

# N Ó V É R

## AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2008. április 21. évfolyam 2. szám

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

#### A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők – egy felmérés tükrében

*Karamánné Pakai Annamária, Németh Katalin, Fekete Judit, Dr. Mészáros Lajos, Dér Anikó, Ramona Doms, Sylvia Ponyóckay, Mák Erzsébet, Bujtor Anna, Domján Péter, Dr. Balázs Péter*

3

#### Értékek dominanciája a pályaválasztásban

*Tóth Timea*

10

#### Összehasonlító presztízsvizsgálat diplomás ápoló hallgatók és pedagógus hallgatók körében

*Kovácsné Tóth Ágnes, Dr. Feith Helga, Dr. Balázs Péter, Dr. Dusek Tamás*

19

### KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

#### Tantervreform az egészségügyi felsőoktatásban

*Csóka Mária, Dr. Vingender István, Dr. Mészáros Judit*

29

### GRATULÁLUNK!

37

### ÁPOLÁSKUTATÁS

#### Az online kutatások módszertana

*Pákozdi Márta, Pillók Péter*

39

### KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

## NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 21. No.2. April 2008

## CONTENTS

## ORIGINAL CONTRIBUTION

Factors influencing the success of cervical screening programs — in the light of a survey  
*Karamánné Pakai, A., Németh, K., Fekete, J., Mészáros, L., Dér, A., Doms, R.,  
 Ponyóka, S., Mák, E., Bujtor, A., Domján, P., Balázs, P.* 3

The dominance of values in career choice  
*Tóth, T.* 10

Comparative prestige survey of degree nursing students and professors  
*Kovácsné Tóth, Á., Feith, H., Balázs, P., Dusek, T.* 19

## TRAINING

Curricular reforms in healthcare higher education  
*Csóka, M., Vingender, I., Mészáros, J.* 29

CONGRATULATIONS 37

## RESEARCH

The methodology of online research  
*Pákozdi, M., Pillók, P.*

## Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

## Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

## Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József  
*egyetemi docens*

Kárpáti Zoltán  
*ápolási menedzser*

Oláh András  
*adjunktus*

Szloboda Imréné  
*ápolási igazgató*

Tóth Ibolya  
*szakmai vezető főtanácsos*

Dr. Zékányné Rimár Ilona  
*ápolási igazgató*

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

## Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*  
 Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*  
 Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*  
 SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*  
 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*  
 PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ  
 Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*  
 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest


Dr. Rác Jenő, *elnök*  
 Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné, *bizottsági elnök*  
 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Minőségügyi Bizottság, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*  
 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,  
 Országos Működési Nyilvántartás, Budapest

Vízvári László *főigazgató*  
 Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

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

# A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők – egy felmérés tükrében

Karamánné Pakai Annamária<sup>1</sup>, Németh Katalin<sup>2</sup>, Fekete Judit<sup>1</sup>,  
Dr. Mészáros Lajos<sup>1</sup>, Déry Anikó<sup>1</sup>, Ramona Doms<sup>3</sup>, Sylvia Ponyóckay<sup>4</sup>, Mák Erzsébet<sup>5</sup>,  
Bujtor Anna<sup>1</sup>, Domján Péter<sup>1</sup>, Dr. Balázs Péter<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központ

<sup>2</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar Pécsi Képzési Központ

<sup>3</sup> Németország, Pflegedienst Stralsund

<sup>4</sup> Ausztrália, Queensland, North Arm, Nambour General Hospital

<sup>5</sup> Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

## Összefoglaló

A Nemzeti Népegészségügyi Program keretén belül 2003-ban indult meg a személyes meghíváson alapuló méhnyakrák-szűrés, melynek tapasztalatai kedvezőtlen képet mutatnak. Tanulmányuk során a szerzők arra kerestek választ, hogy miért nem élnek a nők a felkínált lehetőséggel, mi az oka a szűrővizsgálattól való távolmaradásnak.

A mintát a Zala Megyei Kórház ápolói, valamint egy zalaegerszegi nagyvállalat női dolgozói közül kényelmi mintavételi technikával kiválasztott 205 nő képezte. A szerzők a távolmaradás mérésére 6 változót alkalmaztak. A válaszadók egynegyede a félelmet, a hosszú várakozást, az „intimszféra” sérülését, a fájdalmas vizsgálatot jelölte meg.

