verification of its effect, therefore the integration into nursing education and health care is yet awaiting.

Aim of the study

The aim of our study was to analyze nurse's counseling, with special interest on the topic's educational relations. The whole study was executed in three steps.

The first step of our research was defining the conceptual frame of our further studies. We conducted a literature review to define the criterias, and to summarize the methods and skills necessary for effective counseling. This was implemented by a concept analysis of counseling, on the grounds of nursing literature between 1991 and 2006.

As second part of our work, an attitude study was done. Our aim was to analyse the counseling attitudes of student nurses and its level of client-centeredness. Furthermore, our goal was to study how counseling education with client-centered syllabus influences student nurses attitudes.

In the last part of our study, the aim was to examine the conversation-leading methods used by student nurses. We studied also how this conversation-leading skill fits the criterias of client-centeredness.

With integrating our results, our supreme aim was to optimize the educational methods of counseling, in the interest of student nurses effective participation in nurse-patient interactions.

Methods

Study step I

As study step 1, we did a concept analysis of counseling in nursing based on hungarian- and english-language nursing literature published between 1991 and 2006. This was done with the help of evolutionary analysis method created by Rodgers & Knafl. We reviewed EBSCO, Medline, CINAHL and Science Direct databases and the hard-copy database of University of Szeged and the Semmelweis University in Budapest. As keywords, we used MeSH terms „counseling AND nursing OR nurse” and „patient management”, and we considered relevant those results which contained at least one of the searchwords in their title or abstract. In the first phase of literature search, we identified 179 relevant articles according to the defined criterias. From the results, by reviewing the abstracts, we excluded sources dealing with the interaction of nurses with each other or other health care personnel, because our aim was to analyse the counselling between the nurse and the patient. According to Rodgers & Knafl, the pattern of the analysis must be at least 20 % of the reviewed literature and this amount should be defined with randomized methods. To our actual work, by using a randomized inclusion technique (with MS SPSS 11.0 software), we defined 20 % of the reviewed literature, so 36 articles were used all together.

Study step II

In the second part of our work, we examined the student nurses' client-centered attitudes which can be noticed during counseling sessions. The data was collected with the help of the Counseling Attitudes Scale (CAS), in a pretest-posttest design. The CAS is designed specially for nurses, and contains 20 statements in four determining dimensions of the counseling attitude: acceptance, claiming of independence, problem-solving support, and leading of conversation. The persons have to choose between 'yes', 'no' or 'I don't know' in every statement. During the analysis, we compared the answers with those which were given as right by the author of the questionnaire. Every right answer was rated with 2 points, ambiguous answers got 1 point, and incorrect ones were given 0.

Our study sample was third year, full- and part-time nursing students of University of Szeged's Faculty of Health Sciences and Social Studies, from semesters 2005/2006/2, 2006/2007/2., and 2007/2008/2. We set inclusion criterias as the sample persons must agree to participate in the study, and must accomplish a "Counseling in nursing" theoretical and practical course (15 contact hours each) as a part of the research process.

The data were collected two times. We asked the students to mark the sheets with an unique marking, which allowed us to compare the two questionnaires of the same person. During the questionnaire analysis, we excluded all the answers from semester 2005/2006/2, because the lack of markings. Therefore we performed the analysis based on the answers from semesters 2006/2007/2., and 2007/2008/2., which means 140 students, and 70 percent of the whole classes.

The data were processed with softwares MS Excel 2007, and SPSS 11.0. For data comparison, one sample T-test, two independent samples T-test, and Pearson's correlation were used.

Study step III

In the third part of our research, we conducted a qualitative, cross-sectional study to explore the student nurses' conversation-leading attitudes. The sample was selected with an opportunistic method, from the

third year – both full- and part-time – students of University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies’ Nursing School, from semester 2008/2009/2. We did our analysis based on 14 full-, and 41 part-time students’ answers, which means that 87,3 % of all third year nursing students participated in the study.

For data collection, the method “Trap-test” by Helembai was used. This test is basically a method of content analysis, by which the problematic aspects of the counseling conversation could be identified. During data collection, the participants must continue a scenario, which contains a conversation between the nurse and the patient.

For the data analysis, we triangulation of quantitative (frequencies, standard deviation, means) and qualitative (content analysis) methods were used.

Results

Study step I: Experiences of the evolutionary concept analysis of counseling in nursing

Attributes	Antecedents	Consequences
interaction	personal factors	Intrapersonal advantages
individualization	Assessment of personal values, beliefs and perceptions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarification of feelings, issues and life-world ▪ Provided hope and encouragement
orientation	Assessment of cultural differences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feeling of comfort
professional support		Changes in health status <ul style="list-style-type: none"> ▪ Changes in health behaviour ▪ Patient satisfaction, increasing knowledge and better decision-making ▪ Health enhancement

Table I: Elements of concept “counseling in nursing” (summary)

Our results show that the concept of “counseling in nursing” could be described with five attributes.

Interaction. Counseling is a special interaction between the nurse and the client, which is based on cooperation and through which there is a therapeutic communication between the personnels. From the point of clients, the significant elements of the process are the coordinated partnership between him- or herself and the counselling person, and a two-directional dialogue instead of a simple, one-way advice giving.

Individualization. During counselling, an interpersonal relationship develops between the client and the nurse, based on a professional helping method. The individual-centered helping that optimally can activate the person’s previous knowledge and skills of that certain area. The acceptance of the client, and the avoidance of sentencing are essential.

Orientation. Counselling is a goal-oriented activity, of which the aim is to provide help to the client according to his/her actual needs. The nurse reaches this aim with the help of client-centered or prescriptive methods depending on the actual situation. Counseling is a two-directional activity, since succesful help has a positive influence on the client’s condition, and noticing the result has an effect on the nurse, which can create the feeling of satisfaction and success.

Professional. In the relationship between the nurse and the client, the nurse’s professional training and competence have a great role in providing help with a maximal effect. One of the common points of every counseling activity is keeping the rules of the starting a relationship. Other significant skills of nurses are adequate reaction to the patient’s/client’s psychological readiness and timing, theoretical and empirical knowledge and the ability to be effective.

Support. During his counseling activity, the nurse helps each individual client considering his actual needs. “Counselling includes providing anticipatory guidance, emotional support, crisis intervention and assistance with decision-making”.

Antecedents of counseling in nursing

Personal factors. Individual counseling is based on the client's actual needs. The respect of each other, the nurse's positive attitude towards the client, empathy and showing interest in the patient's problems both have great influence on counseling. Besides, the client's actual mental and physical state greatly influences the option of methods and its working out. The main reasons for the client's decreased cooperation is the lack of knowledge, motivation and the disability of working out. If we recognise them early enough and we plan according to the result, the effectivity of counselling can be increased.

Assessment of personal values, beliefs and perceptions. The previous measurement of the client's personal views, qualities and the attitude toward counseling is an essential element of the individualized activity. The counseling based on an effective measurement can optimally activate the client's previous knowledge, thus improving inclusion in the common aims and a bigger success.

Assessment of cultural differences. The literature does not touch the question, but this aspect can gain a bigger attention because of the demographic tendencies and globalization. The cultural differences, with an effect on counselling, can be the subject of further examinations in the future.

Consequences of counseling in nursing

Intrapersonal advantages

Clarification of feelings, issues and life-world. Clarification can help the person to clarify his/her feelings, needs or various aspects of their life-world. If the client can express his/her emotions and fears about his/her problem, we can greatly contribute to the successful coping. In the best case scenario, he/she will also be better equipped to deal with similar types of problems or concerns in the future.

Provided hope and encouragement. The patient's hope and faith in the therapy and the successful curing are keywords of the result of the treatment.

Feeling of comfort. To be listened to, to be regarded with care, to be included in trust – even if only briefly – are counselling acts of comfort, and are enormous value to those seeking help.

Changes in health status:

Changes in health behaviour. The attitudes and the counseling of health personnel have great influence on patient's health behaviour. There is positive correlation between nurse's counselling and behaviour change needed to prevent or treat certain illnesses, such as smoking-related disorders or problems with alcohol consumption. There are evidences on increased coping as a result of nurses' counseling.

Patient satisfaction, increasing knowledge and better decision-making. The goal of counseling is to empower individuals to make fully informed choices regarding health care practices. If the client can take part in making decisions about his health, he can accept the common aims at a bigger rate, which means increased cooperation.

Health enhancement. The positive changes in the health status – based on the literature – could be changes in lifestyle; moderate weight loss in patients with hypertension, increased survival ratio of older adults with COPD after receiving smoking-related counselling, and decreased prevalence of postpartum emotional distress. There are also evidences that counseling is an important factor in improving quality of life for patients suffering from chronic diseases like epilepsy.

Study step II: Characteristics of student nurses' counseling attitudes

Dimension "Acceptance"

Correspondence	before	after
Part-time	1,167	1,308
Full time	1,252	1,384

Table 2: Scores of "acceptance" before and after the course (n=140)

The data collected before the counseling course show average level of dimension "acceptance". The score of full time students is higher than part-time respondents, but the difference is not statistically significant ($p=0,141$). After the course, we measured significantly increased level of the dimension in both

student groups (full time: $p=0,015$; part-time: $p=0,010$). The difference between the two subgroups was not significant ($p=0,187$).

Dimension “Need for independence”

correspondence	before	after
Part-time	<i>1,301</i>	<i>1,423</i>
Full time	<i>1,426</i>	<i>1,518</i>

Table 3: Scores of “need for independence” before and after the course (n=140)

In the first data collection, the scores of “need for independence” were slightly above average in both groups. The score of full time students was significantly higher than part-time students’ ($p=0,060$).

After education, the scores raised significantly both in full time ($p=0,053$), and part-time ($p=0,027$) student groups. The difference between the two groups was not significant ($p=0,209$).

Dimension “Support of problem solving”

correspondence	before	after
Part-time	<i>0,932</i>	<i>0,97</i>
Full time	<i>1,02</i>	<i>1,184</i>

Table 4: Scores of “support of problem solving” before and after the course (n=140)

On dimension “support of problem solving”, we measured average scores both before and after the counseling course. In the first data set, there was no significant difference between the subgroups ($p=0,315$). No significant difference was found in the part-time students’ answers when we analyzed the two data sets ($p=0,513$). The second score of full time students was found significantly higher ($p=0,012$) than before the education. There was also significant difference between the two subgroups after the course ($p=0,013$).

Dimension “Leading of conversation”

correspondence	before	after
Part-time	<i>1,041</i>	<i>1,068</i>

Table 5: Scores of “leading of conversation” dimension before and after the course (n=140)

When analyzing the data, average scores was found on this attitude dimension both before and after the counseling course, in both student groups. There was no significant difference between the two subgroups neither before ($p=0,976$), nor after the course ($p=0,868$). We had not found differences between the two data sets neither in part- ($p=0,592$), nor in full time ($p=0,836$) students’ answers.

