

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2009.
IV. évfolyam 1. szám

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

**2009.
IV. évfolyam 1. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Szociális ellátások és intézmények Szegeden 1945 – 1990 - II. Bárány Ferenc	7
A fogyatékoság fogalmának megjelenése a különböző korokban, és tudományterületeken Tobak Orsolya	15
Az asszertív magatartás jellemzői az ápolásban Erdősi Erika	20
Tanácsadás az ápolásban- sztereotípiák a valóságban Boros Katalin Gyöngyi	29
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	33
Guidelines to the Authors of Acta Sana	35

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

**2009.
Vol. 4. No. 1.**

CONTENTS

Social Services and Institutes in Szeged 1945 – 1990 - II. Ferenc Bárány	7
The appearance of the idea of being disabled in different historical ages and areas of science Orsolya Tobak	15
The features of assertive behaviour in nursing Erika Erdősi	20
Counselling in Nursing – Stereotypes in the Reality Katalin Gyöngyi Boros	29
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	33
Guidelines to the Authors of Acta Sana	35

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

Szociális ellátások és intézmények Szegeden 1945 – 1990

II.

Bárány Ferenc

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék
e-mail: barany@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: felnőttvédelmi ellátások, szociális segély, szociális otthon, idősek napközi otthona, házi szociális segítség, családsegítés

Összefoglalás

A tanulmány második része a szociálisan rászoruló szegedi felnőtt lakosság számára nyújtott szociális szolgáltatások és intézmények történetével foglalkozik. Röviden bemutatja a segélyezés különféle formáinak alakulását. Elemzi a kezdetben széttagolt, egymással együtt nem működő szociális intézmények integrációjának folyamatát. Az egyesítés és az együttműködés nehéz feladat volt, az egészségügyi integrációnál is lassabban haladt, annak ellenére, hogy az intézmények mind állami vagy tanácsi tulajdonban voltak. A korszak végére Szegeden még mindig két „egyesített” szociális intézmény található. A szociális otthonok szolgálták az integráció alapjául. Ezek szakosodása, szakmai színvonala, a bentlakók számának növekedése jelentősen előrehaladt, de 1990-ig a szükségleteket nem tudta kielégíteni. Az öregek napközi otthonainak létrehozása és a házi gondozás megszervezése megteremtette a háromfokozatú, egységes szociális gondozási rendszer alapját. Egyúttal enyhítette a hiányt, de megszüntetni nem tudta. A Szegeden dolgozó szociális szakemberek kezdeményező szerepet játszottak az új gondozási formák kialakításában: például az öregek napközi otthona, a nyugdíjas ház, a családsegítő szolgálat kísérleti működtetése.

A tanulmány második része röviden bemutatja a fogyatékkal élő és a csökkent munkaképességű emberek foglalkoztatásának kérdéseit is.

A dolgozat Szeged város egészségügyi és szociális ellátásának közel fél évszázados történetét feltáró kutató munka része.

Felnőttvédelem, gondoskodás az idősekről

A szociálisan rászoruló felnőtt lakosság számára nyújtott állami, közösségi segítség három nagyobb csoportra osztható. A segítségnyújtás hosszú múltra visszatekintő formája a segélyezés, amely pénzben vagy természetben történhet. A másik ismert formát a szociális szolgáltatások, az intézményen belüli és az intézményen kívüli közösségi szolgáltatások képezik. Külön szólunk a fogyatékkal élő emberek munkához juttatásának kérdéséről. 1976-ban az egészségügyi feladatkörbe utalt felnőttvédelmi szociális gondoskodás 18 jogilag szabályozott feladatot jelentett, amit három csoportba osztottak: segélyezés, intézményen kívüli gondoskodás és intézményi gondoskodás.¹ A felnőttkori szociális gondoskodás második világháború előtt kialakult alapvető formái 1950 és 1990 közötti évtizedekben is megtalálhatók, és új, addig nem létező ellátási formák is létrejöttek.

Segélyezés

Az 1950-es évek első felében a „közsegélyben” részesülők száma 759-ről 551-re csökkent. 1952-ben a Városi Tanács VB bírálta a segélyezési ügyekkel foglalkozó Igazgatási Osztályt: „...előfordul, hogy az osztály több esetben munkaképes személyeknek is segélyt utal ki, pedig ezek munkával is tudnák megélhetőségüket biztosítani... Ez az eljárás helytelen és alapjában sérti szocialista szociálpolitikánk alapelveit.”² Az évtized közepétől a tanácsi iratok már különbséget tesznek a rendszeres közsegély és a rendkívüli segély között. Az utóbbi természetesen több esetben fordult elő, mint a rendszeres segítségnyújtás. A természetben nyújtott segély leggyakrabban közgyógyszer-ellátás (300-400 családfele) és népkonyhai ellátás, szociális ebéd biztosítása. „Szegénytemetés” évente csak néhány esetben történt.³ 1956-ban 200 Ft segélyt kaptak azok, akik a rendkívüli helyzet miatt

nem jutottak el munkahelyükre, vagy a családfenntartó a rendkívüli helyzet miatt nem tudott hazajönni.⁴ 1959. január 1-től Szegeden az összes segélyezési feladat a kerületi tanácsokra hárult.⁵

Az 1960-as években csaknem ötödével csökkent a rendszeres szociális segélyezettek száma. Új rendelet szabályozta a segély feltételeit és az eljárás menetét. (38/1963. /Eü. K. 29./ Eü. M. sz. rendelet) A segély maximuma 250 Ft volt, amit méltányosságból lehetett emelni. „Ha az utóbbi időben emelkedett is a segély átlaga... a szociális segélyezettek életkörülményeinek további javítása volna szükséges...” – olvashatjuk az egyik vb-anyagban.⁶ Az ország négy nagyvárosa közül az évtized közepén Szeged költött a legkevesebbet segélyezésre. Az 1967-es szegedi előirányzat mindössze 287 millió Ft.⁷

Város	1960	1965	1965-ös összeg 1960-as %-ában
	millió forint		
Pécs	264	759	287,5
Debrecen	394	418	105,3
Miskolc	210	359	171,0
Szeged	226	327	144,7

Az 1970-es évtizedben valamelyest tovább csökkent a rendszeres szociális segélyben részesülők száma. A segélyezettek számáról és az ellátási formákról tájékoztat az alábbi statisztikai összeállítás.⁸

Segély formája	1975	1978
Rendszeres szociális segély	477	436
Rendkívüli szociális segély	1485	1360
Szociális étkeztetés	45	132
Vakok szociális ellátása	707	868
Csökkent munkaképességűek szociális ellátása	78	95
Közgyógyellátás	660	1097
Hadigondozottak	1503	1497
Utazási kedvezmények	93	97
Lakbér-hozzájárulás	116	47
Jog- és érdekvédelemben részesülők	7	21
Összesen (személy, eset)	5171	5650

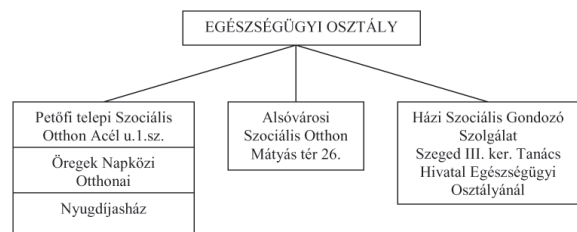
A korszak utolsó évtizedében ismét gyarapodott a szociális rászoruló és a segélyezettek száma. Segélyre azok voltak jogosultak, akiknek a jövedelme nem haladta meg az özvegyi nyugdíj minimumát (1984-ben 1870 Ft), a szegénységi küszöb tehát igen alacsony jövedelmi szintet jelentett. 1989-ben 529-en kaptak rendszeres szociális segélyt, az egy főre jutó összeg átlaga 2707 Ft volt. Esetenkénti szociális segélyben 3655 személy részesült.⁹ Ebben az évben vezették be a mun-

kanélküli segélyt, amelyet Szegeden januárban 8, augusztusban 88 munkát kereső, de munkahelyet nem találó személy kapott.¹⁰

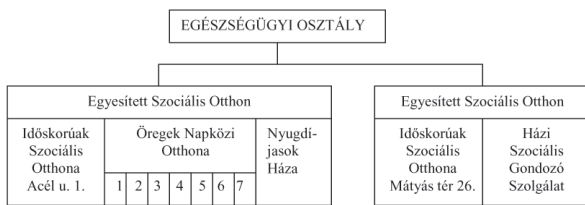
A szociális intézmények integrációja

Szegeden a tanács korszakban az intézményes szociális gondoskodás alapintézményének funkcióját a szociális otthon töltötte be. Az államosítás után ebből részben eltérő funkciókkal, kettő volt a Városi Tanács VB Egészségügyi Osztály közvetlen irányítása alatt: az alsóvárosi (Mátyás téri) és a Petőfi telepi (Acél utcai) szociális otthon. Az integrációs folyamat az 1970-es években vett nagyobb lendületet, amikor a szociális gondoskodás újabb és újabb formái keletkeztek részben helyi, részben pedig központi kezdeményezésre, rendeleti úton. Az egészségügyi ellátás integrációja a szociális ellátáshoz képest kissé előrébb tartott, vagy párhuzamosan haladt előre.

1971-ben a Városi Tanács VB az öregek napközi otthonait (ÖNO) a Petőfi telepi Szociális Otthonhoz csatolta, a költségkezelő is a szociális otthon lett. 1977-től ide tartozott a 70 lakóhelyes felsővárosi nyugdíjasház is. Az Alsóvárosi Szociális Otthon 1979 előtt ilyen feladatot nem látott el. A házi szociális szolgálatot a VB Egészségügyi Osztálya, illetve a III. Kerületi Tanács hasonló osztálya irányította, felügyelte (1. ábra). 1979-ben két „egyesített szociális otthont” szerveztek. Az egyikhez az Acél utcai Időskorúak Szociális Otthona, a hét öregek napközi otthona és a Nyugdíjasok Háza tartozott. Másik egyesített szociális otthoni egyseget képezett a Mátyás téri Időskorúak Szociális Otthona a Házi Szociális Gondozó Szolgálattal (2. ábra). 1982-től az Alsóvárosi Egyesített Szociális intézmény működteti a Tanács VB Egészségügyi Osztály felügyeletével a Székely sor 21. sz. alatti Gerontológiai Tanácsadót.¹¹



1. ábra: Szociális intézményhálózat. Szeged, 1978.
Forrás: CsML SzVT VB jegyzőkönyvei 1978. december 28.



2. ábra: Szociális intézményhálózat. Szeged, 1979.

Forrás: CsML SzVT VB jegyzőkönyvei 1978. december 28.

A szociális ellátó intézmények integrációjának célját abban látták, hogy az egészségügyi integráció után a szociális ellátás is egységes elvek alapján, hatékonyabban működjön, az ellátás elkülönültsége megszűnjön. Remélték, hogy az ellátás ellenőrizhetőbbé, irányíthatóbbá válik, a munkaerő-, anyag- és pénz-gazdálkodás hatékonyabb lesz.¹²

A területi szociális alapellátás az 1980-as évek második felében a gondozási központok rendszerére épült. Az egész várost lefedő hat gondozási központ pénzügyi, gazdálkodási feladatok tekintetében a Szeged városi Egyesített Szociális Intézményhez (előzőleg: I. sz. Egyesített Szociális Intézmény) tartozott és közvetlenül az Egészségügyi Osztályhoz is (3. ábra). Az integráció tehát a szociális otthonokra, mint szervezetileg és szakmailag is legerősebb szociális intézményekre épült.

1987-ben ismét változott az integrált szociális intézmények rendszere. Az I. sz. Egyesített Szociális Intézmény (Tolbuchin sgt. 43.) neve Szeged Megyei Városi Tanács Egyesített Szociális Intézménye lett, a II. sz. Egyesített Szociális Intézmény (Acél u. 1. sz.) pedig Szeged Megyei Városi Tanács Petőfi telepi Időskoriak Szociális Otthona nevet kapta, a névváltozásból sejtethető feladatváltással együtt. Az Egyesített Szociális Intézmény igazgatójának Zsótér Antalt nevezték ki, aki korábban az Ópusztaszeri Szociális Otthon főápolója volt, a Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán szociális szervezői diplomát szerzett.¹³

Szociális otthonok

Az intézményen belüli szociális ellátás alapintézményei az egykori szegényházak, majd szeretetházak utódai az 1947-től fokozatosan létrehozott szociális otthonok lettek. A nagyvárosokban, mint Szeged, ezek az új létesítmények helyben maradtak, nem úgy, mint a kisebb településeken, ahol a helyi szeretetházakat felváltotta a járasonként, elhagyott kastélyokban létrehozott szociális otthon.

A vizsgált korszakban a városban két szociális otthon, a Mátyás téri (Alsóvárosi) és a Petőfi telepi (volt Somogyi telepi, Acél utcai), működött a Városi Tanács közvetlen irányítása alatt.