Ismert tény, hogy egy lakossági szűrővizsgálat csak akkor lehet hatékony, ha a szűrendő populáció tagjainak is igénye van a szűrésre. A szűrésen való részvételi arány növelésében döntő lépés az ismeretek szélesebb körű elterjesztése, a szűrővizsgálatok előtti, alatti és utáni információ-szolgáltatás, amely segít kivédeni a lehetséges negatív hatásokat, befolyásolja a szűrés megtapasztalását és hozzásegít a szűrővizsgálati eredmény okozta lelki traumák megelőzéséhez.

## Bevezetés

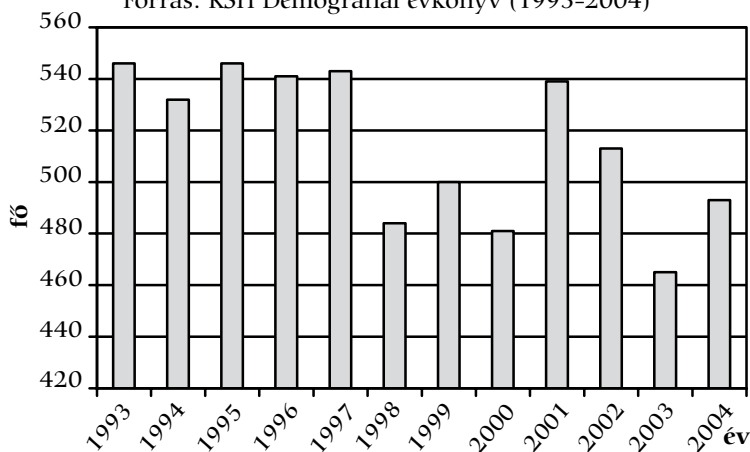
Hazánkban a főbb halálokok között igen magas az úgynevezett szűrhető daganatos megbetegedések részaránya. Közülük a méhnyak rosszindulatú daganata szervezett szűrővizsgálattal és az időben történő megfelelő ellátással nagymértékben kiküszöbölhető. Bizonyított, hogy a méhnyakrákos megbetegedés incidenciájának és mortalitásának csökkenése csak a szervezett szűrés megvalósításával érhető el. (Cseh, 2003)

A Központi Statisztikai Hivatal halálloki adatközlése szerint 1993–2004. évek közötti mortalitási adatokat bemutatva kiemeltük, hogy Magyarországon 2004-ben 493 nő halt meg méhnyakrák miatt. Az Egész-

ségügyi Világszervezet adatbázisából nyert adatok szerint a magyarországi méhnyakrák-halálozás évtizedek óta ezen a szinten mozog, és egyre nagyobb arányban haladja meg az Európai Unió tagországainak átlagát (KSH, WHO adatbázis) (1. és 2. ábra). A méhnyakrák-szűrések hazai részvételi mutatóit Boncz et al. (2007) elemezte. Míg 2000 és 2002 közötti 3 évben 1 667 618 nőnél végeztek citológiai vizsgálatot, addig ez a szám 2003 és 2005 között 1 749 498 főre emelkedett. A 25–64 év közötti korosztályban 2000 és 2002 között az 1 éves lefedettség 22,0–23,3% között változott, 2003 és 2005 között 23,4–24,3%-ra, ugyanez idő alatt a 3 éves lefedettség 48,9%-ról 52,6%-ra emelkedett.

**1. ábra: A méhnyak rosszindulatú daganata miatti halálozások száma Magyarországon**

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv (1993-2004)



### Vizsgálati minta és módszer

A kvantitatív vizsgálat időtartama 2007. január 1. – 2007. június 30. közötti időszak volt. Az adatgyűjtési módszerünk irodalomkutatás és kérdőíves felmérés. A mintát a Zala Megyei Kórház nővérei, valamint egy zalaegerszegi nagyvállalat női dolgozói közül kényelmi mintavételi technikával kiválasztott nők képezték. Vizsgálatunk önkitöltős, anonim kérdőív segítségével történt. A kérdések összeállításában a fő hangsúlyt az egészségi állapotra, a méhnyakrák-szűréstől való tá-

volmaradás okainak vizsgálatára helyeztük.

240 db kiosztott kérdőívből 205 db kitöltött kérdőív érkezett vissza, a kérdőív 90%-a, melyet az ábrázolásnál a válaszadók 100 %-ának tekintettünk (laikus 120 fő, egészségügyi dolgozó 85 fő).