Correlations

When analyzing our data as a whole, we found correlation between dimensions “need for independence” and “support of problem solving” (0,180 [$p=0,033$]), and “leading of conversation” (0,171 [$p= 0,043$]) before the course. There was significant correlation also between “support of problem solving” and “leading of conversation” dimensions (0,472 [$p=0,000$]).

During the second data collection, the correlation between “support of problem solving” and “leading of conversation” was still measurable (0,341 [$p=0,000$]), but no other significant correlation was found.

In the full time students’ answers, in the first data set, the correlation matrix between dimensions „need for independence” - „support of problem solving” - „leading of conversation” was found. (need for independence/support of problem solving: 0,320 ($p=0,012$); need for independence/ leading of conversation: 0,296 ($p= 0,021$); support of problem solving/ leading of conversation: 0,520 ($p=0,000$))

After the course, we found similar pattern in this subgroup like in the whole data. This was seen in the only significant correlation between „support of problem solving” and „leading of conversation” (0,409 [p=0,001]).

In the part-time student group, we measured statistically significant correlation between „support of problem solving” and „leading of conversation” dimensions (0,430 [p=0,000]) before the course.

During the analysis of the second data set, the correlation between „support of problem solving” and „leading of conversation” was still measurable (0,273 [p=0,015]). Correlations between “acceptance” and “support of problem solving” (0,250 [p=0,026]), and “acceptance” and “leading of conversation” (0,284 [p=0,011]) was also found.

Study step III: Trends of counseling conversation

Distribution of all statements

As the first step of the analysis, we examined the distribution of all statements in the scenarios. Table 6 shows the summary of the results.

Role in the interaction	Number of statements	Number of sentences	Sentence/ statement rate	Rate of statements in relation to the whole number	Rate of sentences in relation to the whole number
Nurse	260	357	1.37	0.51	0.56
Patient	248	283	1.14	0.49	0.44
All	508	640		1	1
Nurse/patient ratio	1.048	1.26			

Table 6: Characteristics of all statements in the whole sample (N=55)

When analyzing the number of statements, it can be seen that the “nurse” and the “patient” have similar score; but the number of sentences intimate significant nurse dominance. The results show that during similar number of conversational occasions, the nurses transmitted significantly more sentences than patients, which can be seen in the differences of the two sentence/statements rates. This nurse’s dominant role in the interactions is also proved by the discrepancy in the nurse/patient ratio of sentences (nurse/patient=1: 1.26). This means the nurses “talked” more than patients, even if they had similar number of occasions.

Contents of statements

With the help of the content analysis of the statements, it can be noticed how the “nurse” orientates the “patient”, based on which element he/she emphasizes from the whole conversation. The summary about the statistics of the content analysis can be found in table 7.

Type of content	Role		
	nurse	patient	all
cognitive	196	82	278
affective	47	142	189
cognitive/ affective ratio	4.17	0.58	
all contents	243	224	

Table 7: Contents of statements from all conversations (N=55)

It can be seen in the summary, that the nurses used in their “own” role more cognitive elements, while in the “patient” role they used mostly affective contents. When analyzing all contents, the dominance of cognitive elements is noticeable.

During the analysis of the statements, we created five categories based on their topics they concerned:

- Patient him/herself
- Other persons (family member, other patient or health personnel, like doctor, physiotherapist)
- environment (room, ward, home)
- object (nursing instrument, diagnostic results)
- nurse him/herself

Based on our results, the nurses recognized the importance of the patient’s cooperation, but in some cases they used incorrect strategies to its promotion. In the conversations, when the patient expressed an affective content, in most cases they reacted with a cognitive content, which means they neglected the other persons wish of communication.

The content analysis also showed that whilst the nurses positioned themselves as “keepers of the knowledge” (cognitive dominance), they described patients as persons with lack of knowledge, who communicate by using affective contents in most cases.

Our results show that nurses use paternalistic approach when interacting with the patients, by which they positioning them in a passive, sick role.

Nurses’ conversation-leading style

The conversation strategies used by nurses basically determine the patient’s level of cooperation. This strategies can be rarely seen as separate, but in real life nursing scenarios, a sort of combination of them are used. When analyzing the written scenarios, we used technique names both in separate and combination for markings. For description, we used only separate types as clusters, to unburden the statistical analysis. These results are shown in table 8.

Patient-leading style	Subgroups		all
	Full time (N ¹ =14)	Part-time (N ² =41)	
cooperative	36	111	147
restrictive	33	77	110
aggressive	20	52	72
indifferent	1	7	8
powerless	0	5	5

Table 8: Patient-leading styles of nurses (N=55)

Based on our results, it can be said that all students use cooperation as most common patient leading technique. Restrictive and aggressive types were also significant, whilst the indifferent and powerless style were rare.

During the previous analyses of study step III, we had not found significant differences between the two subgroups, but the examination of the patient-leading techniques showed some discrepancy. In the part-time students’ answers, the styles could be seen similarly as in the cumulative answers of the two groups. This can be seen in the dominance of the cooperative technique. In the scenarios written by full time students, cooperative and restrictive styles were seen in similar rates, furthermore the number of indifferent-type statements were minimal, and there was no sign of powerless communication at all.

Our results show that student nurses use cooperation and restriction as most common patient-leading techniques, and the restrictive element is as strong as the cooperative part in the interaction. In some cases, the conversations were dominated by nurses, caused the patient to have a passive role, which is against the principles of client-centeredness.

Characteristics of the patient group

The examination of the “patients” statements involves a possibility to size up how the nurses see the patients during the interaction. As the first step, we analyzed the patients attitude characteristic with statistical methods, as seen in table.

Patient attitude	subgroup		
	Full time	Part time	all
adequate	13	70	83
aversion	41	88	129
adient	0	24	24

Table 9: Patient characteristics in the scenarios (N=55)

The results show that the most common patient description in both student groups was aversive (either indifferent, negative or derogatory). This tendency is apparent especially in the full time students’ answers, where the number of this characteristic is three times higher as the other ones. In the scenarios written by part-time students, the number of adequate and the aversive descriptions are nearly equal, with slight dominance of the aversive characteristic. The results also show that full time students have not used the adient (where the patient is afraid or insistent) description when they typified the patient, but part-time students used this characteristic in 15 percentage of all scenarios.

Conclusions

The changes of the last 10-15 years in the health care enriched the concept of counseling with new meanings. According to our analysis, nurses’ counseling is a professional, individualized form of nursing care, which aim is to support the patient’s own problem-solving and to expand his/her resources. This means that counseling is not a task or activity what a nurse performs at certain moments of his/her job, but a process from the beginning to the end of nursing care which basically influences the patients’ medical attendance.

The results of our researches showed that the principle of client-centeredness is not realized entirely during the interactions of the everyday nursing practice. The student nurses are aware of the importance of client-centeredness, but the elements of the stance are not stable, whereof the nursing education have to respond. The stances in relation to the traditional way of nursing change slowly, because they are not supported by the task-centered nursing practice, which is the main form of today’s care. Because the role of the education is to prepare to students to provide care which is appropriate for the patient’s needs, it is seen essential to emphasize the client-centeredness during the whole process of the nursing education. Our analysis assigned some elements of the stance which needs to be developed, and also the direction for further development. According to our results, the attitudes could be influenced by educational methods.

Effective implementation of counselling also requires the change of nursing approaches. The obsolete, paternalistic approach, which could be seen in today’s nursing methods, should be replaced by an individualized care, which is based on the patient’s autonomy and partnership to meet the new needs of health care. The first step of this change should be taken by nursing education, with the integration of the new knowledge and methods. Therefore counselling is necessary part of the higher nursing education’s curricula, because its practical adaptation could be the base of providing appropriate nursing care. Integration of new methods requires high level evidences, which create the theoretical base of a new educational program.

Based on our results, the model of optimization of counselling education could be seen in figure 1.

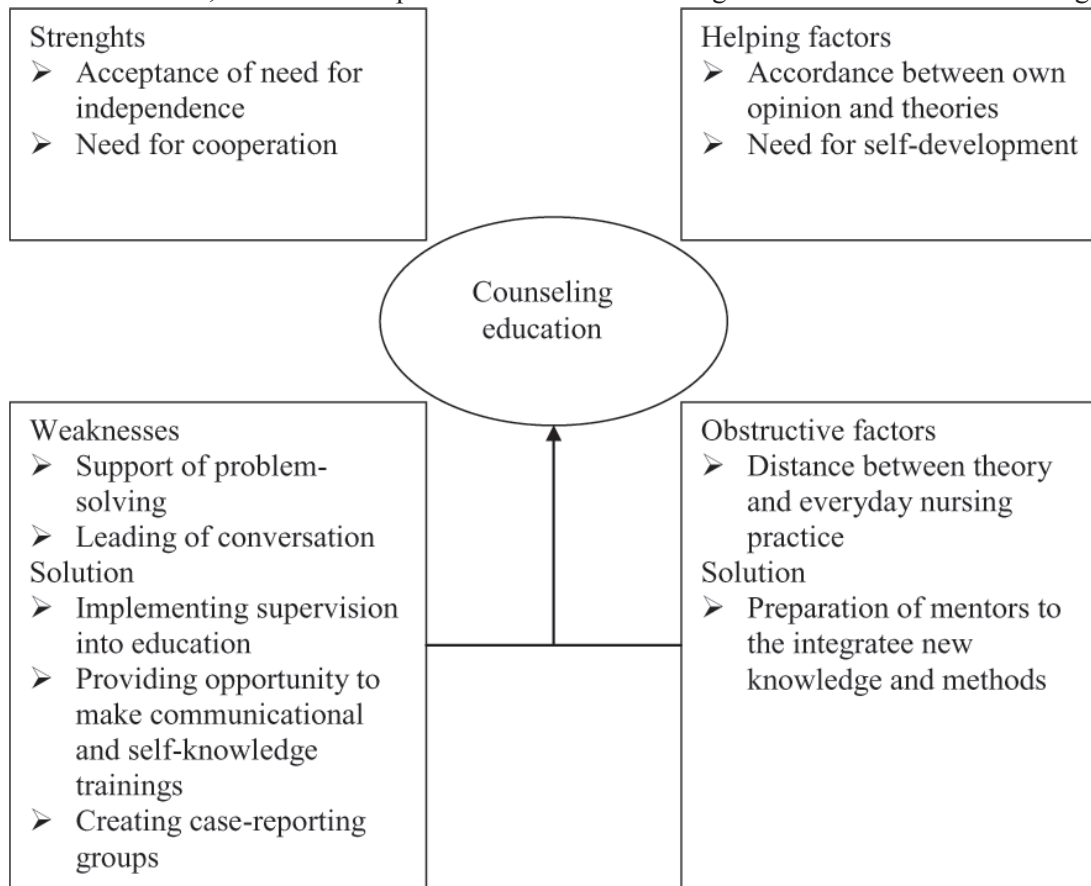


Figure 1: Possibilities of optimization of counselling education

According to our results related to counseling attitude, the nurses identified the importance of patient’s acceptance and empowering their independence, which was contributed by the high demand of cooperation. These factors form the base of planning counseling education. The positive attributes are affirmed by the accordance between the student own opinion about nursing and theories, and also the commitment on professional development.