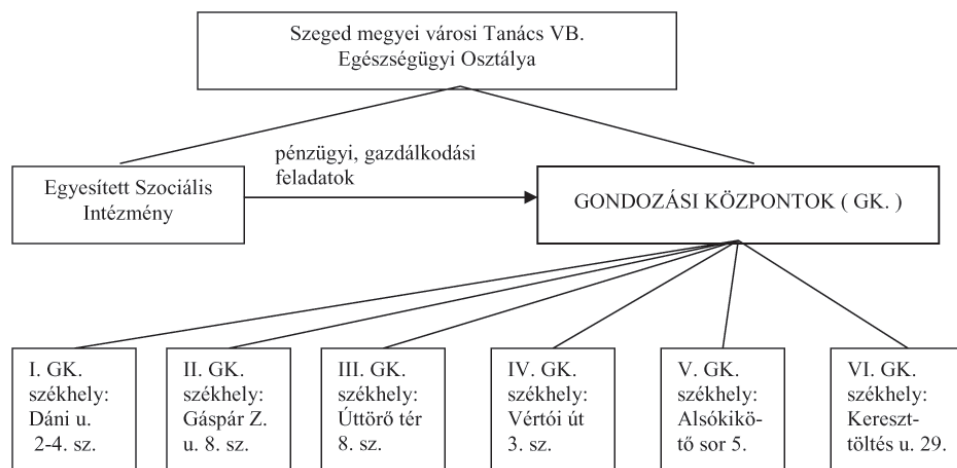
Az 1950-es években a központi, legtöbb férőhellyel rendelkező intézmény a Mátyás téren a volt Ferences rendi kolostorban berendezett szociális otthon volt 210 férőhellyel. A Petőfi telepi fiók otthonban (Felsővárosi ff 167 – Papok tanyája) csak 55 férőhelyet tudtak kialakítani. 1953-ban az összesen 265 biztosított létszám helyett 271 főt ápoltak, gondoztak, 141 nőt és 130 férfit. Egy ápoltra havi 436 Ft gondozási díjat biztosítottak, a dolgozók fizetése 400-450 Ft körül alakult. A napi ételmezési normát 7 forint 50 fillérben állapították meg, amihez 20 filléres napi dohánynorma járt.¹⁴

1954-ig válogatás nélkül, rászorultsági alapon utalta be a városi főorvos a felnőtt ellátatlan, idős, beteg, súlyosan fogyatékos embereket. Sok rászorulóknak azonban nem jutott férőhely, amelyen úgy segítettek, hogy valamelyest megemelték az engedélyezett létszámot. Igazi megoldást azonban egy új szociális otthon jelentett volna, amely a zsúfoltság enyhítésén kívül lehetővé tette volna általános célú és külön betegotthon létrehozását. A tervezésig és az engedélyezésre való felterjesztésig eljutott 210 férőhelyes kettős profilú (gazdálkodó és betegápoló jellegű) otthon azonban az 1950-es években nem épült fel.¹⁵

A Szeged Városi Szociális Otthon 1955. április 1-től lett önálló városi intézmény. 1956. január 1-től az Egészségügyi Minisztérium a 280 férőhelyből 60 ágyat betegotthon részleggé minősített, magasabb ellátási normatívával (1973-tól szüntették meg a kétféle ételmezési normatívát.). A gondozottak foglalkoztatása a Mátyás téri otthon varrodájában, cipész- és asztalos műhelyében történt. Tervbe vették a rongyszőnyeg-szövést és faipari játékok gyártását is. A Petőfi telepi fiók otthonban lakók a gyümölcsösben, konyhakertben, virágoskertben és a 6 holdas szántóföldön dolgoztak, 60 sertést is tartottak. Nagy gondot jelentett a betegek, különösen az elmebetegek elhelyezése. Sokan feküdtek a klinikákon olyanok, akiknek nem is lett volna szükségük rá, de az otthonban nem tudták őket elhelyezni.¹⁶

Kényszermegoldásként az átmeneti szállást a Petőfi telepi otthon két földszinti helyiségében helyezték el. Egészségügyi minisztériumi felülvizsgálat kifogásolta ezt a megoldást, a kiütéses tifusz veszélyére hívta fel a figyelmet, a szállás tisztaságát nem találták megfelelőnek.¹⁷

Az 1960-as évek elején felépült a fiók szociális otthon új pavilonja. A férőhelyek száma 330-ra



3. ábra: Szeged Megyei Város „Területi Szociális Gondozásá”-nak szervezeti felállása - 1987

Forrás: Forrás: CsML SzVT VB jegyzőkönyvei 1986. december 19.

emelkedett, amelyből 130 betegotthoni, 200 általános otthoni férőhely volt, a gondozottakat 75 alkalmazott látta el.¹⁸ Az Acél utca 3. sz. alatti építkezés újabb 50 férőhelyes fejlesztéssel párosult.¹⁹ 1965-ben önállósodott a Mátyás téri Alsóvárosi Szociális Otthon és a Petőfi Telepi Szociális Otthon. Az alsóvárosi intézmény alapvetően betegotthon, a Petőfi telepi pedig általános otthoni funkciót látott el.²⁰ Az évtized végére a két szociális otthonban 370 férőhelyből 230 szolgálta a járóképes lakókat, 140 pedig a betegeket. Az alsóvárosi továbbra is vegyes profilú maradt. A beutaltak várakozási ideje hosszú, néha több év.²¹ A Csongrád megyei Népi Ellenőrzési Bizottság (NEB) vizsgálata megállapította: „A megyei NEB szükségesnek tartja a Szeged, Mátyás téri Szociális Otthonban gondozottak részére a megfelelő körülmények kialakítását, mert jelenleg a szociális otthon épülete a rendeltetési célnak nem megfelelő.”²² Felvetik, hogy a Roosevelttéri nyugdíjasok házáat új típusú szociális otthonná lehetne alakítani. Ez azonban nem valósult meg.

Az 1970-es években korszerűsödött a szociális intézmények szervezeti struktúrája, javult a szakmai ellátás színvonala, felújításokkal tették kedvezőbbé az elhelyezést a régi épületekben is. 1979. január 1-én a két városi szociális otthon egyesített szociális intézménnyé alakult. A Petőfi telepi Egyesített Szociális Intézmény 510 idős embert gondozott. A korabeli megítélés szerint a szociális otthoni részleg ideális telepítésű, a nyugodt pihenéshez szükséges feltételeket biztosítja. A régi épületeket felújították, korszerűsítették, az újabb épületben 94 férőhelyet alakítottak ki. Az otthon dolgozóinak száma 66-ra emelkedett, amelyből 21 a szakképzett egészségügyi dolgozó. Az itteni konyha lát el valamennyi szegedi szociális intézményt. Az egészséges, még munkaképes gondozottakat célszerűen

és hasznosan foglalkoztatják. Az Alsóvárosi Egyesített Szociális Intézmény összesen 500 idős ember szociális gondozását látta el bentlakásos formában, vagy házi szociális gondozás keretében. Az Alsóvárosi Szociális Otthonban uralkodó állapotokra jellemző, hogy 1978-ban számolták fel azt a férfi betegszobát, ahol 24 beteget ápoltak. A 140 nő és a 60 férfi gondozott kétharmada súlyos fekvőbeteg volt. Az intézményben 62 alkalmazott, közöttük 39 egészségügyi szakdolgozó gondoskodott az otthon lakóiról.²³

1980-ban a szociális otthonok három típusa jött létre: az időskorúak szociális otthonai, az elmebetegek szociális otthonai és a szakosított szociális otthon.²⁴ A 80-as évtizedben a bentlakásos szociális intézmények egyéb formái is kialakultak, ebben a kísérletezésben Szeged is részt vett.

1983-ban nyitotta meg kapuját a Kálvária (Tolbucin) sugárút 47. sz. alatt az újonnan épült „öregek szociális garzonháza”, kiemelt ellátást biztosító szociális otthonként. A 110 férőhelyes, 55 lakrészes intézmény viszonylag magas térítési díj ellenében magas szintű ellátást biztosított. Működését az Egészségügyi Minisztérium kísérleti jelleggel engedélyezte. A szegedi szociális otthoni férőhelyek száma ezzel 480-ra emelkedett. Egy lakrészhez hálószoba, gardrób, fürdőszoba, WC és előszoba tartozik. A berendezés egy része a lakó saját tulajdona lehet. Az emeltszintű otthon az I. sz. Egyesített Szociális Intézmény integrált részeként működött.²⁵ Az otthonba sokan kérték felvételüket nem szegedi lakosok is, nagy hazai és külföldi érdeklődés mutatkozott iránta. A térítési díjakat a költségek gyors növekedése miatt emelni kellett. 1988-ban az egy főre jutó havi térítési díj 3.500 Ft volt, a ráfordítás ezzel szemben 5.000 Ft körül. 1990-ben még nagyobb a két összeg közötti különbség, amihez

az is hozzájárult, hogy eleinte a térítési díjakat csak 2 évenként lehetett emelni.²⁶

Az emeltszintű idősök otthonához hasonló konstrukció volt a „nyugdíjas ház”. 1977-ben a Keresztöltés u. 29. sz. ház B lépcsőházának jobb oldalán 70 lakást adtak át nyugdíjas személyeknek határozatlan időre. Kezelője az Ingatlankezelő Vállalat, bérlője a szociális otthon volt. A fogadó szinten öregek napközi otthona és házi szociális gondozó szolgálat működött.²⁷

A fogyatékos felnőttek és idősök szociális otthoni ellátásáról nem csak szegedi, hanem Csongrád megyei Szakosított Otthonok is részt vállaltak. Szegeden is volt ilyen intézmény, a korábbi Vakok Intézete a Torontál tér 1. sz. alatt. 1963-ban az intézet 130 vak nőnek nyújtott otthont.²⁸ Az intézet az 1980-as években a Csongrád Megyei Tanács Szakosított Szociális Otthona lett. A vak elmebetegek szociális otthoni gondozását országos feladatként látta el. Világtalanok és gyengénlátók a nem szakosított szociális otthonokban is éltek.²⁹

Öregek napközi otthonai (ÖNO)

Az 1960-as évek elején kezdődött az idősekről való szociális gondoskodás három fokozatú egységes rendszerének létrehozása. A három fokozat, az öregek napközi otthona (ÖNO), a házi szociális gondozás és a szociális otthon, kezdetben egymástól szervezetileg külön, esetleg párhuzamosan működött. A 7/1862 (EüK 4) EüM számú utasítás szabályozta az öregek napközi otthonai létesítésének feltételeit, a napközi otthon szervezetét és működését. A nagy kereslet és a szűkös keretek miatt 1975-ig csak egészségügyi és pénzügyminiszteri engedéllyel lehetett ilyen intézményt létrehozni. Az ÖNO-ba idős, kivételesen 18. életévét betöltött, szociálisan rászorult, munkaképtelen vagy csökkent munkaképességű személyt lehetett felvenni, aki saját ellátására csak részben képes, és akinek a napközben a családi gondozása megoldatlan volt. A szolgáltatásokért (programok, felügyelet, a berendezés használata, étkezés) gondozási díjat és klub-tagsági díjat fizetett az, akinek a jövedelme meghaladta az özvegyi nyugdíj mindenkor legkisebb összegét.³⁰

Szegeden a Városi Tanács VB 1959 nyarán tárgyalta az Egészségügyi Minisztérium öregek napközi otthonára vonatkozó javaslatát, azt jóváhagyólag tudomásul vette, támogatta.³¹ 1961-1962-ről szóló VB iratban már szerepel az Öregek Klubja, mint szociális létesítmény, amely az I. kerületi Tanács és VB erkölcsi, anyagi támogatásával alakult.³² 1963-ban a II. és III. kerületben már kialakítottak öregek napközi otthonát 60-80 fő számára. Még

abban az évben újabbakat terveztek létrehozni az I. kerületben és Külső-Petőfi telepen.³³ A Roosevelt téri nyugdíjas bérház földszintjére tervezett I. kerületi napközi otthon azonban nem valósult meg a lakók ellenállása miatt. (1981-től már kötelező volt a nyugdíjas házakban ÖNO-t létesíteni.) Az 1960-as évek végén Szegeden négy öregek napközi otthonában összesen 134 emberről gondoskodtak, 90-en ebédet is kaptak.³⁴ Az 1970-es évtizedben hatra emelkedett az ÖNO-k száma, a gondozottaké 201-re. 1985-ben már nyolc napközi otthonban 260 az engedélyezett férőhelyek száma. Szőregen a Szerb utca 54. sz. alatt 30 férőhelyes öregek napközi otthonát úgynevezett „hetes szállást biztosító öregek napközi otthonná” alakították, szakmailag, gazdaságilag a Petőfi telepi II. sz. Egyesített Szociális Intézménybe integrálták.³⁵

A 10/1986. (Eü. K. IX. 24.) Eü. M. rendelet megváltoztatta a területi, lakóhelyi szociális gondozási formákat. Egy szervezeti egységbe „gondozási központ”-ba (GK) integrálta az idősök klubját (öregek napközi otthonát), a szállást biztosító idősök klubját (előzőleg: hetes szállást biztosító öregek napközi otthona), a szociális étkeztetést és a házi gondozó szolgálatot. 1987. január 1-én Szegeden 6 gondozási központ kezdte meg munkáját, ezek illetékességi területét a tanács VB szakapparátusa jelölte ki, és a Szeged Megyei Városi Tanács Egyesített Szociális Intézményébe integráltan működött. A gondozási központok vezetőivé a következőket nevezték ki: I. sz. GK Paluska Vilmosné Kriván Margit, II. sz. GK Papp Istvánné Kenéz Katalin, III. sz. GK Arany Józsefné, IV. sz. GK Béládiné Fónagy Zsuzsanna, az V. sz. GK Bajkán Tivadarné Nagy Zsuzsanna, VI. sz. GK dr. Zádori Istvánné Bércesi Éva. A vezetők többsége egészségügyi főiskolát végzett.³⁶ A hat gondozási központnak összesen 77 munkatársa volt, hárman középiskolát és házi-gondozási-napközi otthoni szakképesítést szereztek, hárman egészségügyi főiskolát (védőnők) végeztek. Feladatuk a területi szociális alapellátás terén: az idősök klubjainak és a szállást biztosító idősök klubjának a működtetése, a szociális étkeztetés és a házi gondozás ellátása az egész város területén.³⁷

Házi szociális gondozó szolgálat

A háromfokozatú egységes szociális gondozási rendszer második fokozata a házi szociális gondozás az idős vagy beteg, de aktív kórházi ápolásra nem szoruló, önálló életvitelre nem képes, az idősök napközi otthonába eljárni nem képes személyek számára, akiknek a szociális otthonban való elhe-

lyezése nem indokolt, vagy férőhely hiányában nem lehetséges, illetve maguk sem akarják azt igénybe venni. Országosan az 1970-es évek elején kezdték kiépíteni ezt a szociális szolgáltatást. 1976-ban született meg az a jogszabály, amely egységesen meghatározta szervezeti-működési szabályzatukat.