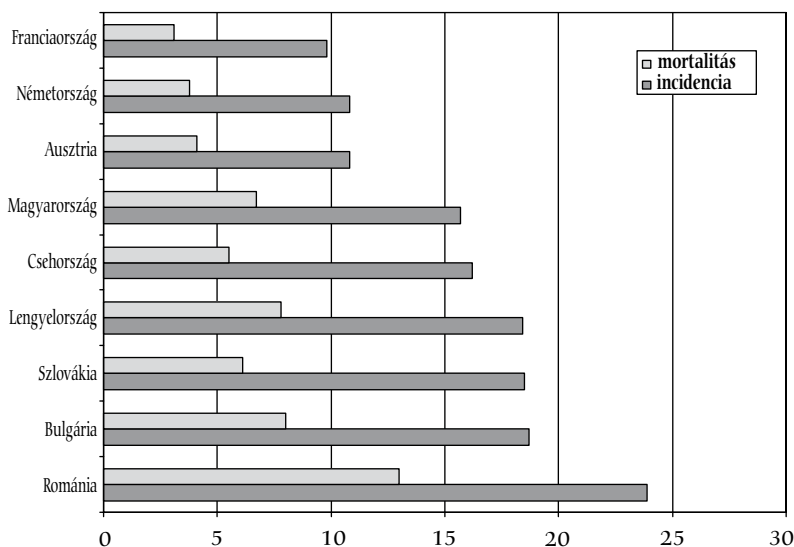
### Eredmények

#### Szociodemográfiai adatok

A megkérdezett nők életkori eloszlását a 3. ábra szemlélteti. A kérdőívet döntő több-

**2. ábra: A rosszindulatú méhnyak-daganatok előfordulása egyes európai országokban (100.000 fő/standard életkor alapján)**

Forrás: World Health Organization/ICO Information Centre (2007)



ségben a veszélyeztetett korosztály (35–45 év) töltötte ki. A válaszadók végzettségüket tekintve főként érettségivel rendelkeznek (szakközépiskola/gimnázium: 108 fő), azonban jelentős a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma is. Nem számottevő a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők köre.

### Egészségi állapot

A népességnek a saját egészségi állapotára vonatkozó önbesorolása, az úgynevezett szubjektív egészség az egészségi állapot egyik legmegbízhatóbb jelzője. Mivel az egészséget – csakúgy, mint a betegséget – többféleképpen definiálják, az egészségi állapotot sem lehet értelmezni kizárólag klinikai státusz alapján. Olyan összetett, többdimenziójú jelenségről van ugyanis szó, amely magában foglalja az objektív, diagnosztizálható jeleken túl azok szubjektív értékelését is. Az ember szubjektív ítélete már csak azért sem hagyható figyelmen kívül, mert sokszor éppen ennek hatására születik meg a döntés, hogy orvoshoz fordul-e vagy sem, amely meghatározó lehet későbbi egészségi állapota szempontjából (Belec et al., 2004).

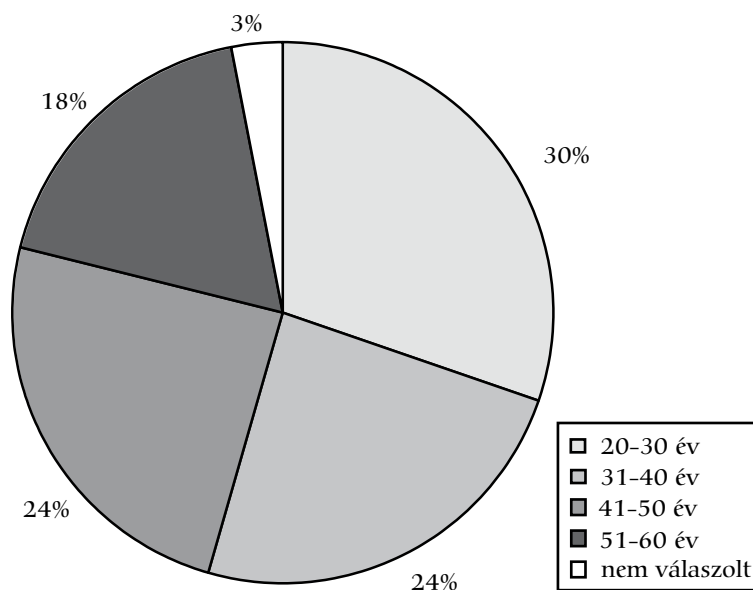
A vizsgálatban résztvevők egészségi önértékelését négyfokú skála segítségével mértük. Mindössze a válaszadók 10 %-a választotta a kiváló minősítést, legtöbben (65%) a saját

egészségi állapotukat jó minőségűnek ítélték meg. A válaszadók 23%-a gondolta úgy, hogy egészsége rossz, illetve nagyon rossz. Meglepő módon a kérdezettek szociodemográfiai jellemzői (foglalkozás – és település típus) és az egészségi állapot eredményei között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot [ $\chi^2=3,15$ ; elfogadási tartomány: 0–5,99].