Our research showed some weaknesses, to which the education have to react, such as the ambiguity of the support of problem solving, or low level of using the possibilities of nurse-patient interaction. Beside the aimed counseling education, another possible method of the development of the interpersonal skills is supervision. Through supervision, theoretical and practical elements of knowledge can be integrated with psychological and communicational aspects of nursing care. The linking of different contents provides a possibility to educate in a holistic way, which is the basic of the acquirement of nursing methods acting on the patients’ needs. The problems of conversation-leading could be resolved with group-trainings about communication and self-knowledge. Creating case-reporting groups linked to the field practices could help identifying the characteristics of nurses’ attitudes and communication, which also has potential to professional development.

When interpreting our data, we identified the distance between theory and everyday nursing practice as obstructive factor, which renders the interiorization of theoretical knowledge more difficult. This distance could be narrowed by using the potentials of field practices. Creating case-reporting groups, or practice-based supervision offers the possibility of integrating experiences to the students’ knowledge-base.

Our results also show some topics of possible future researches. Beside our results about some attributes of counseling, there are only a small number of studies on analyzing nurses communication and on creating methods of its relevant analysis. The evidences of the implementation of counseling could only made with analyzing ‘real’ nursing situations. This, completed by researches among patients, could help us to provide accurate, high quality and up-to-date nursing care.

Bibliography

Publications related to dissertation

Articles

1. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** Characteristics of student nurses' attitudes towards counselling: a descriptive study. *New Med*, 13(4):61-65.
2. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** The Personality Background of BSc Student Nurses' Assertiveness in Hungary. *New Med*, 13(1):2-6.
3. **Papp L., Erdősi E., Helembai K.:** A tanácsadói attitűd vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*, 2009, 22 (4):3-10. [Examination of student nurses' counseling attitude – in hungarian]
4. **Papp L., Nagy, E., Erdősi, E., Helembai, K.:** Az ápoló-beteg interakciók jelentősége a betegellátásban. *IME – Az egészségügyi vezetők lapja*, 8(10):38-41. [The importance of nurse-patient interactions in health care – in Hungarian. Accepted for publication.]
5. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*, 2009, 22 (4):19-23. [Measuring the psychovegetative and emotional balance among nursing students – in hungarian]
6. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** Az ápolóhallgatók empátia- és aszertivitátszintjének jellemzői. *Nővér*, 2009, 22 (2):3-13. [Characteristics of student nurses' empathy and assertiveness levels. – in hungarian]
7. **Erdősi E., Papp L., Helembai K.:** Az aszertív magatartás jellemzői az ápolásban *Acta Sana*, 2009, 4(1):20-27. [Characteristics of assertive attitude in nursing – in hungarian]
8. **Papp L., Helembai K.:** Complements to the examination of counselling in nursing: an evolutionary concept analysis. *Acta Sana*, 2007, 2(2):21-30.
9. **Papp L.:** Egészségfejlesztés a neurológiában. In Papp L.: *Neurológiai szakápolástan*. Juhász Gyula kiadó, Szeged, 2007: 119-125. [Health promotion in neurology – in hungarian]

Oral Presentations

1. **Papp, L., Helembai K.:** Characteristics of student nurses' attitudes towards counselling: a descriptive study. (European Doctoral Conference in Nursing Studies, 2009, Graz)
2. **Papp, L., Helembai K.:** Nurses' counseling strategies (EANS Summer School 2008, Dublin City University, Dublin)
3. **Papp, L., Erdősi E., Helembai K.:** Counselling in nursing: an evolutionary concept analysis (IVth Pursuing Excellence on Global Health Conference, 2007, Savonlinna)
4. **Papp, L., Helembai K.:** Counselling strategies of nurses: methods of measuring and improving the skills (EANS Summer School 2007, York)
5. **Papp, L., Erdősi E., Helembai K.:** Utilizing a survey on nurses' counseling attitudes as a training strategy (Nemzetközi Ápoláskutatási Konferencia, 2007, Budapest)
6. **Papp, L., Helembai K.:** Patient management in nursing care (EANS Summer School 2006, Maastricht)
7. **Papp, L.:** Az interakciók jellemzői és jelentőségük az ápoló-beteg kapcsolatban (előadás, MTA SZAB Ápolástudományi Munkabizottsága, Szeged) (Characteristics and importance of interaction in nurse-patient relationship – in hungarian)
8. **Papp, L., Helembai K.:** Tanácsadás az ápolásban: Evolúciós elméleten alapuló fogalomelemzés 1991-2006 közötti szakirodalom alapján (előadás, Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók VIII. Országos Kongresszusa, 2007, Pécs) (Counselling in nursing – evolutionary concept analysis – in hungarian)
9. **Papp L., Helembai K.:** Tanácsadás az ápolásban: a fogalom elemzése 1991-2006 közötti szakirodalom alapján (Simmelweis PhD Napok, 2007, Budapest) (Counselling

in nursing – analysis of the concept)

10. Papp L.: Végül, de nem utolsósorban – A betegvezetés jelentősége az ápolásban (előadás, SZTE EFK Tudományos Nap, 2005, Szeged) (Last but not least – The importance of patient management in nursing – in hungarian)

11. Papp L.: Az egészségügyi személyzet társas hatékonysága a pszichiátria gyakorlatában (SZTE EFK Kari Tudományos Nap, 2005, Szeged) (Social effectiveness of health care members in psychiatric care – in hungarian)

12. Papp L.: Ápolói kommunikációs stratégiák – Az egészségügyi személyzet társas hatékonysága (MTA SZAB, Ápolástudományi Munkabizottság ülése, 2004, Szeged) (Communication strategies of nurses – Effectiveness of nursing staff – in hungarian)

Publications not related to dissertation

1. Papp L.: Neurológiai szakápolástan. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2007. ISBN: 978 963 7356 73 5 [Neurology nursing – in hungarian]

2. Raskovicsné Csernus M., Papp L.: Az ápoló szerepe a krónikus sebek gondozásában Nővér, 20(6):14-20. [The role of nursing in chronic wound care – in hungarian]

3. Papp L.: Ápolás hivatástudatból – Az ápolás és az orvoslás történetének összefüggésében Acta Sana. 2006, 1(1):19-26. [Sense of professionalism in nursing – in hungarian]

4. Papp L.: A pszichiátriai ápolók lelki egészségvédelme. Szemelvények az Ápolástudomány Köréből II. kötet, Szeged, 2003:115-126. [Mental health promotion of psychiatric nurses – in hungarian]

5. Papp L., Tyuroski M.: Betegelégedettségi vizsgálatok rehabilitációs osztályon. Rehabilitáció, 2001, 11(4):16-19. [Patient satisfaction in rehabilitation ward – in hungarian]

Oral presentations

1. Papp L.: Health Care System in Hungary (EANS Summer School, 2006, Maastricht)

2. Papp L.: Új módszerek az ápolás kutatásában hollandiai tapasztalatok alapján (SZTE EFK Tudományos Nap, 2006, Szeged) (New methods in nursing research – in hungarian)

3. Papp L.: A pszichiátriai ápolók lelki egészségvédelme (Diplomás Ápolók IV. Országos Találkozója, 2003, Budapest) (Mental health promotion of psychiatric nurses – in hungarian)

Tanácsadás az ápolásban: Ápolóhallgatók tanácsadói kompetenciájának vizsgálata

(Doktori tézis)

Dr. Papp László

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola
e-mail: papp@etszk.u-szeged.hu

Bevezetés

Az ápolás – meghatározása szerinti – feladata az egészséges vagy beteg ember segítése azon tevékenységeinek elvégzésében, amelyek hozzájárulnak egészségéhez, gyógyulásához vagy békés halálához, és amelyeket segítség nélkül önmaga is elvégezne, ha lenne hozzá kellő ereje, akarata, tudása. Az ápolónak a betegek/kliensek ápolása során olyan ismeret- és készségfedezetre van szüksége, amely alkalmas a betegek/kliensek felmerülő problémáinak kezelésére. Ezeket a készségeket az ápolónak úgy kell használnia, hogy azzal hozzájáruljon a beteg egyének függetlenségének visszaszerzéséhez, az elérhető maximális öngondoskodás visszaállításához. A feladat végrehajtását nehezíti, hogy az elmúlt évszázadok során a gyógyítók/ápolók szemléletében a mások életéért teljes felelősséget vállaló, maximális kiszolgálásra törekvő szerep képzete alakult ki, amelynek tevékenységet befolyásoló hatása a jelenben is erősen érzékelhető. Ugyanakkor az is elmondható, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők körében is gyakori a passzív viszonyulás, amely során a betegek elsődlegesen „külső” erőktől várják el állapotuk javítását. Napjainkban ezért az ápolóknak megkülönböztetett figyelmet kell fordítaniuk szereppartnereikre annak érdekében, hogy azok az egészségügyi szolgáltatás tudatosabb használóivá válhassanak.

Az ápoló – hivatása gyakorlásakor – a szakmai szocializáció során elsajátított készségei, képességei alapján válik a beteg vagy közösség kompetens segítőjévé. A szerepnek való megfelelésben az objektív tudáson és a szakmai készségeken túl az ápoló interperszonális kompetenciája is meghatározó tényező. Mivel az ápolás középpontjában az ápoló – beteg/kliens kapcsolat áll, ezért az ápolási tevékenység eredményességét nagymértékben befolyásolja az interakciók sikeressége. Az ápoló – beteg/kliens kölcsönhatás során használt készségek egy részét az ápoló spontán módon, társadalmi kapcsolatainak gyakorlása során sajátítja el, azonban a szakmai képzésnek lényeges szerepe van abban, hogy a hivatás művelője tanulmányai folyamán szert tegyen olyan képességekre, melyek használatával az interakciók tudatos szereplőjévé válik.

A segítő foglalkozásoknak, így az ápolásnak is gyakran alkalmazott eszköze a tanácsadás, amelynek kutatása az elmúlt évtizedben egyre inkább előtérbe került. Az ápolók által végzett tanácsadással kapcsolatos kutatások leggyakrabban az ápoló/beteg kapcsolatra, az alkalmazható módszerekre és a tanácsadás kivitelezésére, a tevékenység hatásaira és jelentőségére terjednek ki. Hasonlóan gyakran vizsgált terület a tanácsadás ápolóhallgatók számára történő oktatásának kérdése is. Az ápolói tanácsadással foglalkozó szakembereknek azonban a számos vizsgálat ellenére sem állnak rendelkezésre olyan megbízható bizonyítékok, amelyek egyértelműen megmutatják, hogy az ápolók milyen készségeket használnak a tevékenység gyakorlása során, hogyan sajátítják el ezeket, és milyen módszerekkel lehet mérni az általuk végzett tanácsadás megfelelőségét. Mindemellett hazánkban kuriózumnak tekinthetők az ápolói tanácsadással kapcsolatos kutatások annak ellenére, hogy a tevékenység végzését törvény írja elő.