Szegeden a házi gondozás előtörténete 1967-ben kezdődött, amikor az I. Kerületi Tanács alkalmazott egy napi ötórás keretben dolgozó gondozónőt, aki a szociális otthonba utaltak előgondozását végezte. A város II. és III. kerületében vöröskeresztes aktívák és a szomszédok nyújtották a szükséges segítséget.³⁸ 1972-ben 40 rászoruló gondozott 38 társadalmi aktíva, 1975-ben 121-re emelkedett a gondozottak száma, őket 50 aktíva és négy „szocialista brigád” látta el.³⁹ Az évtized végére 300-ra emelkedett a házi gondozásban részesülő személyek száma. Újabb évtized elteltével pedig havonta átlag 641 személyt részesít házi gondozásban 34 hivatásos és 319 tiszteletdíjas gondozó.⁴⁰

Az 1980-as évek közepén felmerült a Tolbuchin (Kálvária) sugárút 43. sz. alatti szociális otthonban a házi szociális gondozás kiegészítéseként egy 10 férőhelyes, bentlakásos gondozóház létesítése, ahol a rendkívüli, de várhatóan egy hónap alatt rendeződő helyzetbe került gondozottakat helyeznék el.⁴¹

Csökkent munkaképességűek, fogyatékkal élők foglalkoztatása

A csökkent munkaképességűek foglalkoztatásának kérdései kezdetben a szociális igazgatásra tartoztak. Később, 1954-től az Egészségügyi Minisztériumhoz került ez az ügykör. A cél az volt, hogy a csökkent munkaképességűek, fogyatékosok segélyek helyett munkából éljenek. 1951-től jogszabály írta elő, mely munkahelyek tölthetők be időskorúakkal és csökkent munkaképességű dolgozókkal. Szabályozták az őket foglalkoztató vállalatok kedvezményeit. A szociális foglalkoztató önálló jogi személynek és gazdasági egységnek minősült.

A Szegedi Tanács VB 1953 augusztusában alapította a Szegedi Fonalfeldolgozó Vállalatot a vak és egyéb csökkent munkaképességű munkások nagyobb számban való alkalmazására. A Tolbuchin (Kálvária) sugárút 45. sz. ház pincéjében 27 vak dolgozó kezdte meg a termelést. Később egyéb csökkent munkaképességű dolgozót is fel kellett venni, már csak a technológia miatt is. 1954-ben síkkötő üzembrészt hoztak létre. Nagy változást hozott a vállalat életébe, hogy 1955-ben megkapták a Tavasz utca 2. sz. alatti épületet és a telket. A következő évben mechanikai szövődet hoztak létre. Ekkor már bedolgozók is voltak. 1961-ben a budapesti

Paszománygyártól átvették a cérnagomb üzemét. A következő években újabb profilokkal bővült a vállalat. A termékek iránt többszörös igény jelentkezett, munkaerő is bőven állt rendelkezésre, az 1970-es évek elején a foglalkoztatottakon kívül még 800-1000 csökkent munkaképességű ember várt elhelyezésre. A vállalat sikerei ellenére a munkahelyek zsúfoltak voltak, hiányoztak a szociális helyiségek, illetve szűkösek voltak. 1970-ben a foglalkoztatottak száma meghaladta a 700-at.⁴²

Nagyobb számú csökkent munkaképességű dolgozót foglalkoztatott az Élelmiszeripari Melléktermék- és Hulladékfeldolgozó Vállalat és a Siketek és Nagyothallók Vegyes KTSZ-e.⁴³ A Szegedi Fémtext KTSZ-nél és a Budapesti Kézműipari Vállalat szegedi részlegében is sok csökkent munkaképességű ember dolgozott. A vállalatoknál külön bizottságokat kellett létrehozni a csökkent munkaképességű dolgozók alkalmazásának elősegítésére. 1976-ban a Városi Tanács VB megállapította, hogy sok helyen nem működik a vállalati rehabilitációs bizottság. „Vizsgálataink során megállapítottuk, hogy kisebb vállalatoknál, KTSZ-eknél, intézményeknél nem minden esetben látják el megfelelően a csökkent munkaképességűvé vált dolgozókkal kapcsolatos feladatokat.”⁴⁴

A munkahelyek iránti kereslet nem szűnt meg az 1980-as években sem. A szegedi Munkaügyi Szolgáltató Irodában 1981-ben 212, 1985-ben 74 megváltozott munkaképességű munkát kereső ember jelentkezett.⁴⁵ „A megváltozott munkaképességűek 95%-a fizikai foglalkozású szakképzetlen dolgozó – közel 70%-uk 50 év feletti – teljeskörű foglalkoztatásukat a számunkra létesített munkahelyek sem létszámbelileg, sem az álláshelyek minőségét illetően nem biztosítják” – állapította meg a tanács Egészségügyi Osztályának e tárgykörben írt jelentése.⁴⁶

A szociális ellátások 1945-től a rendszerváltásig tartó történetének rövid áttekintése után megállapíthatjuk, hogy a háború után néhány évig alapvetően a háború előtti és alatti ellátási formák működtek. A módosított egri/magyar normás szegénygondozásban azonban fokozatosan megszűnt az egyházi részvétel. 1948-1950-től kizárólag állami és tanácsi intézmények működhetek. A korszak utolsó két évtizedében a gyermekvédelemben és az idősgondozásban mind nagyobb aktivitással kapcsolódtak be a Vöröskereszt és a rendszer által elismert más társadalmi szervezetek aktivistái. Az 1980-as években pedig jellemző törekvés az ellátottak megtakarításainak, jövedelmének

bevonása az ellátás biztosításába, különösen az emeltszintű ellátást nyújtó intézmények esetében. A szegedi városi szociális ellátás egészét az ellátottak körének bővülése, a szükségleteket csak részben fedező fejlesztések, korszerűsítések mellett az intézményi ellátás szakosodása, új ellátási,

irányítási formák létrehozása és a dolgozók szakmai képzettségének emelkedése jellemezte. A rendszerváltás előtti eredmények, reformtörekvések biztos alapjául szolgálhattak ahhoz, hogy az 1990 után megváltozott körülményeknek megfelelő szociális ellátás alakulhasson ki Szegeden.

Rövidítések jegyzéke

CsML = Csongrád Megyei Levéltár

GK = Gondozási központ

ÖNO = Öregek napközi otthona

VB = Végrehajtó bizottság

Jegyzetek

1. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1976. február 12.
2. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1952. június 5.
3. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1953. november 26. és 1956. március 27.
4. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1957. január 15.
5. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1959. június 2.
6. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1965. július 6.
7. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1967. augusztus 15.
8. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1979. július 19.
9. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1990. augusztus 16.
10. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1989. október 5.
11. A Tanácsadóban egy jogász vezető, egy közép fokú egészségügyi végzettségű gondozó és egy takarító dolgozott főállásban, és sok társadalmi munkást vontak be a munkába.
CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1984. február 16.
12. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1978. december 28.
13. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1987. február 5. és 1987. július 2.
14. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1952. június 5. és 1953. november 26.
15. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1955. szeptember 30., 1959. június 2.
16. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1956. március 27.
17. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1959. június 2. és 1960. február 9.
18. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1962. május 2.
19. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1963. május 14.
20. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1965. július 6. és december 7.
21. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1968. március 12.
22. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1967. augusztus 15.
23. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1979. július 19.
24. Horváth Ágota – Gáti Tibor: A szociális otthon.
In: Szociálpolitika ma és holnap. Szerk.: Ferge Zs. – Várnai Gy. Kossuth, 1987. 228. old.
25. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1983. március 3.
26. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1988. február 11. és 1990. június 21.
27. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1979. július 19. és 1983. január 13.
28. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1963. május 14.
29. Völgyi Lajos dr.: Az Egészségügyi Minisztérium feladatkörébe utalt felnőttvédelmi szociális gondoskodás 1949 – 1989.
In: Magyar egészségügy 1945 – 1990. III. kötet. Szeged, 1998. Kézirat. 43. old.
30. Völgyi Lajos dr.: Az Egészségügyi Minisztérium feladatkörébe utalt felnőttvédelmi szociális gondoskodás 1949 – 1989.
In: Magyar egészségügy 1945 – 1990. III. kötet. Szeged, 1998. Kézirat. 19. old.
31. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1959. augusztus 25.
32. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1962. május 2.
33. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1963. május 14.
34. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1967. augusztus 15. és 1968. március 12.

35. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1979. július 19. és 1985. május 9. és 1985. október 25.
36. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1987. február 5.
37. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1988. május 5.
38. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1967. augusztus 15.
39. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1976. február 12.
40. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1979. július 19. és 1988. május 5.
41. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1985. november 14.
42. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1971. augusztus 18.
43. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1959. június 2. és 1967. augusztus 15.
44. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1976. május 20.
45. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1986. március 20.
46. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1989. október 5.

Social Services and Institutes in Szeged 1945 – 1990

II.

Bárány, F.

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,
Department of Social Work and Social Policy
e-mail: barany@etszk.u-szeged.hu

Keywords: adult protective services, social benefit, residential home for the elderly, day centre, home help service, family assistance

Summary

The second part of the study deals with the history of the social services and with the institutes for the socially deprived adult population. It explains briefly the changes of different forms of benefits. It analyses the process of the integration of the institutes, which were divided and non-cooperating in the beginning. The unification and cooperation was a difficult task, which advanced slower than the integration of public health institutions despite the fact that the institutes were owned by the state or the local council. By the end of the era, two „unified” institutions were still in operation in Szeged. The residential homes for the elderly served as a basis for the integration. Their specialization, professional level and the number of residents increased considerably until 1990 but still they could not meet all the needs. The establishment of day centres and organizing home care created the conditions for the three-level integral care system. While it alleviated the lacking services, it could not eliminate them. Social workers in Szeged played an initiative role in the development of the new forms of care: day centres, residential homes for elderly and family assistance as an experiment.

The second part of the study explains briefly the problems of employment of the handicapped and the partially disabled people.

The study is a part of a piece of research that explores the nearly half century long history of the health and social services in Szeged.

A fogyatékoság fogalmának megjelenése a különböző korokban, és tudományterületeken

Tobak Orsolya

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Védőnői Munka és Módszertana Szakcsoport
e-mail: tobako@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: fogyatékoság, előítélet

Összefoglalás

A dolgozat az autizmussal élő gyermeket nevelő családok életminőségét feltáró kutatómunka részeként készült, amelynek célja a védőnői gondozás hatékonyságának támogatása.

A tanulmány a fogyatékoság fogalmának különböző tudományterületeken való megjelenésével foglalkozik. Bemutatja a fogyatékosokról szóló legkorábbi tanulmányokat az őskortól napjainkig. Foglalkozik az előítéletek első megjelenésével, ezek okaival, valamint egyes tudományterületek megoldási javaslataival.

Próbáltunk feltárni minél több tudományágat, amely kapcsolatba kerül valamilyen formában a fogyatékkal élő emberekkel, a történeti- kultúraantropológiától a filozófiai, pszichológiai és vallási megközelítéseken keresztül.

A feltárást követően elmondható, hogy különböző korokban, egyes területeken MÁSt értenek a fogyatékoság fogalmán, amely erősíti a holisztikus szemlélet fontosságát.

*Egy tökéletes világban mindenki egészséges és boldog;
az emberek megértők és odafigyelnek egymásra.*

Egy tökéletes világban nincsenek betegek, nincsenek sérültek.

*Egy tökéletes világban mindenkinek egyformán lehetősége van arra,
hogy kibontakoztassa a benne szunnyadó tehetséget.*

De a mi világunk korántsem tökéletes...

egy fogyatékos

Bevezetés

Napjainkban egyre gyakrabban fordul elő, hogy a gyermek – számos ok miatt – valamilyen sérüléssel jön a világra. Statisztikai adatok bizonyítják, hogy a születés utáni (postnatális) károsodások száma sem csökken jelentősen. Hazánkban a fogyatékkal élők száma évről-évre növekvő tendenciát mutat, a diagnosztika fejlődésének köszönhetően, azonban lehetőség nyílik ezek korai felismerésére és a beavatkozások minél előbbi megkezdésére.

Az értelmi fogyatékosokkal, autistákkal szemben rendkívül sok előítélet és sztereotípiát él, melyeknek hátterében általában a tájékozatlanság és a tőlük való félelem áll. Az időbeni felismerés mellett a védőnői gondozómunka hatékonyságához, ezeket a segítő és gátló tényezőket egyaránt számba kell venni. A társadalomtudományok egyik fontos tapasztalata, hogy a kialakult negatív attitűdök gátolják az együttműködést. Fontos, hogy elsődlegesen a segítő szakember hozzáállását változtassuk meg,

amely magával hozhatja a szűkebb és tágabb környezet pozitív viszonyulását a fogyatékkal élők felé. A problémák megoldására irányuló törekvések az elmúlt 10-15 évben felerősödtek. Fogyatékkal élők érdekeit védő jogszabály született, számos érdekvédelmi szervezet működik, egyre nagyobb teret kap az integráció. A közvélemény azonban még gyakran elzárkózik a fogyatékos gyermeket nevelő családoktól, az aktív segítő attitűd a népeség túlnyomó részében még nem jellemző.

„Az, hogy a jelenségek közül mi a normális és mi az abnormális, függ magukon a jelenségeken kívül azoktól az emberektől, embercsoportoktól, akiktől ez a meghatározás származik. Különböző társadalmi viszonyok, gazdasági és földrajzi körülmények között tehát mást tartanak az emberek normálisnak és mást abnormálisnak. ... Mindazok a jelenségek, amelyek társadalmi környezetben, társadalmi hatásokra jönnek létre, magukon viselik

az őket létrehozó társadalom értékítéletét: a társadalom vagy normálisnak, vagy abnormálisnak tartja azokat” (Illyésné et al. 1989, 34).

Az, hogy mit ért a társadalom fogyatékoságként, nagymértékben az egyes fizikai vagy szellemi képességeknek az átlagoshoz, a megszokotthoz való „formai” viszonyától, illetve az eltérő jelleg meghatározott értékelésétől függ. Az elmondottak értelmében a fogyatékoság leírható ugyan orvosi-biológiai alapon, de ez a tény csak a meghatározott társadalom érzékelési és értékelési mezőjén belül értelmezhető fogyatékoságként vagy nem-fogyatékoságként. A fogyatékoság nem tisztán tény ugyanis, hanem viszony és érték, és mint ilyen, a társadalmi értékelésből ered (Bánfalvy 2000.).