### Nőgyógyászati vizsgálaton való részvétel

A méhnyakrák-szűrés egyike a Nemzeti Programban foglalt lakosságszűrési módzatoknak, amelyeknek végrehajtása – a szolgáltatók erőfeszítései dacára – mind ez ideig kudarcnak ítéltető. A fejlett világ számos országában a méhnyakrák elleni küzdelem az egészségügyi ellátórendszer sikertörténete, mert a szervezett szűrővizsgálat olyan módszer, amely a betegség korai felismerését és korai kezelését teszi lehetővé, és végső fokon a betegség teljes „eradikálását” ígéri. Ezekben az országokban minden egyes méhnyakrákból eredő halálesetet a hozzá nem értés, hanyagság, bűnös mulasztás következményének tartanak, amelyért vagy az egészségügyi ellátó rendszer fogyatékoságait, vagy az áldozatok önmaguk sorsával szemben tanúsított közömbösségét

3. ábra: A vizsgálati mintában szereplő nők életkor szerinti megoszlása, % (N=205)



terheli a felelősség (Kovács, 2007). A statisztikai adatok alapján hazánkban sajnos nem ez a helyzet: 2003 szeptemberében megindult személyes meghíváson alapuló szűrőprogram kezdeti tapasztalatai kedvezőtlenek, mert a női populáció részvételi aránya alacsony, melyet a korábbi kutatásaink, illetve a kérdésekre adott válaszok is részben igazolnak. A laikus csoport kevesebb, mint 45%-a jár rendszeresen (évente) szűrővizsgálatra. Az egészségügyi dolgozók közül 64%-a jelenik meg évente vizsgálaton. A megkérdezettek egynegyede a kívántnál ritkábban, vagy egyáltalán nem jár nőgyógyász szakorvosnál (Karamán, 2005).

A laikusok iskolai végzettsége és az első nőgyógyászati vizsgálat között nem találtunk korrelációs összefüggést ( $r^2=0,01$ ), azonban ha a **4. ábrát** áttekintjük, megállapíthatjuk, hogy a laikus diplomások másfél évvel később jelennek meg az első vizsgálaton, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek. Számunkra megdöbbentő, hogy ez átlagosan a 29. életév, amelyről azt feltételezhetjük, hogy a diplomás nők az első gyermekvállalás vagy ennek sikertelensége miatt keresi fel először nőgyógyász szakorvosukat, nem pedig kifejezetten a szűrővizsgálat céljából.

Kétmintás t-próba alkalmazásával is igazoltuk, hogy a laikus és az ápoló csoport életkor – iskolai végzettsége alapján szignifikáns különbség adódik. Az egészségügyi dolgozók feltehetően szakmai ismereteik hatására már átlagosan 21–23 éves kor között megjelennek, és figyelemre méltó, hogy a főiskolát, egyetemet végzett ápolók 7,5

évvel korábban jelennek meg szakorvosnál, mint a laikus diplomások (**I. táblázat**).

## A távolmaradás okai

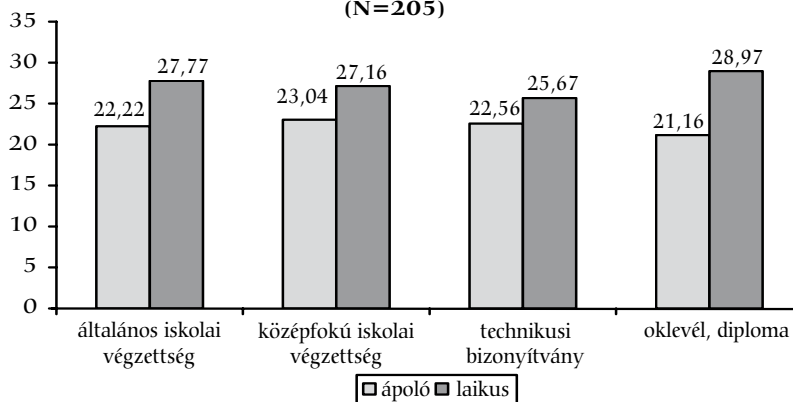
A távolmaradás mérésére 6 változót alkalmaztunk. Ezeket külön-külön egy öt fokozatú skálán kellett értékelniük a résztvevőknek, akik a „kifejezetten így van” és az „egyáltalán nincs így” között előforduló skálaértékekből választhattak (**II. táblázat**).