Forráselemző munkánk során számos megválaszolatlan kérdéssel szembesültünk, amelynek oka véleményünk szerint az, hogy a tanácsadásnak, mint ápolói tevékenységnek az egészségügyi ellátásban betöltött szerepe és jelentősége nem tisztázott. Több szerző is megemlíti, hogy a tanácsadás a kliensközponturn ápolás módszere, ugyanakkor nem világos, hogy az ápoló hogyan, milyen keretek között és milyen módszerek alkalmazásával folytat tanácsadói tevékenységet. A tanácsadói beszélgetésnek keretet adó ápoló-beteg interakciók vizsgálatára számos szerző vállalkozott, azonban továbbra is kérdéses a kölcsönhatás szereplőinél megfigyelhető magatartásformáknak a tanácsadás hatékonyságára gyakorolt hatása. A jelenleg felderíthető eredmények rámutatnak a tanácsadásban rejlő lehetőségekre, azonban – mivel a

kutatások változatos evidenciaszintet képviselnek – a hatások evidenciákon alapuló bizonyítása, majd az ápolóképzésbe és az egészségügyi ellátásba történő integrálása még várat magára.

Célkitűzések

Kutatásunk célja az ápolók által végzett tanácsadás vizsgálata volt, különös tekintettel a téma oktatási vetületeire. Az ápolói tanácsadással kapcsolatos kutatásainkat három szakaszban végeztük el.

Tanulmányunk első lépcsőjeként végzett elemzésünk célja további kutatásaink fogalmi kereteinek meghatározása volt. Kiindulási pontunk a rendelkezésre álló szakirodalom áttekintése alapján az ápolói tanácsadás kritériumainak definiálása, valamint az eredményes kivitelezéshez szükséges módszerek és eszköztár áttekintése volt. Ezt az ápolói tanácsadás-fogalom elemzésével kívántuk megvalósítani, amelyet 1991 és 2006 közötti szakirodalom alapján végeztünk el.

Kutatásunk második szakaszában célunk az ápolók tanácsadói attitűdjének, valamint az ápolóhallgatók kliensközpontú beállítódásának vizsgálata volt. További célunk volt annak elemzése, az előzetes eredmények alapján kialakított tematikájú, kliensközpontú tanácsadás-oktatás milyen mértékben képes befolyásolni a hallgatók tanácsadói attitűdjének meghatározott elemeit.

Kutatásunk utolsó szakaszában célunk az ápolóhallgatók beszélgetésvezetési jellegzetességeinek felmérése volt. További célunk volt annak elemzése, hogy a beszélgetésvezetés milyen mértékben felel meg a kliensközpontú ellátás kritériumainak.

Eredményeink integrálása segítségével kutatásunk végső célja a tanácsadás-oktatás eredményei alapján a szakmai képzés optimalizálása, annak érdekében, hogy a hivatás gyakorlói szakmai tevékenységük gyakorlása során hatékonyan tudjanak részt venni az ápoló-beteg interakciókban.

Módszerek

I. Kutatási szakasz

Kutatásunk első fázisában a tanácsadás fogalmának elemzését végeztük el, az 1991 és 2006 közötti, magyar és angol nyelvű szakirodalom alapján. Ehhez a Rodgers és Knafl által kidolgozott, evolúciós elméleten alapuló fogalomelemzési módszert alkalmaztuk. Az irodalom felkutatásához az EBSCO, Medline, CINAHL és Science Direct elektronikus forrásgyűjteményeket, valamint a Szegedi Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem könyvtárának adatbázisát tekintettük át. Kulcsszavakként a tanácsadás, betegvezetés, illetve a „counseling AND nursing OR nurse” és a „patient management” kifejezéseket határoztuk meg, és azokat a találatokat tekintettük relevánsnak, amelyek címükben vagy absztraktjukban tartalmazzák a keresőkifejezések valamelyikét. Az irodalomkutatás első fázisában 179 forrást azonosítottunk. A kapott találatokból az absztraktok áttekintése segítségével kiszűrtük azokat a forrásokat, amelyek az ápolók egymás közötti, vagy más egészségügyi személyekkel való interakcióit tárgyalták, mivel a vizsgálat célja az ápoló és a kliens között lezajló folyamat elemzése volt. Rodgers & Knafl módszertani ajánlását figyelembe véve, aktuális munkánkhoz véletlenszerű kiválasztási technika alkalmazásával meghatároztuk a szakirodalom 20 %-át, így összesen 36 cikk került felhasználásra.

II. Kutatási szakasz

Kutatásunk második szakaszában a hallgatók tanácsadás során megfigyelhető kliensközpontú beállítódását mértük fel. Az adatgyűjtés Tanácsadói Attitűd Skála (TAS) segítségével, pretest-posttest módszer alkalmazásával történt. A TAS speciálisan ápolók számára készült mérőeszköz, amely 20, az attitűd négy meghatározó dimenziójára (elfogadás, önállóság igénylése, problémamegoldás támogatása, beszélgetés vezetése) vonatkozó, eldöntendő jellegű állítást tartalmaz. A skála válaszlehetőségei: 'igen' (egyetért), '??' (nem tudja eldönteni) és 'nem' (nem ért egyet). A kérdőívek áttekintése során a kitöltők válaszait összehasonlítottuk a kérdőív szerkesztője által megadott helyes válaszokkal. Minden helyes választ 2 ponttal, a bizonytalan válaszokat 1 ponttal, a helytelen válaszokat 0 ponttal értékeltünk.

Mintánkat az SZTE ETSZK ápoló szakán, a 2005/2006/2, a 2006/2007/2., valamint a 2007/2008/2. félévekben tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, nappali és levelező tagozatos hallgatók alkották. Beválasztási kritériumaként meghatároztuk, hogy a mintát alkotó személyeknek bele kell egyezniük a vizsgálatban való részvételbe; valamint a kutatási folyamat részeként teljesíteniük kell a „Tanácsadás az ápolásban” elméleti és gyakorlati kurzust (15-15 kontakt-órán).

Az attitűdskála felvételére két alkalommal került sor. A kitöltőktől a kérdőív azonosítására alkalmas kódjel feltüntetését kértük, amely lehetővé tette a kurzus előtt és után kitöltött kérdőívek eredményeinek összehasonlítását. A kérdőívek vizsgálata során a 2005/2006-ban megkérdezettek első és második lekérdezése nem volt egyértelműen azonosítható, ezért elemzésünket csak a 2006/2007/2., és 2007/2008/2. szemeszterekben válaszoló, összesen 140 személy válasza alapján végeztük el, amely az évfolyamok teljes létszámának 70 %-a.

A dataink feldolgozása matematikai statisztikai módszerek alkalmazásával, MS Excel 2007, valamint SPSS 11.0 programcsomagok segítségével történt. A kapott adatok általános jellemzésére gyakorisági- és szórásmutatókat, varianciaanalízist, a különböző időpontban felvett adatok összefüggés-vizsgálatára egy-mintás és kétmintás T-próbát és korrelációelemzést használtunk.

III. Kutatási szakasz

Kutatásunk harmadik szakaszában kvalitatív, keresztmetszeti jellegű vizsgálatot végeztünk. Kutatásunk mintáját lehetőségfüggő módszerrel választottuk ki, az SZTE ETSZK ápoló szakán, a 2008/2009. tanév II. szemeszterében tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, nappali és levelező tagozatos hallgatók köréből. Elemzésünket 14 nappali és 41 levelező tagozatos hallgató válasza alapján végeztük el, mely 87,3 % -os kitöltési aránynak felel meg a teljes évfolyamot tekintve.

Elemzésünk során a Helembai által kidolgozott „Csapdakeresés” módszerét használtuk. A „csapdakeresés” lényegében egy tartomelemzési módszer, amelynek segítségével a tanácsadói beszélgetés jellegzetességei, és az interakció során előforduló leggyakoribb problémák azonosíthatóak. A módszer lényege, hogy a válaszolóknak egy történetet kell folytatniuk, amely az ápoló és a beteg közötti párbeszédet írja le egy előre megadott szituációban.

Az elemzés során, adataink vizsgálatára kvantitatív jellegű, leíró statisztikai módszerek (gyakoriság, szórás, átlag), valamint kvalitatív, tartomelemzési módszerek kombinációját használtuk.

Eredmények

I. szakasz: Az ápolói tanácsadás-fogalom elemzésének tapasztalatai

Fogalmi összetevők (attribútumok)	Előfeltételek	Hatások és következmények
Interakcionalitás	Személyes tényezők	Személyen belüli előnyök <ul style="list-style-type: none"> ▪ Érzések, kétségek tisztázása ▪ Remény és biztonságérzet növekedése ▪ Komfortérzés növekedése
Individualizáltság	Értérendszer, hit és a világról alkotott nézetek figyelembe vétele	Egészségi állapot változásai <ul style="list-style-type: none"> ▪ Egészségmagatartás változása ▪ Compliance és döntésképesség növekedése, elégedettség az ellátással ▪ Egészségnyereség
Orientáltság	Kulturális különbségek felmérése	
Professzionális		
Segítségnyújtás		

1. sz. táblázat: Az ápolói tanácsadás fogalmának összetevői (összefoglalás)

Vizsgálatunk alapján az ápolói tanácsadás fogalmát öt összetevő segítségével lehet leírni.

Interakcionalitás. A betegvezetés az ápoló és a kliens között létrejövő, együttműködésen alapuló speciális interakció, amely során a résztvevők között terápiás kommunikáció zajlik. A folyamat lényeges elemei a kliensek szempontjából az egyenrangú partneri viszony önmaga és a betegvezetést végző személy között, és a kétirányú párbeszéd alkalmazása a direkt, egyoldalú tanácsadás helyett.

Individualizáltság. A betegvezetés folyamán az ápoló és a kliens között egy professzionális segítségnyújtási formán alapuló személyek közötti kapcsolat jön létre. A segítségnyújtás személyre szabottsága aktiválhatja a kliens korábbi ismereteit és készségeit az érintett témával kapcsolatban. A kliens feltétel nélküli elfogadása és az ítékezés kerülése elengedhetetlen az individualizált betegvezetés szempontjából.

Segítségnyújtás. Betegvezetési tevékenysége során az ápoló személyre szabott segítséget nyújt a kliensnek annak aktuális szükségletei alapján. A tanácsadás feladata beteg vezetése, érzelmi támogatás, krízisintervenció és segítségnyújtás a döntéshozás terén.