A fogyatékoság fogalma a különböző tudományterületeken

A fogyatékoság fogalmának számtalan definíciója létezik, ezek mindegyike tartalmazza a fizikai, szellemi vagy érzékszervi károsodásra utalást, némelykor ezek együttes halmozódásáról van szó. Nemcsak a fogalom tartalma, hanem a kifejezés és szinonimái is gyakran vitát váltanak ki: rokkant, sérült, fogyatékos, fogyatékosággal élő – vagy konkrétan megnevezve a károsodás fajtáját, vak, világtalan, béna stb. Amikor ezekről az emberekről beszélünk, akik ilyen hátrányokkal kénytelenek élni, kevésbé diszkrimináló, ha az állapotukra utaló jelzőt nem használjuk főnévi értelemben, így nem egy résztulajdonság jelöli az egész embert.

Mivel a magyarban még nem alakult ki egy-egy meghatározás a fogyatékosági szintekre, ezért röviden érdemes áttekinteni a nemzetközi szakirodalomban használt definíciókat.

Impairment – károsodás – egészségkárosodás, amely nem más, mint „az ember pszichológiai, fiziológiai szerkezetének, funkciójának bármiféle rendellenessége, esetleg hiányossága (hiányzó vagy sérült testrész, szerv)”.

Disability – fogyatékoság – módosult, csökkent képessége az ember bizonyos tevékenységeinek, valamint a szükségletek kielégítésében való korlátozottság.

Az ENSZ közgyűlése által 1993. december 20-án elfogadott 48/96 számú határozata, amely a fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető követelményeit tartalmazza, a fogyatékoság fogalmát a következőképpen határozza meg: „a világ tetszőleges országának bármely népességcsoportjában előforduló nagyszámú különböző funkcionális korlátozottság.”

Handicap – hátrány – „a károsodásból vagy fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány; korlátoz-

za, esetenként meg is akadályozza, hogy az egyén betöltse, kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő normális, mindennapi szerepét” (1, 81-82.p.).

A környezeti feltételek között fontosak a fizikai környezeti feltételek, különösen az ember által alakított, létrehozott környezet, amely lehet - ma hazánkban leginkább ezt tapasztaljuk - akadályokkal, lépcsőkkel, szűk ajtókkal stb. teli, vagy lehet a fogyatékosággal élő emberek szükségleteihez is igazodó, mindenki számára alkalmas, kényelmes, tágas terekkel, lejtőkkel, a nem látók számára tapintható jelzéseikkel, a siketek által könnyen értelmezhető jelekkel, szimbólumokkal ellátott. (2)

Filozófiai megközelítés

Fukuyama X tényezőnek nevezi azt a tulajdonságot, ami megmarad akkor is, ha egy embert összes esetleges, véletlenszerű tulajdonságától megfosztunk, hogy megkeressük azt a jellemző emberi minőséget, amelynek minden esetben kijár a tisztelet. A morális választás, az értelem, a nyelv, a szociabilitás, az érzések és az érzelmek, a tudat és a tudatosság, mind olyan minőségek, amelyek az X tényezőt alkotják, s ezen részek komplex összjátéka - mely minőségileg több az alkotórészek egyszerű összegénél - eredményezi az emberi méltóság fogalmát. A részekről az egészig tett ugrás minőségi jellege itt is különösen hangsúlyozandó. Az emberi méltóság egy absztrakt fogalom, amely az egész emberi fajra egyetemlegesen jellemző, hiszen valamennyien birtokában vagyunk ezeknek a fajra jellemző tulajdonságoknak, még akkor is, ha ezekből nem egyenlő mértékben részesülünk, annak ellenére, hogy a lehetőség erre valamennyiünkben megtalálható (5, 341. p.).

Történeti és kultúraantropológiai megközelítés

A fogyatékosághoz való viszonya a mai embereknek abból az ősi félelemből táplálkozik, hogy egészsége sérülékeny, a társadalomban betöltött aktív szerepe időleges, s életük betegségtől megtörve, kiszolgáltatottan múlhat el. Ez előli szorongásukat háritással igyekeznek palástolni (1, 31.p.). A fogyatékosághoz való viszonyt minden korban az adott kultúra valláserkölcse és az adott társadalom gazdasági-technikai fejlettsége határozta meg. Európa keresztény kultúrájában középpontba került a sérült, elesett ember gyámolítása, de a hozzájuk való viszonyulás ellentmondásos volt: míg felkarolásuk magasra emelt erkölcsi tett volt, magát a fogyatékoságot valamilyen bűn következményeként, isteni igaz-

ságszolgáltatásnak vélték. A keresztény gyámoltás sokszor a jócselekedet eszközévé degradálja a sérült embereket.

Napjainkhoz közelítve, a 20. század fasiszta rémségei között megemlíthetjük az örökletes betegségben szenvedők kényszersterilizálását, az értelmi és fizikai fogyatékos gyerekek, a felnőtt értelmi fogyatékosok, munkaképtelenek programszerű legyilkolását, mint az „értéktelen élet” ideológiája mögé bújtatott gazdasági racionalizmust. Korunk törekvése a humanisztikus szemlélet érvényesítésére, és annak felismerésére, hogy ez az egyén és a társadalom számára kedvező módon lehetséges.

Tehát az egyén annyira tekinthető korlátozottnak, amilyen mértékben korlátozva van a szűkebb és tágabb társadalmi környezettel való interakcióiban. Ha a környezet nem áll támogatóan a fogyatékkal élő mellé, akkor az hátráltatja a sikeres rehabilitációt, alkalmazkodást, magabiztosság, önbizalom erősödését, és ezek együttesen idézhetik elő a szubjektív életminőség romlást. (1)

A fogyatékosok megítélése a különböző történelmi korokban

A társadalom fejlődése során az emberi közösségek különböző módon közelítették meg a fogyatékosokkal élő embereket. A történelmi korok kezdetén feltehetően a fogyatékosná vált ember elpusztult, „mert az ember csak a fizikai és szellemi képességei teljességének birtokában lehetett életképes a nehéz természeti körülmények között. Azok a fogyatékosokkal élő emberek pedig, akik a zord körülmények ellenére életben maradtak és boldogultak is, a régi korokban nagy tiszteletnek örvendtek. Az emberiség fejlődésével az életkörülmények is javultak. Egyre több fogyatékosokkal élő ember maradt életben, de még mindig egyéni tragédiának tűnt a fogyatékoság. Elsősorban azt látták benne, hogy a fogyatékos ember nem képes fizikai munkát végezni, nem képes a hadviselésben részt venni, ezért megélhetése bizonytalan. A fogyatékoság lényege tehát szociális, megélhetési problémának tűnt. Amikor a társadalom életében, a termelésben megjelentek a gépek, csökkent a fizikai erő jelentősége a munkafolyamatokban, akkor már a fogyatékosokkal élő emberek számára is elérhetővé vált a munkavégzés, a gépek kezelése.

A polgári társadalom kifejlődése során vált egyre elterjedtebbé a rehabilitációra való törekvés, továbbá a fogyatékos emberek ellátása megfelelő segédeszközökkel, valamint képzés, munkaképesség növelése, és ezáltal integrálásuk a társadalomba. Ebben az időben a foga-

tékos emberrel kapcsolatban a legfontosabb gondolat és törekvés az lett, hogy rehabilitálni kell őt.” (2)

A XX. század második felében a jóléti államok megjelenésével olyan gazdagság halmozódott fel számos országban, hogy ott képes a társadalom a fogyatékosokkal élő emberek megélhetéséről magas színvonalon gondoskodni, képes megoldani rehabilitációjukat.

Ekkor a fogyatékosokkal élők problémaérzékenysége már arra irányult, hogy más emberekhez hasonlóan érvényesüljenek emberi jogaik, pl. sok ember befogadó otthonokban él, ahol gondozóik kielégítik szükségleteiket. „Vannak járműveik, de nem képesek másokkal együtt utazni, be tudnak jutni színházakba, múzeumokba, hivatalokba, de talán csak a hátsó lépcsőn, nem a főbejáraton át.” (2) Az utóbbi évtizedekben előtérbe került az a törekvés is, hogy a fogyatékos embereket ugyanazon jogok illessék meg, mint ép társaikat. Ehhez hozzájárult az is, hogy az ENSZ 1948. december 10-én elfogadta az „Emberi Jogok Egyetemleges Nyilatkozatát”, amelynek fő gondolata: „Minden emberi lény szabadon születik és egyenlő méltósága és joga van” (2)

Vallás

Az *ősközösségi társadalmakban* élő népek fogyatékosairól hiteles adataink nincsenek. Az adott korszakban élők életmódjából következtethetünk arra, hogy voltak sérült gyermekek is. A sérülések vagy a bonyolult családi viszonyokból adódó öröklött, genetikai okokkal magyarázhatóak csoportjába tartoztak, vagy a létért való állandó küzdelem miatti szerzett fogyatékoságok közé. Számukat tekintve feltételezhető, hogy a felnőttkort csak az enyhébb fogyatékosokkal élő gyermekek éltek meg. Feltevések vannak arról is, hogyan viszonyultak a fogyatékos emberekhez: a legfeltűnőbb sérülések csodálatot és egyben félelmet váltottak ki. Mindezek nagy valószínűséggel a fogyatékosok elszigeteléséhez is vezettek, s sérült embert, vagy természetfölötti erőnek tulajdonítva állapotát tisztelték, vagy esetleg pont emiatt elpusztították.

A társadalom fejlődése az élet minden területére hatással volt, így a fogyatékos gyermekek életére is. Az *ókorban* sem voltak még módszeresen kialakított gyógyító-nevelő eljárások, de kísérletekről már vannak feljegyzéseink. A rendellenességek egyre feltűnőbbé váltak, s a fogyatékosok még jobban elszigetelődtek ép társaiktól.

A *középkorban* bekövetkező társadalmi változások kihatottak a fogyatékosok helyzetére is. Az egyház irányító hatalmát az emberi tevé-

kenység minden területére kiterjesztette, az egész nevelési rendszer átalakult. A vallásos világnézet az orvostudományra is hatással volt. A kereszténység a felebaráti szeretetet, az elesettek védelmét, támogatását és megsegítését hirdeti. A fogyatékosok felkeltik a szájalmat a vallásos emberekben, törek-szenek arra, hogy megvédjék őket az épek részéről érhető támadásoktól. A korra jellemző misztikus felfogás azonban ellentmondásos dolgokat takar: a legtöbb esetben negatív hozzáállás tapasztalható a fogyatékosok irányában, a sérült gyermeket az ördög művének tekintik. Az anyát, aki fogyatékos gyermeket szült boszorkánnyként üldözik. A kor iskoláztatási színvonala fel sem veti azt a kérdést, hogy a fogyatékos gyermekek is valamilyen oktatásban részesüljenek. A szülők sokszor elrejtik fogyatékos gyermeküket, környezetük elől is titkolják létezésüket.

A középkori európai keresztény társadalom-felfogás szerint például a szegények és a fogyatékosok is az Úr gyermekei, akiknek szerepük van a társadalom organikus egységének fenntartásában. A gazdagok ünnepeinek és multságainak egyik rituális eleme volt az, hogy maguk közé engedték a koldusokat, és az alamizsnanyújtás általában is keresztényi cselekedet volt, olyan tett, ami Istennek tetsző. „Ha nem lennének koldusok, adakozni sem lehetne” – mondták, s a koldusokat, a szegényeket és a fogyatékosokat a természetes világberendezés szükségszerű kellékeinek tekintették.

Medicinális megközelítés

Az orvosi modell a fogyatékos-ságot személyes problémának tekinti, amelyet egy egészségügyi körülmény okozott, és orvosi beavatkozással enyhíthető. A legfőbb meghatározás szerint a fogyatékos-ság képességsökkenés. A fogyatékos-ság mérésének legismertebb eszközei a fogyatékos-sági táblázatok, amelyek alapján meghatározzák a képességsökkenés fokát és mértékét.

Pszichológiai megközelítés

Ezen megközelítésben nem a fogyatékos-ság, hanem a fogyatékos személy áll a vizsgálódás közepontjában. Olyan személyekről, gyermekekről, fiatalokról, felnőttekről van szó, akik sérülésük, akadályozottságuk, fogyatékos-ságuk ellenére legfőbb jellegzetességük az emberi mivoltuk. A személyiség megismerésében a „mátság”, a „különlegesség”, az „eltérés” feltérképezésén kívül a közös emberi vonásoknak, szükségleteknek kell előtérbe kerülnie. A pszichológia a fogyatékos személy megismerését hangsúlyozza, ezért a definíciót az egész embert

meghatározó bio-pszicho-szociális összefüggéseket tartalmazó holisztikus szemlélet alakítja. Rogow a következőképpen definiálja a fogyatékos-ságot: „A fogyatékos-ságot tekinthetjük úgy, mint valakire jellemző személyiségjegyet, de nem engedhetjük meg, hogy a gyermekek életét determináló faktorrá válják.” (6)

Társadalmi megközelítés

A fogyatékos-ság társadalmi aspektusát általában az orvosi modellel összefüggésben mutatják be. A társadalmi modell a személy elválaszthatatlan attribútumának tekinti a fogyatékos-ságot, amelyet a fizikai, társadalmi környezet, társadalom szerkezete, és az előítéletek határoznak meg. Ez arra utal, hogy a társadalomnak a fogyatékos-sághoz vezető helyzetekkel kellene inkább törődnie, mint a fogyatékos emberek beazonosításával. Az orvosi modellhez közel áll a szociális jóléti modell, amely a hátrányos helyzet és a kirekesztődés következményeinek tekinti a fogyatékos-ságot, ennek értelmében a hátrány enyhíthető pénzügyi juttatásokkal, szociálpolitikai intézkedésekkel (3, 20.p.).

A fogyatékos-ság ebből a szempontból csökkent munkaképességet jelent. A foglalkoztatás szempontjából hátrányos helyzetet, amely diszkriminációt kiváltó tényező is lehet. A mindennapos tevékenységet támogató intézkedések szempontjából a fogyatékos-ság többlet megélhetési költséget, támogatást, gondoskodást jelent (3, 79.p.).

