

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 sértenék” (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, hízog érzelmeket fejezzünk ki mások iránt, ha azok rászolgáltak a viselkedésükkel, míg a negatív asszertivitás 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).

Összegzőképpen 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 asszertivitás 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 túlkompenzálásaként). 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 bízik 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 kritikai 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.