Professzionális. Az ápoló és a kliens között létrejövő kapcsolatban nagy szerepet játszik az ápoló szakmai felkészültsége és kompetenciája a segítségnyújtás maximális hatékonyságú biztosítására. Minden betegvezetési tevékenység egyik közös alapja a professzionális kapcsolatteremtés szabályainak betartása. Hasonlóan lényeges ápolói készség a páciens aktuális lelkiállapotának megfelelő reagálás és időzítés, az elméleti és gyakorlati tudás, valamint a hatékony munkavégzés képessége.

Orientáltság. A betegvezetés cél-orientált tevékenység, melynek célja a kliens szükségleteinek megfelelő segítség biztosítása. Ezt az ápoló az adott helyzettől függően alkalmazott módszerek segítségével éri el. A tanácsadás kétirányú tevékenység, mivel a sikeres segítségnyújtás egyrészt a kliens állapotára pozitív hatással van, másrészt az eredmény észlelése visszahat az ápolóra, és az elégedettség és siker érzését alakítja ki.

A tanácsadás előfeltételei

Személyes tényezők. A tanácsadás a kliens aktuális szükségletein alapul. A tevékenységet befolyásoló személyes tényező a kölcsönös bizalom, a pozitív ápolói hozzáállás, az empátia és az érdeklődés kifejezése a páciens problémái iránt. A kliens aktuális mentális és fizikális állapota jelentős mértékben befolyásolja a választható módszerek körét és az érdemi kivitelezést. A kliensek csökkent együttműködésének főbb okai többek között az ismeretek hiánya, a nem megfelelő motiváció és a kivitelezés képtelensége, amelyek korai felmérésével és az eredménynek megfelelő tervezéssel a tanácsadás hatékonysága növelhető.

Értérendszer, hit és a világról alkotott nézetek figyelembe vétele. A kliens személyes értékrendjének, felfogásának és a tanácsadás tárgyához való hozzáállás előzetes felmérése az individualizált tevékenységek lényeges eleme. A tanácsadás optimális esetben aktiválhatja a kliens korábbi ismereteit, ezáltal elősegítve a közös célokba való bevonódást és a nagyobb eredményességet.

Kulturális különbségek felmérése. Az áttekintett szakirodalom nem érinti a kérdést, de a demográfiai tendenciák és a globalizáció miatt nagyobb figyelmet kaphat, és jövőbeni kutatások tárgya lehet a kulturális különbségek betegvezetést befolyásoló hatása.

A tanácsadás hatásai

Személyen belüli, pszichológiai előnyök:

Érzések, kétségek tisztázása. A kliens problémával kapcsolatos érzéseinek és félelmeinek megfogalmazása hozzájárul az eredményes megküzdéshez. A megküzdési technikák problémamegoldási eszköztárba történő beépülése esetén a beteg hasonló gondolatok és problémák esetén a jövőben is alkalmazni tudja az elsajátított stratégiákat.

Remény és biztonságérzet növekedése. A betegek reménye és hite az alkalmazott terápia és a gyógyulás sikerességében kulcskérdés a kezelés eredményesség szemponyjából.

Komfortérzés növekedése. A meghallgatás, a törődés és a bizalommal teli légkör hozzájárul létre a tanácsadás során kialakuló komfortérzést, amelynek fontossága felbecsülhetetlen a segítséget kérő személy számára.

Az egészségi állapotot pozitívan befolyásoló hatások:

Egészségmagatartás változása. Az egészségügyi személyzet magatartásformái és alkalmazott tanácsadási módszerei jelentősen befolyásolják a betegek egészségmagatartását. Az ápolók által végzett betegvezetési tevékenység és konkrét betegségek (dohányzással, alkoholfogyasztással összefüggő problémák) megelőzése, illetve kezelése között a szakirodalom pozitív korrelációt ír le. A betegséggel való megküzdés (coping) ápolói tanácsadás hatására bekövetkező növekedését több kutatás is bizonyította.

Compliance és döntésképeség, valamint az ellátással kapcsolatos elégedettség növekedése. A tanácsadás célja, hogy biztosítsa az egyén számára annak lehetőségét, hogy teljes megértésen alapuló döntéseket hozzon az egészségével kapcsolatos kérdésekben. Amennyiben a kliens részt tud venni az egészségét érintő döntések meghozásában, nagyobb mértékben tud azonosulni a közös célokkal, ezáltal az együttműködésének foka is nő.

Egészségnyereség. A kliensek egészségi állapotában, tanácsadás hatására jelentkező pozitív változások lehetnek életmódbeli változások; testsúlycsökkenés magas vérnyomás-betegségben szenvedők körében; idős, krónikus obstruktív tüdőbetegségben szenvedő betegek növekvő túlélése; a szülés utáni depresszió prevalenciájának csökkenése, valamint szorongáscsökkenés. Az ápolói tanácsadás szerepet játszik a krónikus betegségekben szenvedők életminőségének növelésében.

II. szakasz: Ápolóhallgatók tanácsadói attitűdjének jellemzői
 'Elfogadás' dimenzió

tagozat	Kurzus előtt	Kurzus után
levelező	1,167	1,308
nappali	1,252	1,384

2. sz. táblázat: 'Elfogadás' értékei a kurzus előtt és után (n=140)

A kurzus előtt végrehajtott mérésünk az 'elfogadás' átlagos mértékét mutatta mintánkban. A nappali tagozatos hallgatók score-ja magasabb értéket jelez, azonban a tagozatok közötti különbség nem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,141$).

A kurzus után mindkét tagozat esetén az 'elfogadás' szignifikáns emelkedését mértük (nappali tagozat: $p=0,015$; levelező tagozat: $p=0,010$). A két tagozat között szignifikáns különbséget ezúttal sem mértünk ($p=0,187$).

'Önállóság igénylése' dimenzió

tagozat	Kurzus előtt	Kurzus után
levelező	1,301	1,423
nappali	1,426	1,518

3 sz. táblázat: 'Önállóság igénylése' TAS score-ok a kurzus előtt és után (n=140)

Első adatfelvételünk során a 'önállóság igénylése' dimenzió csekély mértékben átlag feletti értékeit mértük mindkét tagozat esetén. A nappali tagozatos válaszolók score-ja szignifikánsan magasabb, mint a levelező tagozatos hallgatók válaszártéke ($p=0,060$).

A kurzus után a score-ok szignifikáns emelkedését mértük mind a nappali ($p=0,053$), mind a levelező ($p=0,027$) tagozatos válaszadók esetén. A két tagozat score-ja közötti eltérés nem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,209$).

'Problémamegoldás támogatása' dimenzió

tagozat	Kurzus előtt	Kurzus után
levelező	0,932	0,97
nappali	1,02	1,184

4. sz. táblázat: 'Problémamegoldás támogatása' TAS score-ok a kurzus előtt és után (n=140)

A 'problémamegoldás támogatása' dimenzió mintánkban a kurzus előtt és után is átlagos értékeket mértünk. Az első adatfelvétel során az alsóportok score-ja nem mutattak szignifikáns eltérést ($p=0,315$). A levelező tagozatos hallgatók kurzus előtt és után mért válaszártékei közötti eltérés szintén nem volt szignifikáns ($p=0,513$). A nappali tagozatos válaszolók különböző időpontban mért score-ja közötti eltérés szignifikánsnak bizonyult ($p=0,012$), és hasonlóan jelentős különbséget mértünk második adatfelvételünk alkalmával a két alsóport között ($p=0,013$).

tagozat	Kurzus előtt	Kurzus után
levelező	1,041	1,068
nappali	1,043	1,056

5. sz. táblázat: 'Beszélgetés vezetése' TAS score-ok a kurzus előtt és után (n=140)

A dimenzió a kurzus előtt és után, mintánk mindkét alcsoportjában átlagos értékeket észleltünk. A két alcsoport válaszártékei között sem a kurzus előtt ($p=0,976$), sem a kurzus után ($p=0,868$) nem észleltünk szignifikáns különbséget. Ugyancsak nem volt statisztikailag jelentős eltérés a két mérési időpontban sem a levelező tagozatos hallgatók score-jaiban ($p=0,592$), sem a nappali tagozatnál mért értékekben ($p=0,836$).

Összefüggés-vizsgálat

Mintánk egészét elemezve, a vizsgálat előtt korrelációt mértünk az „önállóság igénylése” és a „problémamegoldás támogatása” (0,180 [$p=0,033$]), valamint a „beszélgetés vezetése” (0,171 [$p=0,043$]), továbbá a „problémamegoldás támogatása” és a „beszélgetés vezetése” dimenziók között. (0,472 [$p=0,000$]) A második adatfelvétel időpontjában a „problémamegoldás támogatása” és a „beszélgetés vezetése” elemek közötti összefüggés változatlanul mérhető volt (0,341 [$p=0,000$]), míg a többi összetevő között nem volt kimutatható korreláció.

A nappali tagozatos hallgatók válaszaiban, az első adatfelvétel idején az „önállóság igénylése” - „problémamegoldás támogatása” - „beszélgetés vezetése” összefüggésrendszer – hasonlóan a teljes mintához – látható volt. (Önállóság igénylése/problémamegoldás támogatása: 0,320 ($p=0,012$); önállóság igénylése/beszélgetés vezetése: 0,296 ($p=0,021$); problémamegoldás támogatása/beszélgetés vezetése: 0,520 ($p=0,000$)).

A kurzus után szintén a teljes mintában tapasztaltakhoz hasonló eredmények voltak mérhetőek, amit a „problémamegoldás támogatása”-„beszélgetés vezetése” közötti összefüggés (0,409 [$p=0,001$]) bizonyítja.

A levelező tagozatos részmintában, a kurzus előtt szignifikáns összefüggést mértünk a „problémamegoldás támogatása” és „beszélgetés vezetése” (0,430 [$p=0,000$]) dimenziók között.

A második adatfelvétel során a „problémamegoldás támogatása” és „beszélgetés vezetése” korreláció (0,273 [$p=0,015$]) változatlanul kimutatható volt. Az elemzés azonban az „elfogadás” és a „problémamegoldás támogatása” (0,250 [$p=0,026$]), valamint az „elfogadás” és „beszélgetés vezetése” (0,284 [$p=0,011$]) dimenziók között is statisztikailag jelentősnek minősülő összefüggést mutatott.

III. szakasz: A tanácsadói beszélgetés-vezetés trendjei

Az összes közlések megoszlása

Elemzésünk első lépéseként megvizsgáltuk a közlések megoszlását az interakció szereplői között a megkérdezettek által leírt történetekben. Az eredményt a 6. sz. táblázatban foglaltuk össze.