Könczei György tudományos munkáiban szintén hangsúlyozza a társadalmi dimenziót a fogyatékos-ság megítélésében. A társadalom részéről érkező előítéletek, féligazságok korlátozzák a fogyatékos-ság élők társadalmi beilleszkedését. A sztereotípiák lerombolásában az első lépés lehet, hogy megpróbáljuk tájékoztatni az embereket. Tudatosítani kell a környezetben, hogy a fogyatékos személy nem beteg, csak „nem egészséges”. A meghaladott szemléletben az egészségesnek a fogyatékos az ellentéte, azonban, ha valaki nem „egzséges”, az nem feltétlenül beteg, csak bizonyos szempontból fogyatékos. Az egzséges dimenziói közül a fogyatékos csupán egy dolog. Azt is kimondhatjuk, hogy teljesen egzséges ember nagyon-nagyon kevés él. Az egzséges relatív fogalom, mert ha másokhoz viszonyítunk, mindig találunk hiányosságokat. (4)

Összegzés

A fent leírtak alapján jól látható, hogy a különböző tudományterületek, különböző korokban mást és mást értettek a fogyatékos-ság fogalmán.

Ez számunkra, a témával foglalkozó kutatók számára a holisztikus megközelítést erősíti. Nem elég csupán önmagában szemlélni a fogyatékos, hanem az emberrel kell foglalkoznunk. Azzal az egyénnel, aki önálló személyiség, meghatározott környezet-

ben, adott körülmények között, adott értékrendben él.

Ha ezt képesek vagyunk megvalósítani, akkor tudjuk igazán megérteni a fogyatékkal élők helyzetét, és tudunk segíteni a problémáik megoldásában.

Irodalomjegyzék

1. Kálmán Zsófia – Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig, Osiris Kiadó
2. Dr. Chikán Csaba (2001): Esélyegyenlőség, fogyatékoság. Mozgáskorlátozottak Pest Megyei Egyesülete
3. Fogyatékosügyi tanulmányok III.: A fogyatékoság definíciója Európában. összehasonlító elemzés
4. Szabó Laura: A boldogság relatív – fogyatékoság és szubjektív életminőség. Szociológiai Szemle 2003/3
5. Fukuyama (2003): Poszthumán jövődönk: a biotechnológiai forradalom következményei. Bp.: Európa,
6. Illyés Gyuláné - Lányiné Engermayer Ágnes (1998): Gyógypedagógiai pszichológia. In.: Pálhegyi Ferenc (szerk), Tankönyvkiadó, Budapest
7. Statisztikai tükör I. évf. 17. sz. Fogyatékkal élők

The appearance of the idea of being disabled in different historical ages and areas of science

Tobak, O.

University of Szeged Faculty of Health Sciences and Social Studies,
Specialized Group For Health Visitors' Work and Methodology
e-mail: tobako@etszk.u-szeged.hu

Keywords: disabled, prejudice

Summary

This essay is a part of a research dealing with the life quality of the families raising up children living with autism; its aim to support the efficiency of the health visitors' nursing job.

The study deals with the concept of the deficiency appearing on different areas of science. It presents the earliest studies about the disabled people from the prehistoric age to our days.

It deals with the first appearance of prejudices, their reasons and the suggestions for solution at the different areas of science.

We tried to reveal as many disciplines as possible which get into contact with disabled people in some form or another, from historical-culture anthropology through philosophical, psychological and religious approaches.

Following the exploration it can be declared that in different ages different fields had different views on the concept of deficiency that strengthens the importance of the holistic view.

Az asszertív magatartás jellemzői az ápolásban

Erdősi Erika - Helembai Kornélia - Papp László

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

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

Kulcsszavak: asszertív és nonasszertív magatartás, ápoláskutatás.

Összefoglalás

A tanulmány az asszertivitás elméleti kérdéseivel foglalkozik. Bemutatja a fogalom értelmezéseit, valamint az asszertív és a nonasszertív magatartás felosztási alapjait és az egyes típusok jellemzőit. Ezt követően összegzi az asszertivitás-kutatás tapasztalatait az ápolástudomány területén, különös tekintettel az ápolói nonasszertivitás lehetséges okainak feltárására.

Bevezetés

Alapvető szükségletünk a másokkal való érintkezés, a társas interakciókban való részvétel, a csoporthoz tartozás által nyújtott biztonság érzése. Kapcsolataink minőségéért felelősséggel tartozunk: építhetünk és rombolhatunk is tetteinkkel, szavainkkal, gondolatainkkal. A segítő foglalkozást végzőkre, így az ápolókra még inkább igaz, hogy szereppartneri viszonyrendszerüket kongruens módon, a másik fél jogait, méltóságát, igényeit figyelembe véve kell kezelniük a professzionális, eredményes munkavégzés érdekében.

Az ápolás középpontjában az ápoló-beteg/kliens kapcsolat áll. „Az ápolás olyan foglalkozás, amelynek 'tárgya' az ember, és ebből következően a munkavégzés sikerét részben a betegekkel/kliensekkel és a szakma különböző szereplőivel való eredményes együttműködés határozza meg” (22).

A társadalomban létrejött szemléletbeli változások megkívánják az ápolói pálya átalakulását is. Az ápolás történetiségét tekintve jelentős fejlődésen ment keresztül, s napjainkban nagymértékben kiszélesedett az ápolói munka fogalma. A tevékenységközpontú ápolást a személyközpontú megközelítés váltotta fel, amely kiegészült a szignifikáns személyek, hozzátartozók, illetve az egyén számára fontos egyének körének bevonásával. A fejlődés, az új szemléletű ápolói tevékenység prioritásként határozza meg az ápolási folyamat keretein belül végzett tudatos betegvezetést, amelynek eredményessége jelentős mértékben az ápoló-beteg interakció sikerességétől, az asszertivitás mértékétől függ.

Az asszertivitás fogalma

Az asszertivitás iránti érdeklődés Salterig vezethető vissza, aki a Kondicionált reflexterápia című művében még „izgatottságnak” nevezte a fogalmat: egy olyan átfogó jellemvonást írt le, amely lehetővé teszi, hogy az egyén legyőzze gátlásait és passzivitását (46).

Wolpe használta nyomtatásban elsőként az asszertivitás kifejezést (53), továbbá ő volt az, aki az asszertív tréning terápiás technikáját formába öntötte. A szerző szerint az asszertivitás „nemcsak a többé-kevésbé agresszív magatartásra utal, hanem a barátságos, szeretetteljes és más nem izgatott érzések kifejezésére is”, és beletartozik „bármely, más személy iránt érzett emóció megfelelő módon való kifejezése a szorongás kivételével” (54).

A későbbi kutatások gyakran bevonták a „jog” fogalmát is az asszertív viselkedés leírásába. Lange és Jakubowski az asszertivitást a következőképpen határozta meg: „kiállni a személyes jogokért, és közvetlen, őszinte, megfelelő módon kifejezni a gondolatokat, érzéseket és vélekedéseket anélkül, hogy mások jogait sértenénk” (31).

Alberti és Emmons hasonlóképpen írta le az asszertivitást: „olyan viselkedés, mely lehetővé teszi, hogy az egyén a saját érdekei szerint cselekedjen, túlzott szorongás nélkül álljon ki jogaiért, és azokat úgy érvényesítse, hogy mások érdekeire is tekintettel legyen” (3).

Ezek a kutatások arra is rámutattak, hogy az asszertivitás mellett, hogy kiállunk a jogainkért, magába foglalja még egy sor érzelmű őszinte kifejezést: pl. jogos harag, törődés, szeretet. Lazarus

is inkább az asszertivitás szélesebb értelmezését választotta. Szerinte az asszertív viselkedés négy különálló reakció-osztályba sorolható, s ez a négy válaszminta manapság is sok asszertivitást vizsgáló kérdőív alapjául szolgál: (a) képesség nemet mondani; (b) képesség szívességet kérni és egyáltalán csak kérni; (c) képesség, hogy pozitív és negatív érzelmeket kifejezzünk; (d) képesség, hogy általános beszélgetést kezdeményezzünk, folytassunk és lezárjunk (32).

Galassi és Galassi az asszertivitásról szóló irodalom áttekintése alapján úgy vélték, hogy a kutatók leggyakrabban a következő viselkedési dimenziókat vonták be az asszertív magatartás vizsgálatába: (a) kiállni a saját jogokért; (b) kérést kezdeményezni és megtagadni; (c) dicséretet adni és kapni; (d) beszélgetést kezdeményezni, fenntartani és befejezni; (e) szeretetet és vonzódást kifejezni; (f) személyes véleményt nyilvánítani, beleértve az egyet nem értést is, és (g) indokolt haragot és bosszúságot kifejezni (17).

Kelly, Frederiksen, Fitts és Phillips az asszertivitást olyan fogalomként értelmezték, amely alapvetően két szociális készséget integrál magába, nevezetesen a pozitív és a negatív asszertív készségeket (más néven a dicsérő és az elutasító asszertivitást). A pozitív asszertivitáshoz tartozik az a képesség, hogy meleg, hízogó érzelmeket fejezzünk ki mások iránt, ha azok rászolgáltak a viselkedésükkel, míg a negatív asszertivitas az a képességünk, hogy más személy indokolatlan kérésének meggyőzően ellentmondjunk. Kelly és munkatársai szerint az interperszonális történések sikere attól függ, hogy a személy képes-e alkalmazni mindkét szociális reakcióformát az adott szituációs kontextusban (24).

Összegzésképpen levonhatjuk azt a következtetést, hogy a különböző nézetek általában megismétlik Alberti és Emmons korábbi meghatározását, habár másképp fogalmazzák meg azt, illetve egy-egy aspektusát kiemelve definiálják az asszertivitas fogalmát.

Az asszertív viselkedés elkülönítése a passzív, az agresszív és a manipulatív viselkedéstől.

A szakirodalmi források áttekintése kapcsán megállapíthatjuk, hogy az asszertív és a non-asszertív viselkedési formák elkülönítése két felosztási alap mentén történik.

Az egyik tipológia az asszertív magatartás mellett a non-asszertív viselkedés lehetséges megnyilvánulási formájaként a passzív és az agresszív magatartást említi.

Az asszertív viselkedés önmagunk és mások elfogadását jelenti, olyan önérvényesítő, reális önérté-

tékelésre, felelősségvállalásra épülő magatartást, melynek során az egyén nyíltan kifejezi érzéseit, gondolatait, érvényesíti jogait és ezáltal eléri céljait úgy, hogy közben figyelembe veszi mások érzéseit, jogait és érdekeit (3).

Kommunikációs jellemzők:

- verbális kommunikáció
 - a kívánságok egyértelmű, közvetlen, tárgyilagos megfogalmazása, az érzések őszinte kinyilvánítása/kifejezése, továbbá jellemzők az Én-típusú közlések (54)
- nonverbális kommunikáció
 - öntudatos, következetes üzenetek, figyelmes hallgatás; határozott, meleg, önbizalmat tükröző hang; nyílt tekintet, folyamatos szemkontaktus; ellazult, stabil testtartás (42).

A passzív viselkedés azon a meggyőződésen alapul, hogy a másik ember igényei, kívánságai fontosabbak a sajátjainál. Az egyén alacsony önértékeléssel rendelkezik, meg sem próbálja érdekeit képviselni. A társas interakciókat úgy ítéli meg, hogy kudarcot fog vallani, ezért inkább a háttérben marad. A passzív viselkedés célja általában az, hogy mások kedvében járjon és elkerülje a konfliktusokat. A passzív viselkedésű ember nem áll ki a jogaiért, vagy ha igen, azt oly módon teszi, hogy azt mások figyelmen kívül hagyják.

Kommunikációs jellemzők:

- verbális kommunikáció
 - gyakran használ sajnálkozó, bocsánatkérő szavakat, időhúzó szófordulatokat; nehezen fejezi ki magát, nem nyilvánítja ki direkt módon szándékát, elvárja, hogy mások találják ki a gondolatait
- nonverbális kommunikáció
 - szavak helyett tettek (nem közli, mit érez); úgy látszik, mintha nem úgy gondolná, ahogy mondja; gyenge, lefójtott, halk hangon beszél; kerüli a szemkontaktust, inkább oldalra vagy lefelé néz, tekintete könnyes, könnyörgő; testtartása görnyedt, támaszt kereső; kézmozdulatai idegesek, kapkodóak, kezei nyirkos tapintásúak/tapintatúak (42).

Az agresszív attitűd domináns, saját érdekeit mások elő helyező viselkedést jelent (gyakran az alacsony önértékelés túlkompensálásaként). A társas helyzeteket igyekszik kontrollálni, gyakran táplál negatív érzéseket mások iránt. Az agresszív ember kiáll jogaiért, de ha kell, közben megsérti mások érdekeit.

Kommunikációs jellemzők:

- verbális kommunikáció
 - indulatos beszéd, közléssorompók használata (vádaskodás, megbélyegzés, felsőbbrendű, gőgös kijelentések)
- nonverbális kommunikáció
 - feszült, éles, hangos, követelődző, tekintélyt követelő hang (esetenként „halálosan” nyugodt); kifejezéstelen, rezzenetlen tekintet, összehúzott szemek; testtartása fenyegető: csípőre tett kezek, széttett lábak; gyakran megsérti mások személyes kommunikációs terét; ökölbe szorított vagy karba font kezek, széles, indulatot, dominanciát tükröző gesztusok használata jellemzi (42).

Egy további felosztás szerint Gyarmathy nyomán önmagunk és mások elfogadása, illetve el

nem fogadása alapján négy viselkedéstípust különíthetünk el egymástól (1. sz. ábra).

Az előzőektől eltérően önmagunk és mások el nem fogadása kombinációjaként megjelenik a manipulatív magatartás. A manipulatív viselkedésű egyén – ahogy neve is mutatja – másokat manipulálva, különböző játszmák segítségével próbálja célját elérni. Alacsony önértékeléssel rendelkezik, nem bíz sem önmagában, sem másokban, állandóan gyanakszik, hogy környezete hozzá hasonlóan manipulálja.