Interakció szereplője	közlések száma	mondatok száma	mondat / közlés arány	közlések aránya a teljes közlésszámhoz viszonyítva	mondatok száma a teljes mondatokszámhoz viszonyítva
ápoló	260	357	1.37	0.51	0.56
beteg	248	283	1.14	0.49	0.44
összesen	508	640		1	1
ápoló/beteg arány	1.048	1.26			

6. táblázat: Összes közlés statisztikai jellemzői a mintában (N=55)

A közlések számának vizsgálatakor látható, hogy az ápoló és a „beteg” közel azonos arányban jutottak szóhoz; azonban a ténylegesen közölt mondatok számának elemzése már jelentős ápolói dominanciát sejtet. Eredményeink alapján, a közel azonos számú közlések során az ápolók jelentősen több tartalmat közöltek szereppartnerükénél, ami a mondat/közlés arány eltérésében jelenik meg. Az interakciók ápolói dominánságát támasztja alá a mondatok arányában jelentkező diszkrépancia (beteg: ápoló=1: 1.26), amely szerint az ápolók összességében jóval többet beszéltek, mint a „betegek”, valamint az egyes alcsoportok tagjai által közölt mondatoknak a teljes mondatszámhoz viszonyított aránya is.

A közlések tartalmi jellege

Az elemzés alapjául szolgáló párbeszédekben megjelenő kognitív és affektív közléstartalmak vizsgálatával megfigyelhető, hogy az ápoló milyen tartalmakat emel ki a beteg által elmondottakból, azaz merre orientálja „betegét”. A beszélgetések tartalmi jellegét érintő elemzésünket matematikai szempontból a 7. sz. táblázatban összegeztük.

Tartalom jellege	Interakció szereplője		Összesen
	Ápoló	Beteg	
kognitív	196	82	278
érzelmi	47	142	189
kognitív/érzelmi tartalom aránya	4.17	0.58	
összes tartalom	243	224	

7. sz. táblázat: A közlések tartalmi jellege (N=55)

Az összefoglalóban látható, hogy a párbeszédekben az ápolók saját szerepükben elsősorban kognitív, míg a beteg szerepében inkább érzelmi tartalmakat használtak. Az eredményekből kitűnik, hogy a közvetített tartalmakat összegezve a kognitív összetevők túlsúlyban vannak.

A párbeszédekben azonosítható tartalmi körök elemzése során megvizsgáltuk a szereplők által közölteket, és azokat az tartalmuk alapján öt kategóriába soroltuk:

- a beteg személye
- más személy (hozzátartozó, betegtársak, más egészségügyi személyzet, pl. orvos, gyógytornász)
- környezet (kórterem, betegellátó osztály, otthon)
- tárgy (pl. ápolást segítő eszköz, vizsgálati eredmények)
- a segítő (ápoló) személye

Elemzésünk alapján az ápolók helyesen ismerték fel a betegek együttműködésének szükségességét, azonban nem minden esetben használtak megfelelő stratégiákat annak előmozdítására. A párbeszédekben megfigyelhető volt, hogy az ápolók a beteg érzelmi jellegű közléseire is a leggyakrabban valamilyen kognitív tartalommal reagáltak, ezáltal figyelmen kívül hagyva a másik által kívánt kommunikációs irányt.

A tartalomelemzés azt is megmutatta, hogy míg az ápolók saját szerepüket elsődlegesen a „tudás” birtokosaként határozták meg (kognitív dominancia), addig a beteget a saját állapotáról való ismeretek hiánya és a közlések érzelmi túlsúlya mentén jellemezték.

A fenti példák és eredményeink leíró statisztikai elemzése is arra utalnak, hogy a megkérdezettek elsősorban paternalisztikus felfogásban kommunikálnak a betegekkel, ezáltal azokat passzív, az ellátást be- és elfogadó szerepbe helyezve.

Az ápolók betegvezetési stílusa a párbeszéd alapján

Az ápolók által alkalmazott betegvezetési stratégia alapvetően meghatározza a beteg ellátásban való közreműködését. A betegvezetési stílusok ritkán jelennek meg önállóan, a valós helyzetet leginkább a stílusok valamilyen kombinációja közelíti meg. A párbeszéd elemzésekor, a minél inkább valóság-hű leírást szem előtt tartva, a stílusok kombinációit is használtuk jelölésként, amennyiben a közölt tartalom ezt megkívánta. A leíró statisztika elkészítésénél a stíluskombinációkat elemeikre bontva jelöltük, és az elemzés megkönnyítése végett csak „tisztá” kategóriákat használtunk. Az interakciók alapján végzett elemzésünket a 8. sz. táblázatban foglaltuk össze.

Betegvezetési stílus	tagozat		összesen
	Nappali (N ¹ =14)	Levelező (N ² =41)	
kooperatív	36	111	147
restriktív	33	77	110
agresszív	20	52	72
indifferens	1	7	8
inerciás	0	5	5

8. sz. táblázat: Az ápolók betegvezetési stílusa tagozatonkénti megoszlásban (N=55)

Az adatok alapján kijelenthető, hogy a válaszolók, tagozattól függetlenül leggyakrabban kooperatív vezetési stratégiát alkalmaztak. A párbeszédekben jelentős volt még a restriktív és az agresszív stílusok aránya, míg az indifferens és inerciás stílusok csak csekély mértékben voltak azonosíthatók.

Míg az elemzés korábbi, közlések számát és tartalmi jellegét érintő részében a két tagozat válaszai között nem volt jelentős különbség, a vezetési stílusok vizsgálata rávilágított néhány eltérésre. A levelező tagozatos hallgatók válaszaiban az összesített eredményt jobban leképező arányban jelentek meg a különféle vezetési stílusok, amit a kooperatív stílus más elemekkel szembeni dominanciája is alátámaszt. A nappali tagozatos hallgatók által leírt párbeszédekben ezzel szemben a kooperatív és a restriktív stílus közel azonos arányban szerepelt, továbbá az indifferens elemek minimálisan, az inerciás jegyek pedig egyáltalán nem jelentek meg az eredményekben.

Eredményeink alapján, a mintát alkotó ápolók leggyakrabban a kooperatív és restriktív betegvezetési módszert alkalmazzák, amelyben a korlátozó elem is hasonlóan jelentős, mint az együttműködés igénye. Egyes esetekben, a párbeszédekben egyértelmű ápolói dominancia jelent meg, a beteg pedig az ellátás passzív befogadója volt, amely felfogás ellentétes a kliensközpontúság elveivel.

A betegcsoport viselkedési jellemzői a párbeszédekben

A vizsgált párbeszédekben, a „beteg” részéről megfogalmazott közlések vizsgálata lehetőséget ad arra, hogy képet alkossunk arról, hogy a mintát alkotó ápolók hogyan látják a beteget a kapcsolat során. A viselkedési jellemzőket érintő elemzésünk első lépéseként a párbeszéd leíró statisztikai módszerekkel megjeleníthető elemeit tekintettük át, amelyet a 9. sz. táblázat foglal össze.

Viselkedési jellemző	Válaszolók tagozat szerint		összesen
	Nappali	Levelező	
adekvát	13	70	83
averzív	41	88	129
adiens	0	24	24

9. sz. táblázat: A betegek viselkedési jellemzői a párbeszéd alapján tagozatonkénti bontásban (N=55)

Az eredményekből kitűnik, hogy a válaszolók mindkét csoportja leggyakrabban averzív (betegség iránt közömbös, tagadó vagy bagatellizáló) viselkedési jellemzőkkel látta el a párbeszédekben szereplő „beteget”. Ez a tendencia különösen a nappali tagozatos hallgatók eredményeiben látszik, ahol az averzív jellegzetességekként azonosítható elemek több, mint háromszoros arányban jelennek meg a többi lehetőséggel szemben. A levelező tagozatos hallgatók által leírt párbeszédekben az averzív és az adekvát (reális) viselkedési jellemzők közel azonos számban szerepelnek, de az averzív elemek dominanciája – kisebb mértékben – itt is látható. A vizsgálat eredményeiből az szintén látszik, hogy a nappali tagozatos hallgatók adiens (fokozottan féltő vagy ragaszkodó) viselkedési mintát egyáltalán nem építettek be a leírt

betegkarakterbe, míg a levelező tagozatos válaszadók párbeszédeiben ez a jellegzetesség közel 15 %-os arányban volt azonosítható.

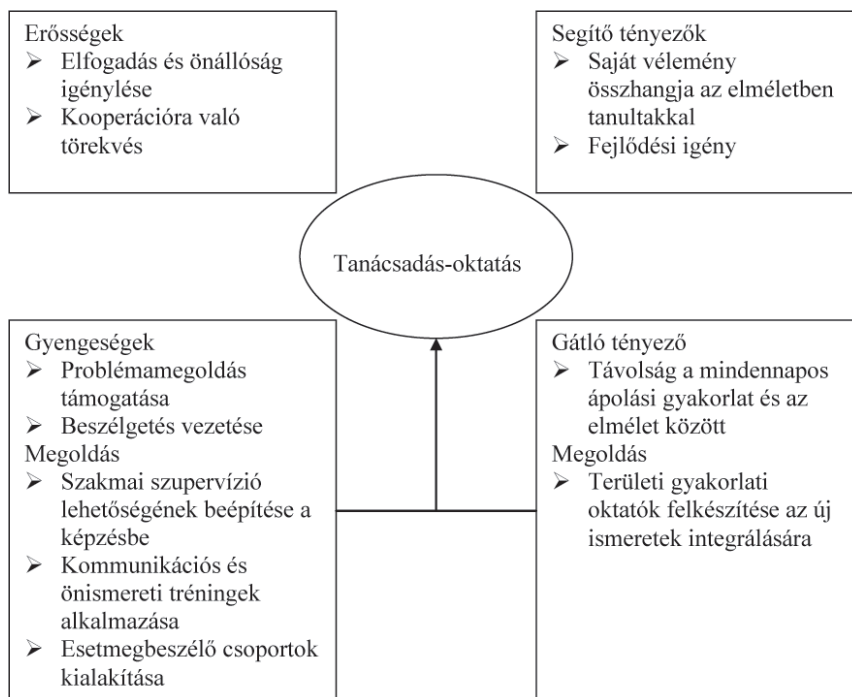
Következtetések

A tanácsadás-fogalom az egészségügyi ellátás fejlődésének következtében az elmúlt 10-15 évben újabb jelentésekkel gazdagodott. Eredményeink alapján az ápolói tanácsadás professzionális alapokon nyugvó, individualizált ápolói tevékenységet jelöl, amelynek célja a beteg problémamegoldásának támogatása és rendelkezésre álló erőforrásainak fejlesztése. A meghatározás értelmében a betegvezetés és a tanácsadás nem csak az ellátás adott pillanataiban – problémák jelentkezése esetén – megvalósuló tevékenységek, hanem az ápoló munkájában folyamatosan jelen lévő, az ápolási folyamat megvalósítását alapvetően befolyásoló eljárások.