Kommunikációs jellemzők:

- verbális kommunikáció
 - őszinteség hiánya, gyanakvás, bizalmatlanságra utaló megállapítások
- nonverbális kommunikáció
 - általános jellemző az inkongruencia; szemkontaktus kerülése vagy fürkésző tekintet; bizonytalan hang; görnyedt, bizonytalan

Önmagunk elfogadása

Környezetünk el nem fogadása	Agresszív	Asszertív	Környezetünk elfogadása
	<ul style="list-style-type: none"> • Önbizalom hiánya • Mások elfogadásának hiánya • Negatív érzések mások iránt • Harag és vádaskodás • Felsőbbrendűségi érzés • Minden helyzetet kontrollálni akar • Nem érdekli mások érzései 	<ul style="list-style-type: none"> • Önbizalom, reális önértékelés • Mások és önmaga elfogadása • Felelősségvállalás • Érdeklődik mások érzései, gondolatai • Őszinte, egyenes • Meghallgat másokat • Nyíltan kérdez 	
	Manipulatív	Passzív	
	<ul style="list-style-type: none"> • Önbizalom hiánya, alacsony önértékelés • Mások és önmaga elfogadásának hiánya • Gyanakvás • Őszintétlenség • Mások önértékelését is aláássa • Depresszió, motiválatlanság 	<ul style="list-style-type: none"> • Önbizalom hiánya, alacsony önértékelés • Önellfogadás hiánya • Negatív érzések önmaga iránt • Kisebrendűségi érzés • Önfeladás • Lelkiismeretfurdalás • Motiválatlanság 	

Önmagunk el nem fogadása

1. ábra: Az emberi viselkedés sémái

Forrás: (20)

testtartás; fokozottan figyelem a kellő távolság megtartására; tévova, a verbális kommunikációval nem összhangban lévő gesztusok (20).

Kutatási témánk szempontjából preferáljuk a non-asszertív magatartás passzív és agresszív altípusokra történő bontását, ugyanis egyrészt az ápolási folyamat során a betegvezetés metódusa, alapelvei számára ez a felosztás biztosítja inkább a megfelelő keretet, másrészt véleményünk szerint az „én nem vagyok rendben és te sem vagy rendben” interperszonális attitűd nem feltétlenül vezet konzekvensen minden esetben manipulatív viselkedéshez.

Az asszertivitás-kutatás tendenciái

Az asszertivitás-kutatás az ápolástudomány terén az 1960-as években jelent meg elsőként az USA-ban. A kezdeti tanulmányok az Edwards-féle Personal Preference Schedule (EPPS) segítségével az ápolók személyiségvonásait vizsgálták - többek között az engedelmességet, a dominanciát és az agresszivitást - összehasonlítva más foglalkozások hasonló életkorú és nembeli eloszlású csoportjaival. A vizsgálati eredmények alapján az ápolókra nagyfokú alárendelődés, a dominancia és az agresszió alacsony szintje volt a jellemző (1, 4, 44).

A továbbiakban számos kutatás egybehangzóan arra a következtetésre jutott, hogy az ápolók jelentős hányadára a nem asszertív viselkedésformák valamelyike érvényes, amely több tényező együttes hatásának az eredménye.

Kelly a női nemi szerepet sztereotipikusan jellemző attitűd nagyfokú dominanciájára utalt, amely meggátolja az asszertivitást azoknak a mindennapi helyzeteknek a kerülése következtében, amelyekben az ápolók más szignifikáns személyek részéről el nem fogadást, ellenszenvet tapasztalnak (25).

Wilson-Barnett (52) és Hase (21) Kellyhez hasonlóan kiemelték a nemi szerepből fakadó elvárások jelentőségét, azok kedvezőtlen hatását. Ugyanerre a megállapításra jutott Numerof (40), Dickson (9) és Holmes (23) is, kiegészítve azzal, hogy a hagyományos női szerepmintákon túl az ápolók tradicionális passzív, segítő-támogató szerepe a fő oka az interperszonális kapcsolatok bizonytalan kezelésének. Ez utóbbi ténytet támasztották alá Miller (37), Replogle és munkatársai (45), Dunham és Brower (12), továbbá McIntyre (36) vizsgálatai is. Az említett kutatók egyetértettek továbbá abban is, hogy az asszertivitás egyik alapvető feltétele

önmagunk és mások tiszteletének, valamint azon tény elfogadásának, hogy felelősek kizárólag csak saját magunkért vagyunk, másokért azonban nem.

Bush és Kjervik (7), valamint Porocho és McIntosh (43) a pályaszerep önálló gyakorlásának korlátozott voltában, az ún. „másodlagos, függő státusz” meglétében vélték felfedezni az ápolók non-asszertív viselkedésének elsődleges okát. Ugyanerre a következtetésre jutott Castledine (8) és Farrel (14) is, kiemelve azt a ténytet, miszerint a társas hatékonyságot jelentős mértékben gátló tényező az ápolók tudása, valamint az egyéni és professzionális jogok érvényesítése között meglévő szakadék.

Macdonald szerint az ápolóképzés során érvényesülő restriktív attitűd a meghatározó a probléma szempontjából (34), míg Vestal az asszertivitás fogalmának a helytelen értelmezését hangsúlyozta (50).

Finlayson kutatásai során arra a megállapításra jutott, miszerint az ápolók a rájuk jellemző szubmisszív viselkedés következtében gyakran válnak végül ingerültté a kliensekkel (15). Donner és Goering az előbbiekhöz hasonlóan azt állapította meg, hogy a non-asszertivitás eredményeként az ápolók sokszor kerülnek olyan helyzetekbe, amelyeket az „erélytelenség, csalódottság, kedvetlenség” fogalmakkal jellemeztek (10).

Az előbbiekből természetesen következik, hogy a munkával kapcsolatos elégedettség igen alacsony szintű az ápolók körében, ugyanakkor a terhelés foka igen magas. Pardue a szakmai kompetenciák közül elsőként az asszertivitást említette, mint a legfontosabb interperszonális tényezőt, amely biztosítja az együttműködést, a kohéziót és egyben a magas szintű betegvezetés alapját is (41). Vestal és Webb egyetértettek Pardueval a társas hatékonyság ápolási folyamatban betöltött szerepének fontosságában: „az asszertivitás alapvető eszköz az ápoló számára, amely képessé teszi arra, hogy sikeresen képviselje kliensét” (51).

Burnard és Morrison az önpercepció fontosságát hangsúlyozták a szereppartneri viszonyok rendszerében. Tanulmányukban kiemelték, hogy az ápolók hatékonyabbnak, kompetensebbnek érzik magukat a tekintélyelvűsége épülő helyzetekben (korlátozás, informálás és konfrontáció), és lényegesen kevésbé asszertívnek a facilitáló magatartást igénylő szituációkban (támogatás, katalizálás) (6).

A témában az egyik legátfogóbb kutatás Kilkus nevéhez fűződik. Ápolók körében vizsgálta:

- az asszertivitás mértékét
- az asszertivitást az életkor, a munkatapasztalat, a végzettség, a nembeli hovatartozás és a munkahely jellegének függvényében.

A vizsgált minta összességében asszertívnek volt mondható, melyet kellő mértékű önbizalom, valamint a társas környezet hatékony segítésére, vezetésére való törekvés jellemez. Szignifikáns különbség mutatkozott:

- az életkor vonatkozásában, ugyanis a 60 évnél idősebbek sokkal kevésbé voltak asszertívek, mint a többi korcsoportba tartozó ápoló
- a férfi ápolók, illetve a magasabb végzettséggel (MS, MA, PhD) rendelkező ápolók javára
- a különböző klinikumi területeken dolgozó ápolók között; a legmagasabb értéket a pszichiátriai osztályokon dolgozók érték el, őket követék az oktatásban és az adminisztratív területen dolgozók (26, 27, 28, 29).

Gerry - Kilkushoz hasonlóan - vizsgálta az asszertivitás és a különböző szociodemográfiai tényezők (életkor, képzettség, munkahely jellege) kapcsolatát. Továbbá arra kérdésre keresett választ, hogy maga a szituáció jellege (munkahelyi vagy ezen kívüli élethelyzet) befolyásolja-e az asszertív viselkedés meglétét. A szerző rámutatott, miszerint az életkor és a végzettség meghatározó a társas hatékonyság szempontjából, a legasszertívebbnek a 31-40 éves korosztály, illetve a legmagasabb szintű végzettséggel rendelkező csoport mutatkozott. A vizsgált minta a munkához kapcsolódó szituációkban szignifikánsan kevésbé asszertív magatartást tanúsított, mint a mindennapi élethelyzetekben, annak ellenére, hogy az ún. szakmai szerepek általában jól definiáltak, és ezáltal potenciálisan támogatják az önérvényesítő és felelősségteljes magatartást (18).

Slater kutatási beszámolójában az ápolók számára tartott asszertivitás tréning fő célkitűzéseit, tartalmi elemeit és eredményeit tette közzé. Ez utóbbiak közül fontosnak tartjuk kiemelni a szerző azon megállapításait, miszerint a vizsgált minta döntő hányada jelentős mértékben hatékonyabbnak mutatkozott a gyerekekkel, közeli ismerősökkel és barátokkal történő interakciók során, ugyanakkor problémát okozott számukra a hierarchiára épülő kapcsolatokban a domináns féllel történő asszertív magatartás megvalósítása. A verbális és a nonverbális kommunikációs készségek összehasonlítása kapcsán pedig egyértelműen bebizonyosodott, hogy a negatív vélemény kifejezését és a beszélgetés kezdeményezését általában sikeresen oldották meg az ápolók, viszont az érintés használata és a jogosnak érzett negatív érzések - pl. düh - megfelelő formában történő kifejezése számos esetben nehézséget okozott (47).

Suliman és Halabi a BSc képzésben részt vevő ápoló hallgatók kritikus gondolkodásának, önbe-

csülésének és szorongásának jellemzőit, illetve ezen tényezők közötti esetleges összefüggéseket vizsgálták. A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az önbecsülés szintje átlagos volt, a szorongás szintje relatíve magas értéket ért el, kritikai gondolkodásukra pedig az analitikus jelleg, a rendszerezettség és a realitásra való törekvés volt a jellemző. A szerzők szerint a kritikus gondolkodás pozitívan korrelált az önbizalommal, negatívan a szorongással, s ez utóbbi két tényező szintén negatívan korrelált egymással (48).

Kukulu, Buldukoglu, Kulakac és Köksal az ápoló hallgatók külső-belső kontrollosságának, a környezeti tényezők és a kommunikációs készségek asszertivitásra gyakorolt hatásának vizsgálatát helyezték kutatásuk középpontjába. Az eredmények alapján kizárólag a kommunikációs készségek mutattak szignifikáns összefüggést a hallgatók hatékony társas magatartásával. Ugyanakkor a szerzők felhívták a figyelmet arra, hogy az ápolóképzésben mindenképpen szerepelnie kell olyan elméleti moduloknak, szakmai készségfejlesztő foglalkozásoknak, amelyek a hallgatók kommunikációs készségének, a belső kontrollos cselekvésszabályozás, valamint a környezettől várt támogatási igény kifejezésének fejlesztésére fókuszálnak (30).

Addis és Gamble kutatásukban az asszertív magatartás meghatározott elemeit vizsgálták ápolók körében:

- kapcsolattartás a kliensekkel
- a kliensekkel töltött idő fontosságának megítélése
- a reménytelenség és a tehetetlenség érzése
- nyomáskényszer, elégedettség és elégedetlenség
- szorongás és félelem elfogadása, kezelése
- team-munka jelentősége
- segítő-elfogadó attitűd megléte, fontossága (2).

A kapott eredmények közül fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a foglalkozás jellegének megfelelően az ápolók egyöntetűen értékesnek tartották a betegekkel töltött időt, fontosnak a csapatmunkát, valamint a segítő-elfogadó attitűd meglétét a hatékony ápolás, betegvezetés érdekében. Az asszertivitás szempontjából kedvezőtlen a tehetetlenség, a gyakori túlterheltség érzése, az önmagukkal szemben támasztott elvárások időnként irreális jellege. A szorongás és a félelem általában az agresszív betegek kezelésével kapcsolatos szituációkban jelent meg. Ugyanakkor pozitívmódként értékelhetjük azt a hozzáállást, miszerint az ápolók elfogadták, hogy a szorongás és a félelem érzése a munkájuk természetes része,

amelyet problémaközpontú megküzdési mechanizmusok segítségével és egymás támogatásával kell sikeresen kezelni.

Norridge és Bell kutatásának fókuszában regisztrált ápolók számára összeállított ún. „Kognitív stílus” program áll, amely számos olyan tényezőt tartalmaz, melyek egyben az asszertivitás meghatározó jegyei is. Az eredmények közül a vizsgált téma szempontjából az alábbiakat tartjuk fontosnak kiemelni:

- az ápolók az empátiát munkájuk meghatározó elemeként értékelték, továbbá a kliensek vezetésével kapcsolatos döntések esetén az empátia és a problémamegoldó készségek egyensúlyára helyezték a hangsúlyt;
- a nonverbális kommunikációs jelek használatának és értelmezésének fontossága alacsony értéket kapott, amely ily módon mindenképpen a fejlesztendő területek közé tartozik;
- az asszertív viselkedés megléte különösen fontos azokban a helyzetekben, amikor az ápoló feladatokat delegál, képviseli kliensét, vagy esetlegesen konfrontálódik egy másik személlyel. A kapott eredmények alapján a nonverbális kommunikációhoz hasonlóan a társas hatékonyság szintén további fejlesztést igényel (39).

A betegvezetés során az asszertivitás szempontjából meghatározó jelentőségű, hogy az ápolók milyen mértékben és módon vonják be klienseiket az ápolási folyamatba. Falk-Rafael közösségi ápolók körében végzett vizsgálata során arra a következtetésre jutott, miszerint az ápolók 4 féle stratégia alkalmazásával segítik elő a betegek aktív részvételét, erőforrásaik mozgósítását a gyógyulás érdekében: a bizalmi kapcsolat kialakítása és fenntartása mellett a folyamatos támogatás, az információ átadása és a szükséges készségek fejlesztése, valamint ezek alapján a belső erőforrások tudatosítása az ápolók részéről preferált viselkedési minták (13).

A Nelson, Howell, Larson és Karpiuk által vizsgált Transzformatív Modell BSN képzésben résztvevő ápoló hallgatók számára kidolgozott módszer, amely a főiskolai képzés és a gyakorlat közötti szakadékot hivatott megszüntetni meghatározott ápolói kompetenciák fejlesztésével: segítő-támogató attitűd, vezetői készségek, asszertivitás és professzionális ápolói magatartás (pl. együttműködés). A programban résztvevő ápoló hallgatók asszertivitás értékei szignifikánsan magasabbak voltak a kontrollesoport értékeinél, illetve mindkét csoport vonatkozásában szignifikancia mutatkozott a klinikai gyakorlatok megkezdésekor és befejezésekor mért értékek között. Eszerint ez a terü-

let prioritást igényel, hiszen a kapott eredmények alapján egyértelműen megállapítható, hogy a társas hatékonyság fejlesztendő és egyben fejleszthető ápolói kompetencia (38).

Lee tanulmányában rámutatott, hogy az asszertív technikák alkalmazása konfliktushelyzetekben különösen hasznos az ápolók számára. ACUDSA modell alapján az ilyen típusú helyzetek hatékony megoldása a következő: szembesülni a helyzettel, megérteni a másik fél érzéseit, motivációját, definiálni a problémát, megoldást keresni és végül megvalósítani a legjobbnak tartott alternatívát. A szerző cikkében azt is megemlítette, hogy az ápolók nagy többsége nem ismeri az asszertivitás fogalmát, tartalmi összetevőit és természetesen tudatosan nem alkalmazzák az asszertív technikákat (33).

Timmins és McCabe tanulmányában megállapította, hogy miközben az ápolók egyre inkább eltávolodnak a hagyományos szerepeiktől, egyre fontosabbá válik számukra az önérvényesítő, felelősségteljes magatartásra épülő ápolás. Az asszertív viselkedés elsajátításához azonban kevés segítséget kapnak, a vizsgált minta csupán 37 %-a vett részt asszertív tréningen, jellemzően nem az alapképzés részeként. Az ápolók főleg közvetlen kollégáikkal viselkedtek a leginkább asszertíven, és általában pozitívan értékelték a tőlük kapott véleménynyilvánítást, továbbá nyíltan jelezték egymásnak kéréseiket. A legkevésbé hatékony magatartás az ápoló-orvos és az ápoló-vezetőápoló szereppartneri viszonyokban volt megfigyelhető, különös tekintettel az esetleges egyet nem értés kifejezésére és a konstruktív kritikái észrevételek megtételére az ápolók részéről. Az asszertivitást leginkább támogató tényezőnek a betegek iránt érzett felelősség és a megszerzett tudás bizonyult, míg a vezetés, a munkahelyi légkör és a szorongás az asszertivitást elsődlegesen gátló faktorok voltak (49).

Egy későbbi kutatásában a szerzőpáros a társas hatékonyságot a vezetőápolók szempontjából vizsgálta: arra a kérdésre kerestek választ, mit tehetnek a vezető beosztásban dolgozó ápolók beosztottaik hatékonysága érdekében. Meglepő módon maguk a vezetőápolók sem támogatták kollégáik asszertív viselkedését. Különösen jellemző volt ez azokban a helyzetekben, amikor beosztottaik feléjük irányuló kritikát, ellenvéleményt vagy csupán észrevételt fogalmaztak meg. Az ápoló-beteg szereppartneri viszonyban azonban ugyanez a viselkedés a vezetés által az ápolóktól elvárt magatartásformák közé tartozott (35).

Számos korábbi kutatás is rámutatott a vezetőápolók beosztottaik asszertív viselkedésé-

ben betöltött szerepének fontosságára, valamint arra a tényre, mely szerint az ápolói személyzet általában alulértékelt a vezetés részéről (5, 11). Freeman és Adams megközelítésében alapvető jelentőségű az ápolók társas hatékonysága szempontjából a munkahelyi környezet, illetve az egészségügyi team minden egyes tagjára nézve - beleértve a vezetőápolókat, orvosokat is - definiálni az aszsertivitást segítő külső és belső faktorokat (16).

Az előzmények áttekintése alapján megállapíthatók az asszertivitás-kutatás jellemző tendenciái. Számos kutató arra következtetésre jutott, hogy az ápolók körében igen nagy százalékban figyelhető meg a nonasszertív magatartásformák valamelyike. Döntően a passzív attitűd dominanciája a meghatározó, amely több tényező együttes eredménye. Ennek kapcsán kiemelten fontosnak bizonyult az ápolói hivatás tradicionális szubmisszív jellege

az egészségügyi hierarchiában, továbbá ehhez szervesen kapcsolódik a hagyományos női szerepmintákból fakadó, a mások érdekeit előtérbe helyező attitűd megléte. Egy másik tendencia a személyiségvonások és az asszertivitás közötti összefüggések feltárására fókuszált. Az előzőekkel egybehangzóan centrális tényezőnek a dominanciaalárendelődés dimenzió mutatkozott. Mindezek mellett megjelent az asszertivitás vizsgálata a különböző szociodemográfiai faktorok függvényében, valamint meg kell említenünk az asszertivitást befolyásoló külső faktorokat (munkakörnyezet, munkahelyi kapcsolatrendszer, a vezetés jellege) előtérbe helyező megközelítést. Végezetül több kutató helyezett hangsúlyt az ápolói kompetenciák fejlesztésének szükségességére, valamint ezeknek a komplex programoknak, tréningeknek a hatékonyságvizsgálatára.

Irodalomjegyzék

1. Adams, J., Klein, L.R. Students in nursing school consideration in assessing personality characteristics. *Nursing Research*; 1970; 19(4): 362-366.
2. Addis, J., Gamble, C. Assertive outreach nurses' experience of engagement. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*; 2004; 11: 452-460.
3. Alberti, R.E., Emmons, M.L. *Your Perfect Right: A Guide to Assertive Living*. California, San Louis: Impact Publishers; 1978; 2.
4. Bailey, J.T., Claus, K.E. Comparative Analysis of the Personality Structure of Nursing Students. *Nursing Research*; 1969; 18: 320-326.
5. Burnard, P. Developing confidence. *Nursing*; 1992; 4(47): 9-10.
6. Burnard P., Morrison, P. Nurses' perceptions of their interpersonal skills a descriptive study using six category intervention analysis. *Nurse Education Today*; 1988; 8: 266-272.
7. Bush, M.A., Kjervik, D. The Nurse's Self Image. In: *Woman in Stress, A Nursing Perspective*, (Kjervik, D.K., Martinson I.M.eds); New York: Appleton-Century-Crofts; 1979.
8. Castledine, G. Nurses must stop themselves being used by doctors. *British Journal of Nursing*; 1997; 4(6): 234.
9. Dickson, A. A. *Woman in Your Own Right*. London: Quartet; 1982.
10. Donner, G., Goering, P. Helping nurses learn assertiveness. *Journal of Nurse Education*; 1982; 21(3): 14-19.
11. Drach-Zahavy, A., Dagan, E. From caring to managing and beyond: an examination of the head nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*; 2002; 38(1): 19-27.
12. Dunham, R.G., Brower, H.T. The effects of assertiveness training on the nontraditional role assumption of geriatric nurse practitioners. *Sex Roles*; 1984; 11: 911-921.
13. Falk-Rafael, A.R. Public health nurses used 4 strategies to facilitate client empowerment. *Evidence-Based Nursing*; 2002; 5: 94.
14. Farrel, G.A. From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*; 2001; 35(1): 26-33.
15. Finlayson, S. The nurse as an agent of social change. *Australian Nurses Journal*; 1981; 8: 54-56.
16. Freeman, L.H., Adams, P.F. Comparative effectiveness of two training programmes on assertive behaviour. *Nursing Standard*; 1999; 13(38): 23-35.
17. Galassi, M.D., Galassi, J.P. Assertion: A critical review. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 1978; 15: 16-29.
18. Gerry, E.M. An investigation into the assertive behavior of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*; 1989; 14: 1002-1008.
19. Gordon, T. T.E.T. *A tanári hatékonyság fejlesztése*. Budapest: Gondolat Kiadó; 1990; 138-153.

20. Gyarmathy É. Asszertivitás-önelfogadás és mások elfogadása. <http://www.lelekbenotthon.hu>
21. Hase, S. Assertiveness through communication. *Australian Nurses Journal*; 1984; 14(4): 56-58.
22. Helembai K. Általános ápoláslélektan. A beteg-kliensvezetés pszichológiája. Az ápolóképzés tankönyve. Kézirat. Szeged, 2008; 13.
23. Holmes, P. Man appeal. *Nursing Times*; 1987; 20(83): 24-27.
24. Kelly, J.A., Frederiksen, L.W., Fitts, H., Phillips, J. Training and generalization of commendatory assertiveness: A controlled single subject experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 1978; 9: 17-21.
25. Kelly, J.A. The simultaneous replication design: The use of a multiple baseline to establish experimental control in a single group social skills treatment studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1980; 11: 203-207.
26. Kilkus, S.P. Adding assertiveness to the nursing profession. *Nursing Success Today*; 1986; 3(8): 17-19.
27. Kilkus, S.P. Assertiveness levels of professional nurses Unpublished master's thesis University of Wisconsin-Eau Claire; Wisconsin: Eau Claire; 1987.
28. Kilkus, S.P. Self-assertion and nurses a different voice. *Nursing Outlook*; 1990; 38(3): 143-145.
29. Kilkus, S.P. Assertiveness among professional nurses. *Journal of Advanced Nurses*; 1993; 18: 1324-1330.
30. Kukulcu, K., Buldukoglu, K., Kulakac, Ö., Köksal, C.D. The effects of locus control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Social Behavior and Personality*; 2006; 34(1): 27-40.
31. Lange, A.J., Jakubowski, P. *The Assertive Option: Your Rights & Responsibilities*; Champaign, III, Research Press; 1978; 7.
32. Lazarus, A.A. On Assertive Behavior: A Brief Note. *Behavior Therapy*; 1973; 4: 697-699.
33. Lee, H. Assertiveness techniques are useful in conflict situations. *Nursing Standard*; 2007; 22(13): 33.
34. Macdonald, J. Time for change. *Nursing Times*; 1986; 82(26): 27.
35. McCabe, C., Timmins, F. How nurse managers let down staff. *Nursing Management*; 2006; 13(3): 30-35.
36. McIntyre, T. J., Balfour, J., McIntyre, S.L. Assertion training: The effectiveness of a comprehensive cognitive behavioural treatment package with professional nurses. *Behaviour Research and Therapy*; 1984; 22(3): 311-318.
37. Miller, M.H. Self-perception of nurse practitioners changes in stress, assertiveness and sex role. *Nurse Practitioner*; 1977; 2(5): 26-29.
38. Nelson, M.L., Howell, J.K., Larson, J.C., Karpiuk, K.L. Student Outcomes of the Healing Web: Evaluation of a Transformative Model for Nursing Education. *Journal of Nursing Education*; 2001; 40(9): 404-413.
39. Nortridge, J.A., Bell, M.L. Recognizing RNs' Cognitive Style Preferences. *Nursing Management*; 1996; 27(8): 40-43.
40. Numerof, R. Assertiveness training. *American Journal of Nursing*; 1980; 80(10): 1796-1798.
41. Pardue, S.F. Assertiveness for nursing. *Supervisor Nurse*; 1980; 11(2):47-50.
42. Perczel D., Tringer L. Az asszertív viselkedés fejlesztésének lehetőségei, elméleti áttekintés. *Psychiatria Hungarica*, IX. évf. 6. szám, 1994. december: 583-596.
43. Porocho, D., McIntosh, W. Barriers to assertive skills in nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*; 1995; 4: 113-123.
44. Reece, M.M. Personality Characteristics and Success in a Nursing Program. *Nursing Research*; 1981; 10: 172-176.
45. Replogle, W.H. et al. Locus of Control and Assertive Behavior. *Psychological Reports*; 1980; 47: 769-770.
46. Salter, A. *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Capricorn Books; 1949.
47. Slater, J. Effecting personal effectiveness: assertiveness training for nurses. *Journal of Advanced Nursing*; 1990; 15: 337-356.
48. Suliman, W.A., Halabi, J. Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students. *Nurse Education Today*; 2007; 27: 162-168.

49. Timmins, F., McCabe, C. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*; 2005; 51(1): 38-45.
50. Vestal, K.W. Assertiveness it's a two-way street. *The Journal of Practical Nursing*; 1980; 30(11): 28-29.
51. Webb, C. Speaking up for advocacy. *Nursing Times*; 1987; 83(34): 33-35.
52. Wilson-Barnett, J. Stand up for your rights. *Nursing Mirror, Suppl.*; 1983; 156(15), III-IV.
53. Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press; 1958; 113.

The features of assertive behaviour in nursing

Erdósi, E. - Helembai, K. - Papp, L.
University of Szeged Faculty of Health Sciences and Social Studies
Department of Nursing
e-mail: era@etszk.u-szeged.hu

Keywords: assertive and non-assertive behaviour, nursing research.

Summary

The study deals with the theoretical questions of assertiveness. It describes the interpretations of the concept and the bases of the classification of assertive and non-assertive behaviour and the characteristics of each type. Furthermore, the results of the assertiveness research in nursing science are summarised with special regard to the possible causes of nurses' non-assertiveness.

Tanácsadás az ápolásban- sztereotípiák a valóságban

Boros Katalin Gyöngyi

végzett ápoló szakos hallgató

Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály

e-mail: borka01@citromail.hu

Kulcsszavak: tanácsadás, alapelvek, önállóság premisszái

Összefoglalás

Az 1997. évi CLIV. Törvény az Egészségügyről az ápolók kötelező érvényű feladataként előírja a tanácsadás nyújtását a betegek/kliensek számára a betegvezetés során. Jelentősége ellenére azonban az említett tanácsadáshoz szükséges feltételek teljesülését célzó vizsgálatok száma rendkívül kevés.

A vizsgálat célja volt ezért feltárni a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülését, valamint az alkalmazott tanácsadói stílusokat, amely tapasztalatok felhasználhatók a képzés fejlesztésében.

A felmérésben 43 fő harmadéves ápoló szakos nappali tagozatos hallgató vett részt, az eredmények értékelését 2008-ban végeztük el.

A vizsgálat módszere az ún. „Csapdakeresés” módszere volt.

Az eredmények közül elsőként a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülését vizsgáltuk. Az ápoló hallgatók 51,2 százaléka az ápolást tradicionális felfogásban értelmezi, azaz a betegek bevonása nélkül, helyettük akarnak gyógyulni. A betegek aktivitásának elvárása az önállóság premisszáinak segítségével mérhető fel. Ezek során a mintában használt premisszák esetlegesek és bizonytalanok, valamennyi premissza az esetek 16,69 százalékában teljesült. Az ápolói attitűd vizsgálata során a példaszituációkban legmagasabb, 60,4 százalékban a restriktív vonást hordozó betegvezetési stílusok előfordulása.