Vizsgálatunk rámutatott arra, hogy a válaszadók alapvetően tisztában vannak a kliensközpontú megközelítés fontosságával, azonban a beállítódás elemei nem stabilak, amelyre a szakmai képzésnek is reagálnia kell. A tradicionális ápolással összefüggő beállítódások csak hosszabb idő alatt képesek változásra, amelyet a jelenlegi, feladatközpontú ápolási gyakorlat nem támogat. Mivel az oktatás feladata az ápolóhallgatók felkészítése a betegek igényeinek megfelelő ellátás nyújtására, szükségesnek tartjuk a kliensközpontúság hangsúlyozását a teljes képzési idő alatt. Elemzésünk kijelölte a beállítódás fejlesztésének néhány területét és a továbblépés potenciális irányait. Eredményeink alapján célzott edukációs módszerek alkalmazásával az attitűd befolyásolható, amelyet a második adatfelvételünk során mért magasabb válaszártékek is alátámasztanak.

A betegvezetés/tanácsadás hatékony kivitelezése az ápolók részéről is szemléletváltást kíván meg. Az idejétmúlt, de napjaink ellátásában még mindig gyakran azonosítható feladatközpontú, paternalisztikus ellátást individualizált, partnerségen és a beteg autonómiáján alapuló ápolásnak kell felváltania, hogy meg tudjon felelni az új kihívásoknak. A változás folyamatában az első lépést az oktatásnak kell megtennie, az új ismeretek és munkamódszerek tananyagba történő integrálásával. A tanácsadási/betegvezetési ismeretek a felsőfokú ápolóképzés elengedhetetlen részei, mivel alkalmazásuk teremti meg a lehetőséget a beteg igényein és szükségletein alapuló ellátás megvalósítására. Az új tudástartalmak integrálásának előfeltétele az ismeretekre vonatkozó, magas szintű evidenciák jelenléte, amelyek alapján magas színvonalú, az igényeknek megfelelő oktatási program hozható létre.

Eredményeink alapján, a tanácsadás-oktatás optimalizálásának modelljét a 1. sz. ábra foglalja össze.



1. sz. ábra: A tanácsadás-oktatás optimalizálásnak lehetőségei

Tanácsadói attitűddel kapcsolatos eredményeink szerint a megkérdezettek azonosították a beteg elfogadására és önállóságának fejlesztésére irányuló törekvés fontosságát, amelyhez hozzájárult a beszélgetésvezetés elemzése során felderített magas szintű együttműködési igény. Ezek az elemek jelzik a tanácsadás-oktatás tervezésének kiindulópontjait. A pozitív elemeket erősíti meg továbbá az ápolásról alkotott kép és az elméletben tanultak közötti összhang, valamint a szakmai fejlődés iránti elkötelezettség.

Vizsgálatunk rámutatott néhány olyan gyengeségre, amelyre az oktatásnak reagálnia szükséges, mint a beteg problémamegoldása támogatásának bizonytalansága, valamint az ápoló-beteg kommunikációs kapcsolatban rejlő lehetőségek kihasználatlansága. Az optimalizálás lehetséges terepe a szakmai szupervízió, amely során az egyes szakterületekhez kapcsolódó elméleti és gyakorlati ismeretek, valamint az ápoláslélektani és kommunikációs tartalmak integrálhatóak. A különböző képzési tartalmak összekapcsolása véleményünk szerint lehetőséget teremt a holisztikus ellátás oktatására, ami megalapozza a betegek elvárásaihoz igazodó ápolási/betegvezetési módszerek elsajátítását. A beszélgetésvezetés bizonytalanságai feloldhatók kiscsoportos gyakorlatok formájában szervezett kommunikációs és önismereti tréningek alkalmazásával. A területi gyakorlatokhoz kapcsolódó esetmegbeszélő kiscsoportok létrehozásával az ápoló magatartásának és kommunikációjának jellemzői, és betegre gyakorolt hatásainak feltárása ugyancsak magában hordozza a fejlődés lehetőségét.

Eredményeink értelmezése során a fejlődést gátló tényezőként azonosítottuk a mindennapos ápolási gyakorlat és elmélet közötti távolságot, ami az elméletben tanultak interiorizálásának nehézségét eredményezi. A távolság csökkentésének lehetséges terepe a területi gyakorlatokban rejlő lehetőségek kihasználása. Az esetmegbeszélő csoportok létrehozása, vagy az aktuális területi gyakorlaton alapuló szakmai szupervízió ezen a téren is kínálja az élményközeli integráció előnyeinek beépítését a jelöltek tudásrendszerébe.

Munkánk során feltárt eredményeink néhány további kutatási irányt is kijelölnek. Az általunk vizsgált tanácsadási összetevők mellett többek között kevés azoknak a kutatásoknak a száma, amelyek az ápolók kommunikációjának elemzésére, valamint a feltárást segítő módszerek kidolgozására vállalkoznak. A tanácsadás tényleges alkalmazására vonatkozó bizonyítékok csak valós ápolási helyzetek elemzésével válnak elérhetővé, amelyeket a betegek bevonására is kiterjesztett kutatások tehetnek teljesebbé a korunk kihívásainak is megfelelő, magas színvonalú ápolás fejlődésének elősegítése érdekében.

Measuring nursing competence with special regard to practical placement

(Doctoral theses)

Ibolya Tulkán

Semmelweis University
 Doctoral School of Pathological Sciences
 e-mail: tulkan@etszk.u-szeged.hu

Introduction

The strategic aim of the European Union is to develop into the most dynamic, competitive, knowledge-based area in the world by 2010. One of the keys to these initiatives is education, training together with the development of competences and strengthening the connection between economy and training. The competence-based approach puts greater emphasis on the effectiveness of nursing education, during which both the educational institution and the healthcare institution where the practical placement is performed have a decisive role.

Part of the studies suggest that the newly-graduates have adequate competences while others support that they lack clinical practical skills. Several governmental and professional organizations have called upon healthcare institutions to cooperate in order to improve practical training. In Hungary the concept of competence is not accurately defined in nursing, so there is no consent on what competency consists of. Literature in Hungary on nursing competence and its measurement is very poor, there are no comprehensive research results in this field.

There seem to be gaps between the preparation for competences offered by the educational institutions and the expectations of education by the healthcare institutions. 50-70% of the total number of lessons in the 4-year BSc education is practical training, a part of which takes place in healthcare institutions where real experience can be gained. The European practice shows that the higher educational institutions have only limited control over learning in clinical setting. It is a root of further problems that Hungarian nursing practice is fighting against a lot of problems, which endangers the quality of practical training due to the close relationship between education and practical training. The Hungarian research in healthcare still cannot cope with the challenge arising in the daily practice.

Objectives

Working as a nursing educator in higher education, my experiences regarding the efficiency of practical placements, my colleagues' and the students' feedback, as well as the surveyed literature urged me to study what competences can be practised in Hungarian nursing and what problems are reported by the students concerning the efficiency of practical training and the cooperation of educational and healthcare institutions.

The **aims** of my study which is – as far as I know – unprecedented in Hungary are the following:

- to prove that Hungarian nursing practice offers similar possibilities to practice nursing competences as in Europe
- to support with objective data what competence domains should be developed and strengthened during training
- to prove that the international questionnaire is applicable to measure last-year undergraduate nursing students' competences as well
- to support the fact with data that the educational and healthcare institutions need to cooperate and I suggested some possible ways
- to reveal the factors that influence the efficiency of practical placements and the assessment of a student's practical skills.
- to contribute with data to the development of theoretical and practical education of the training institutions.

Subject of study and methods

The sample group consisted of students of 3 training institutions at 6 training sites. Selection of samples was carried out by random sampling, using a multi-step method. At first stage the training institutions, at second stage students graduated in 2007, and under-graduate students graduating in 2008 were selected. By involving the students graduated in 2007, my aim was to get to know the opinion of the participants on the labour market while by involving the students graduating in 2008 I wanted to reveal the experiences of those taking part in the training, concerning the types of competences that can be practiced in nursing.

- On the basis of the sources in the scientific literature **two questionnaires were elaborated** and used (Questionnaire I and II).

- **Questionnaire I consisted of 3 parts. Its first part** (later I/1.) was the official translation of EHTAN NCQ, which reflects the competences required in the European nursing practice at present, hence it can serve as a base of international comparison for the assessment of the competence of nurses graduated from Hungarian higher educational institutions taking part in nursing training. The EHTAN NCQ (European Healthcare Training and Accreditation Network Nurse Competence Questionnaire) focuses on 8 competence-domains (care delivery, professional and ethical practice, communication, teamworking, health promotion, personal and professional development, assessment, research and development). The frequency of performing each of the listed competences had to be rated on a four point scale (where never = 1, occasionally = 2, usually = 3, always = 4). The **second part** of the first questionnaire (later I/2.) included mostly demographic questions, as well as 11 close questions, which assessed previous work experience. The 34 statements in the **third part** of the questionnaire aimed to reveal the role of nurse training in higher education during the preparation for competences, especially to reveal the students' experiences regarding practical nurse training. Each statement was ranked on a 5-point Lykert scale (0= do not agree at all; 1= do not agree; 2= uncertain; 3= agree; 4= totally agree). The total sample of study involved N= 458 students (N = 123 students graduated in 2007 and N = 335 undergraduate students graduating in 2008; 17,2% regular, 82,7% correspondent students).

- **Questionnaire II consisted of three parts**; its aim was to reveal the practical skills and the factors influencing their assessment among undergraduate students graduating in 2008 from ETSZK SZTE (N= 94 students; 29 regular, 65 correspondent students). The questionnaires were completed during the 7th and 8th terms of the 2007/2008 academic year after each (8 different) practical placement. The reason why Questionnaire II was completed only by undergraduate students graduating in 2008 from Szeged University is that there are differences between the training institutions concerning the site, period and documents used for assessment so comparison of the training sites was not possible.

- **The first part of questionnaire II** (later II/1.) aimed to reveal the assessment of the complex competence-items, the **second part** (later II/2.) focused on the skill level of the activities the students had to acquire during the practical placement. The items of II/1. and II/2. were based on the practical reports developed by the staff of the Department of Nursing at ETSZK SZTE. The **third part** (later II/3.) consisted of 21 close questions, which were partly of demographic nature, partly they aimed to reveal the factors connected with the practical skill level.

I studied the so called problematic tasks which cannot be performed by the students after completing the placements, I specified the average practical skill level concerning the particular tasks, and I studied what factors influence the assessment of practical skill level.

Recording and analysis of data in both cases were performed by SPSS for Windows 15.0, statistical program package using describing statistical methods. Kruskal-Wallis test, Friedman-probe and ANOVA-test were used to measure the relationship between variables.

Results

Questionnaire I.: Assessment of competence domains and practical placement

I/1. Assessment of competence domains

1. Comparison of self-assessment of competence-domains by training site

I used the Friedman probe to compare the averages relating to competence-domains. Between the self-assessment of the studied competence-domains a significant difference was indicated. ($p=,000$) Care delivery was rated the highest among the competence-domains. Assessment and research and development received the lowest means. Kruskal-Wallis test was applied to prove that the estimation of competence

self-assessment do not differ significantly between the training sites – due to the level of measurement of the variables and adjustment to the international methodology. As for the 2007 students there was no significant difference between the training sites, while for the 2008 students the assessment of research and development domain was significantly different. ($p=,013$)

2. Comparison of self-assessment of competence-domains by types of training

If we compare the competence self-assessment of all the regular students graduated in 2007 and 2008 with that of all the correspondent students, the Kruskal-Wallis test can prove that the regular students ranked the assessment domain significantly higher. ($p=,036$)

3. Relation of self-assessment of competence-domains with the working period

In accordance with the international literature, no significant correlation can be shown between working period in healthcare and/or social working area and the means of competence self-assessment.