Megállapítható, hogy mind az alapelvek, mind pedig a betegvezetési stílusok tekintetében a sztereotípiák élénken élnek, és működnek a valóságban, amelyek módosításához szükséges a képzés hozzájárulása.

Bevezetés

Az ápolás - különösen az elmúlt fél évszázad során - jelentős változásokon ment keresztül, amely nyomon követhető az ápolástudomány elméletalkotóinak gondolkodásában. 1955-ben Hall a beteg energiáját és motivációját helyezi a folyamat középpontjába. Alig 5 évvel később Abdellah az ápolást, mint probléma megoldási feladatot értelmezi, ahol problémaként a beteg szükségleteit tekinti. Szinte ugyanekkor Orlando a páciens viselkedésével mutatja a segítség iránti kérését. Véleménye szerint azért kell a rutinszerű ellátást a minimumra csökkenteni, hogy ne a tulajdonított, hanem az egyén valódi szükséglete érvényesüljön. Henderson felfogásában az embereknek hasonlóak a szükségleteik, melyeket értelmezni kell, majd pedig meg kell határozni a szükséglet kielégítés

mértékét. Az ápolónak támogatnia kell az egyént a napi tevékenység elvégzésében, illetve az önállóság lehető legteljesebb mértékű elnyerésében. Orem 1971-es ápolási modellje az önellátási képességre helyezi a fő hangsúlyt, mert ennek legcsekélyebb zavara kihat az egyén egész további életére. Peplau az ápolást, mint interperszonális kapcsolatot szemléli, mely két vagy több egyén interakciója egy közös cél érdekében. Az interakciók során a szereplők elismerik egymást, és mindketten tanulnak, gyarapodnak a kapcsolat eredményeként.^{1,2,4}

Az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről tartalmazza az ápolással kapcsolatos követelményeket és elvárásokat. Az ápolás feladatainak sorában a fájdalom csökkentésén, a szenvedés enyhítésén és a szükséges beavatkozások végrehajtásán túl megtalálhatjuk a beteg/kliens segítségének kötelezettségét az önellátó képességének meg-

tartásában, és/vagy a lehetséges mértékű visszacszerzésében, amely célkitűzések elérését az ápolók az egészségnevelési és tanácsadási tevékenységükkel támogatják.^{3,7}

A tanácsadás a segítő kapcsolat módszere, ahol meghatározott alapelveknek kell érvényesülnie, amelyek a következők: az emberi méltóság tisztelete; kategorizálás elkerülése; beteg/kliens erejének felhasználása; bekapcsolódás elvárása a probléma megoldásába; az igények figyelembe vétele; az önállóság elvárása.

Az önállóság biztosítása érdekében az alábbi premisszáknak kell teljesülnie a munkában:

- a segítő és a beteget/klient egyaránt ösztönzi a közös alternatívák keresése;
- a segítő támogatja a döntés kialakítását;
- a segítő megosztja nézeteit, alternatívákat kínál;
- a kliens egyetértésével törekszik a változásra.

Az elvárások és a kötelezettségek objektív módon, törvényileg meghatározhatók, azonban a szerepekhez tartozó feladatokat az egyének mindig a saját egyéni stílusukban valósítják meg.

Az interakciós stílusokban négy fő viszonyulási formát különíthetünk el:

A restriktív, vagyis korlátozó ápolói magatartás a beteggel/klienssel szemben a saját elképzeléseit igyekszik érvényesíteni. Alapvetően pozitív beállítódású. A konfliktusokat általában feloldja, de egyúttal újabbak keletkeznek.

Az indifferens, azaz közömbös stílusjegy arra utal, hogy az ápoló a beteget/klient csak a problémák esetén veszi észre, és valójában nem törődik a kliens kapcsolat iránti törekvésével.

Az agresszív viszonyulásban – még ha burkolt módon is – az ápoló parancsol, öntevékenységet nem engedélyez; hivatkozásai egocentrikusak, és feladatorientáltság jellemzi.

Az inerciás, vagyis éreltlen magatartási mód ugyancsak kedvezőtlen. Az ápoló kiegyensúlyozatlan, tehetetlen. A beteg/kliens öntevékenységét nem gátolja, de nem is ösztönzi.

A partnerkapcsolaton alapuló ápolás feltétele valójában a kooperatív magatartási mód, amelyben az ápoló pozitív beállítódású és együttműködő. Épít a kliens tanulóképességére, ismeri a kliens érzelmeit és törekvéseit, továbbá ösztönzi és támogatja a segítséget kérő öntevékenységét.⁶

Az ápolói magatartást a szakmai szocializáció során sajátítjuk el. A korszerű szemléletnek megfelelő ápolói stílus kidolgozásakor éppen ezért a korábbi tanulások, tradicionális attitűdök befolyásoló szerepétől nem tekinthetünk el.

Ebből kiindulva a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

- Annak ellenére, hogy a tanácsadás kötelezettsége törvényileg rögzített - amely teljesítését a képzés is támogatja - a korábbi sztereotípiák továbbra is jelen vannak és gátolják a tanácsadás alapelveinek alkalmazását.
- Az ápoló hallgatók az interakciók alkalmával nem építenek a betegek/kliensek aktív részvételére a gyógyulás folyamatában, amely a sztereotípiák jelenlétét bizonyítja.
- Az ápolói betegvezetésben a tradicionális ápolói stílus érvényesül.

A vizsgálat során az ún. „Csapdakeresés” módszerét alkalmaztuk, amelynek instrukciója röviden a következő:⁵

Az alábbiakban egy helyzet leírása olvasható. Kérem, folytassa írásban a „történetet” párbeszéd formájában úgy, mintha Ön lenne ebben a szituációban az ápoló:

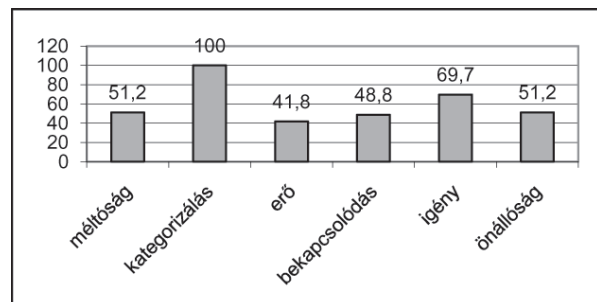
Cardiovasculáris inzultus után az orvos szigorú ágynyugalmat rendelt el a betegnek. (A beteg felnőtt, tudatállapota tiszta.) Az ápoló megigazítja a beteg ágycsapatját, és indul ki a kórteremből. Az ajtóból visszapillantva látja, hogy a beteg felkelni készül az ágycsapatból. Akkor az ápoló...

A vizsgálat célja volt feltárni a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülését, továbbá a betegek önállóságának igénylését az együttműködés során, valamint az ápoló hallgatók tanácsadói stílusát.

A felmérést 43 fő harmadéves ápoló szakos naplali tagozatos hallgató bevonásával végeztük el.

Eredmények

A vizsgálat során elsőként a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülését tártuk fel. A beteg kategorizálásának elkerülése 100%-ban érvényesül, amely kedvező diszpozíciónak tekinthető.

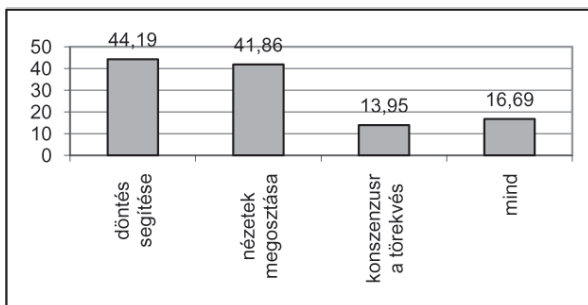


1. ábra: A segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülése (N=43)

Ezen kívül a beteg igényeinek figyelembe vétele területén tapasztalható magasabb (69,7%) arány, amelyet ugyancsak biztató jelzésként értelmezhetünk. A tanácsadásban nélkülözhetetlen önállóságra (51,2%), valamint a beteg bekapcsolódására (48,8%) és erejének felhasználására (41,8%) irányuló igény meglehetősen alacsony értéket mutat.

Ebből következtethetően elmondható, hogy az ápoló hallgatók nagy százaléka az ápolást még mindig a tradicionális felfogásnak megfelelően értelmezi, némi túlzással talán azt is mondhatjuk, hogy a betegek bevonása nélkül, helyettük akarnak gyógyulni.

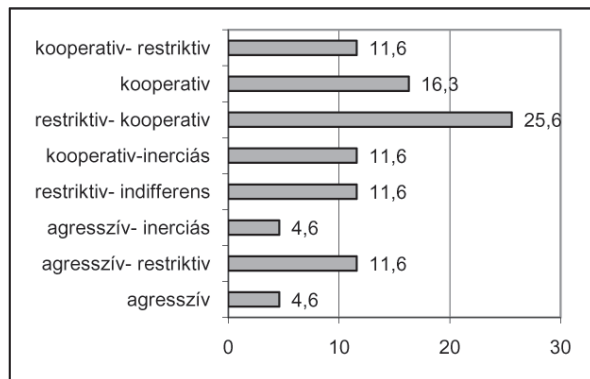
A következőkben a betegek aktivitásának elvárása területét közelebbről megvizsgálva az állapítható meg, hogy az önállóság igénylése a 43 párbeszéd közül mindösszesen 22 leírásban jelent meg.



2. ábra: Az önállóság premisszái (N=22)

Valamennyi premisszát a leírások 16,69 százaléka tartalmazta. A döntés segítésére (44,19%), valamint a nézetek megosztására (41,86%) utaló tartalmak relatíve magasabb aránya mellett a konszenzus keresésére irányuló törekvés rendkívül alacsony, 13,95% körüli preferenciára utal. Elmondható az is, hogy a premisszák alkalmazása a vizsgált mintában döntően esetleges és bizonytalan.

A pszichológiai értelmezés szerint agresszívnek minősül minden olyan megnyilvánulás, amely a másik emberben félelmet, kisebbségi érzést és büntudatot provokál. A tanácsadás szempontjából tehát a legrosszabb diszpozíció az agresszív kategóriával kapcsolódó stílusok jelenléte (20,8%), de igen kedvezőtlennek tekinthető a más kategóriák restriktív vonást hordozó betegvezetési stílusainak köre is (60,4%).



3. ábra: A megfigyelt tanácsadói stílusok (N=43)

Az elemzése alapján a szakmailag elvárható kooperatív magatartás ismérveinek a példaszituációk mindösszesen 16,3 százaléka felelt meg.

Konklúzióként így elmondhatjuk, hogy mind az alapelvek, mind a betegek bevonása és az ápolói stílusok vonatkozásában a sztereotípiák nagyon is élénken élnek és működnek a valóságban.

Összegzés

A felmérés alapján az erősségek körében említhetjük az elsajátított tanácsadási ismereteket, amelyek megjelennek a kedvező eredményekben, valamint a hallgatók nyitottságát és törekvését.

Gyenge pontoknak tekinthetjük a működő sztereotípiák jelenlétét, amelyek áthangolására az oktatására fordított rövid idő és a nagy létszámú csoportok nem elégségesek.

A továbblépést támogató lehetőségként tekinthetjük a tananyagtartalom célirányos felépítését, illetve a szupervíziók tapasztalatainak és a további kutatások eredményeinek hasznosítását, valamint a mentorrendszer fejlesztését, továbbá a szakmai továbbképzések szervezését.

Gátló tényező a fejlődést akadályozó szakmai politika, amely törvényileg megköveteli, de a valóságban nem fordít figyelmet a korszerű betegvezetés megvalósításához szükséges feltételek biztosítására. Az intézményekben tapasztalható a tanácsadás iránti fogadókészség alacsony foka, esetenként hiánya, amelynek következményeként sérülhet a pályaszocializáció, és végül, de nem utolsósorban a hallgatók alakuló tanácsadói attitűdje.

Az ápolás jelenlegi kedvezőtlen helyzetében fontos az erősségek és lehetőségek fejlesztése, amelyhez szisztematikus transzverzális és longitudinális kutatások egyaránt szükségesek.

Irodalomjegyzék

1. Patricia Potter- Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999. 24-44.
2. A. Pearson- B. Vaughan: Az ápolási gyakorlat modelljei. Medicina Könyvkiadó Rt., 1995.
3. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről.
4. Helembai Kornélia: Az ápolási és a tanácsadási folyamat kapcsolata. Nővér, 1995. 8/3. 3-7.
5. Helembai Kornélia: "A mi kis csapdáink". Hibás sztereotípiák a betegvezetésben. Nővér, 1997.10/5. 3-7.
6. Helembai Kornélia: A tanácsadói attitűd jellemzői diplomás ápolók körében. (In.: Egészségmegőrzés - Egészségfejlesztés - Egészséggondozás, szerk.:Pető É.) SZOTE Népegészségtani Intézet, a Manchester Metropolitan University és a British Council kiadványa, Szeged, 2000. 164-178.
7. Patricia Potter- Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999. 172-182.

Counselling in Nursing – Stereotypes in the Reality

Boros, K.

former student

University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center,

Vascular Surgery Department

e-mail: borka01@citromail.hu

Keywords: counselling, principles, premises of independence**Summary**

The Act of Parliament number CLIV of 1997 stipulates that nurses must provide patients/clients with counselling as part of their patient management. However significant it is, only little research has been done on whether the conditions required for counselling are fulfilled.

Thus the aim of this research was to explore the effectiveness of the principles of helping relationships and the counselling styles adopted by nurses, the results of which can be used in the development of nurse training, too.

43 third-year regular students took part in the survey and the results were analysed in 2008.

The method of the research was the so called "Looking for Trap."

First, we examined the effectiveness of the principles of helping relationships. 51.2% of the student nurses define nursing in the traditional sense that is they want to help patients without involving them in the process. The expectations of the patients' activities can be assessed by using independence premises. The premises used in the sample are incidental and vague; all the premises were fulfilled in 16.69% of the cases. When analysing nursing attitudes with model situations, we found the occurrence of restrictive patient management style had the highest proportion, 60.4%.

Conclusion: both the principles and the patient management styles are found to be full of traditional stereotypes, which are still functioning in our reality and nurse training has to participate in changing this.

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közzétették, 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