4. Self-assessment of competence - domains depending on the study achievement

With the help of Kruskal-Wallis test a significant correlation could be indicated between the competence self-assessment and the estimation of study achievement. The poorer the students estimated their study achievement, the lower they ranked the personal and professional development ($p=,003$), professional and ethical practice ($p=,001$), research and development ($p=,002$) and teamworking ($p=,021$) domains. It needs further study to reveal why the assessment of the the above mentioned competence-domains are concerned.

5. Self-assessment of competence-domains by students employed as nurses

In order to be able to compare my study results with those of the international EHTAN project (nurses participating in the project were employed in surgical and general medical units), I paid special attention to the competence self-assessment of students working as nurses (nurses, middle-manager nurses together). The Kruskal-Wallis test did not prove significant difference in any aspects for the students employed as nurses (training sites, 2007 and 2008 regular and correspondent students), i.e. the conclusions valid for the total sample were valid for the sample of students employed as nurses.

6. Self-assessment of competence - domains by positions and units

My aim by comparing the students employed as nurses with those not employed as nurses (do not work; do not work as nurses) was to support that the EHTAN NCQ is applicable to measure undergraduate nursing students' competences as well. On the one hand, I compared students employed as nurses to those who are not employed as nurses. On the other hand, students employed as nurses were compared to those working in other positions. Thirdly, competence self-assessment of nurses working at general medical and surgical units were compared to that of students employed as nurses as well as to the total sample. The Kruskal-Wallis test was performed for each analysing aspect and it could indicate significant difference only in the care delivery domain ($p=,000$).

7. Comparison of study results in Hungary with international results

The results of the Hungarian study and the international results have in common, that competence-domains of teamworking, professional and ethical practice, communication and care delivery are ranked among the first, the research and development competence-domain is the last in the rank. The communication, professional and ethical practice and teamworking competence-domains – although in the Hungarian rank professional and ethical practice is the second, communication is the third and teamworking is the fourth in the rank – fall behind the means of competence of the countries participating in the EHTAN project.

1/3. Students' experiences regarding practical training

The Friedman-probe performed to compare the participants' averages regarding the 34 statements showed a significant difference ($p=,000$) between the answers given to the particular statements. At the top and at the bottom of the rank both the 2007 and the 2008 students put the same statements. This fact calls our attention to the lack of balance between theoretical and practical training, the careful selection of training sites that meet the requirements of training objectives, the insufficient period and assessment of practical placements. The participants consider important the responsible mentor's control, their involvement in the process of planning the educational program and the assessment of practical placement.

Questionnaire II aimed to reveal the students' practical skill following 8 practical placements, and to recognize factors influencing the assessment of their practical skills. The results show that following each practical placement – depending on the practical setting – the students had so called problematic tasks that they could not perform by themselves after completing the placement (depending on the practical tasks between 4%-56,52%). The ANOVA-test proved the significant role of 4 factors among the factors influencing the assessment of practical skill level:

- practical requirements considered to be reasonable,
- supervision of students during practical placement,
- the supporting atmosphere at the unit where the placement takes place, resulted a significantly better assessment of the practical skill.
- General assessment of practical placement had a reverse influence on the self-assessment of practical skill.

The answers given to the **open questions to Questionnaire I and II** support these data, and indicate the problems relating to the structural background, process and efficiency of practical placements. **Conclusions** In my study I surveyed the majority of the literature on Hungarian nurse competence and I found there is no integrated competence definition in nursing, which needs urgent discussion. The EHTAN Nurse Competence Questionnaire proved to be suitable to verify – according to last-year undergraduate nursing students and graduates working on the labour market – that the nursing process is not expected to be used as a working method and the practice of research and development competences is not required either. Strengthening these competence-domains by using student-centered educational methods is inevitable. I proved that the development of communication, professional and ethical practice as well as teamworking competence-domains is urgent in order to keep up with the international practice. I supported with data that the EHTAN Nurse Competence Questionnaire is applicable to measure last-year undergraduate nursing students' competences as well. I demonstrated with data that shortening the distance between theoretical and practical training is a need for both the students still taking part in the training and those who have already left training. In order to make practical placement efficient, it is necessary to have a supporting atmosphere during the practical placement and the constant supervision of mentors who emphasize the independence of students, as well as their involvement in the planning of the educational process and in the assessment of students. In order to measure the competences accurately, it is necessary to develop the documents used to assess practical placements to set real standards. To clarify the cause of opposing tendencies between the general view on practical placement and the self-assessment of practical skills needs further research.

New findings of the study

The literature survey on nursing competence and practical placement is gapfilling.

By the Hungarian and international comparison of the results of measuring nurse competences, the educational process and the professional requirements can be coordinated, and the nursing practice in Hungary can be compared to the international practice.

The EHTAN NCQ is applicable to measure last-year nursing students' competences right before graduation as well.

By revealing the experiences of the students taking part in the training and those working on the labour market concerning practical training I can provide data for the efficient improvement of professional training.

Bibliography

Publications relating to dissertation

1. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.** (2009) A területi gyakorlatok hallgatói értékelése. *Nővér*, 22, 3:3-16.
2. **Tulkán I., Erdősi E., Pogány M., Helembai K.** (2009) Hungarian Nurses' and Nurse Graduates Competences in International Context. *New Medicine*, 13, 3:70-74.
3. **Tulkán I.** (2009) Az ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra, *Acta Sana*, 4, 2:47-52.
4. **Gábor K., Tulkán I., Helembai K., Csanádiné, Szöginé Unginé Kántor K.** (2008) 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*, 14, 4:329-334.
5. **Helembai K., Tulkán I., Gábor K., Bársonyné, Csanádiné, Szöginé, Unginé Kántor K., Tóth I.** (2006) Az osztályvezető ápolók kompetenciájának felmérése. *Nővér*, 19, 6: 24-30.
6. **A. Bársony, J. Csanádi, K. Gábor, K. Helembai, S. Szögi, I. Tóth, I. Tulkán, K. Ungi, D. I. Csernus** (2004) Recommendations 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.** (2000) A nővér helye, szerepe, lehetőségei az alapellátásban oktatási szemszögből. *Medicus Univer-salis*, 33, 4:257-259.
8. **Gábor K., Csanádiné, Helembai K., Szöginé, Tulkán I., Unginé Kántor K.** (2002) Leonardo da Vinci program az ápolásért. *Orvosi Hetilap*, 143:1941-45.
9. **Erdősi E., Tulkán I., Papp L., Nagy E., Helembai K.** (2009) Az ápolóhallgatók empátia és aszertivitás szint-jének jellemzői. *Nővér*, 22, 2:3-12.
10. **Erdősi E., Papp L., Tulkán I., Helembai K.** (2009) A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápoló hallgatók körében. *Nővér*, 22, 4: 19-23.

Other publications

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 menedzselése. „Team-munka az alapellátásban”. 6. Workshop. British Council – SZOTE Népegészségtani 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.**(1996) Az ápolóképzés súlypontjai a holland és angol ápolási tapasztalatok tükrében. *Nővér*, 9, 1:9.
10. **Tulkán I.** In: Bokor N. ed.: Általános ápolástan és gondozástan. Elmélet és gyakorlat. Medicina Könyvkiadó Zrt.(ISBN 978 963 226 238 3) 2009:121-156.

Összefoglalás

Az ápolók képzését jelentősen befolyásolják az Európai Unió stratégiai döntései, a munkaerőpiac, valamint a hallgatók igényei. Az elvárásoknak jobban megfelelő képzések megvalósításának egyik lehetséges útja a kompetencia szemléletű oktatás, mely nagyobb hangsúlyt fektet a felkészítés hatékonyságára, a képzőintézmény és a területi gyakorlatot biztosító egészségügyi intézmény együttműködésére. A kompetencia fogalma tisztázatlan a hazai ápolási gyakorlatban, így nincs konszenzus abban sem, hogy a különböző szintű végzettséggel rendelkező ápolói munkakörökben mi az elvárt kompetencia. Bár az akadémiai fokozattal rendelkező ápolókra vonatkozó képzési és kimeneti követelmények tartalma megfelel a nemzetközi ajánlásoknak, hiányoznak a nemzetközi összevetésre alkalmas adatok a területi gyakorlatok hatékonyságára vonatkozóan. Kutatásomban az EHTAN NCQ alkalmazásával azonosítani kívántam a vizsgálatban résztvevők, – ezen keresztül az ápolói gyakorlat – fontosnak, ill. kevésbé fontosnak értékelt kompetencia területeit, valamint a felsőoktatásban folyó ápolóképzés területi gyakorlati oktatásra vonatkozó problémáit. A vizsgált 8 kompetencia-terület önértékelésére vonatkozó nemzetközi eredményekben az első négy helyen szerepel a team-munka, a szakmai és etikai gyakorlat, a kommunikáció és az ápolási ellátás nyújtása kompetencia terület, míg utolsó helyre került a kutatás és fejlesztés. A hazai vizsgálat eredményei hasonlóak az első négy kompetencia terület vonatkozásában, de a sorrend eltérő. Az ápolási ellátás nyújtása itt az első helyen áll, a kutatás és fejlesztés kompetencia-terület pedig az utolsó. A kompetencia-területek hazai rangsorában, a szakmai és etikai gyakorlat a második, a kommunikáció a harmadik, a team-munka a negyedik helyre került, nemzetközi viszonyításban azonban ezek értékelése a leggyengébb az országok között. Azaz a hazai ápolási gyakorlat kevesebb lehetőséget kínál a kompetencia-területek gyakorlására. A képzőintézmények között a kutatás és fejlesztés, a tagozatokat tekintve pedig az ápolási folyamat első szakaszának, a felmérés kompetencia-terület megítélésében volt megállapítható szignifikáns különbség. Problémát jeleztek az eredmények a képző- és egészségügyi intézmény együttműködésének szervezeti feltételeire, a területi gyakorlatok hatékonyságára vonatkozóan is. A gyakorlati készség-szintre ható tényezők között 4 faktor volt definiálható, melyek felhívják a figyelmet az oktatási intézmények területi gyakorlatot előkészítő munkájának, a gyakorlatot irányító mentorok tevékenységének fontosságára, együttműködésük lehetséges formáira. Szükség van továbbá a nemzetközi modellekhez jobban közelítő fejlesztésekre, valamint a hazai intézményeknél azonos szempontok szerinti gyakorlatszervezési megoldásokra.

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.

Közzöljük 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 közzölték, 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