A válaszokból kitűnik, hogy a ráktól és a velejárá következményektől való félelem a szorongás fő forrása azoknak a nőknek a körében, akik méhnyakrák-szűrésen vesznek részt. Ez a szorongás nem teljesen megalapozott, mert a szűrési programok nem a rák kimutatását tűzik ki célul, hanem a biológiai kockázati tényezőket: például enyhe vagy előrehaladott diszplázia, vagy carcinoma in situ, amelyek még nem „fatális betegségek”, azonban észlelés és kezelés híján végül rákká alakulhatnak. A vizsgálttól való félelem miatt a laikus válaszadók kevesebb, mint egynegyede nem megy el szűrésre.

A szűrési folyamatnak másik sajátos eleme a bizonytalansági periódus. Ide tartoznak a meghívás és a vizsgálat ideje között a várakozási periódusok, várakozás a vizsgálatra, vizsgálat eredményére, a megismételt vizsgálat időpontjára. A válaszadók 38%-át sajnos elriasztja a hosszú várakozás, amely kiküszöbölhető lenne hatékonyabb munkaszervezéssel.

A vizsgált nők egynegyedének az intimsféráját sérti a kenetvétel, a vizsgálat

**4. ábra: A nők átlagéletkora iskolai végzettség szerint, a szűrővizsgálaton történő első megjelenéskor (év)**  
(N=205)



II. táblázat: A távolmaradás okainak százalékos megoszlása (N=205)

Skála	Kifejez- etten így van	Így van	Nem érdekel	Nincs így	Egyál- talan nincs így
A távolmaradás oka					
Félelem	3%	10%	1%	38%	39%
Kellemetlen, fájdalmas vizsgálat	4%	21%	40%	23%	9%
Szegénylősség	5%	17%	4%	44%	28%
Hosszú várakozás	6%	32%	34%	18%	7%
Nem megfelelő az időpont, bonyolult az új időpont egyeztetés	2%	6%	9%	38%	37%
A szabadidőt nem áldozza fel, hogy elmenjen rákszűrésre	1%	3%	13%	33%	44%

szegényérzetet kelt bennük, méltóságrombolónak érzik. Ez a vizsgálatok velejáruja csakúgy, mint az a tárgyasítás és személytelenítés, amely az orvosok védekező mechanizmusa ilyen vizsgálatok esetén. Ez megoldhatja ugyan az orvos problémáját, de árt a szűrés társadalmi elfogadottságának.

A vizsgálatban résztvevő nők egynegyede kellemetlennek, fájdalmasnak élik meg a kettvételt. Bár bizonyos fokú kellemetlenség, enyhe fájdalom elkerülhetetlen, kellő figyelmességgel jelentősen enyhíteni, javítani lehetne a helyzeten, hiszen a fájdalom szubjektíven értékelt és megtapasztalt. Az aggodalom, izgalom szintje befolyásolja a fájdalomérzetet. A megfelelő informáltság arról, hogy mi fog történni és hogyan, csökkentheti az aggodalmat, és enyhíti a fájdalmat is (Döbrössy, 2000).

### Behívó levél

Elfogadott és tapasztalaton alapuló tény, hogy csak a személyes meghívás-visszahívás alapján szervezett szűrőprogramok hatékonyak. A meghívás kulcsszerepet játszik a részvételi arány növelésében. Ugyanakkor maga a meghívás fontos pozitív vagy negatív szerephez juthat a résztvevők tapasztalatainak formálásában is. Ez sokban függ a meghívás módjától, a meghívó levél tartalmától. A meghívólevélnek többnek kell lennie egy egyszerű értesítésnél: fontos stratégiai szerepe van. Informálni kell a meghívottakat a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról, röviden magyarázania a lehetséges eredmények jelentését (Döbrössy, 2000). A meghívó levéllel kapcsolatos elvárások jelentősen megosztották a laikus csoport tagjait. A megkérdezettek 43%-ának csak a legszükségesebb információra van szüksége, ellenben 42%-a minden lehetséges információra igényt

tart. Különböznek a formai követelményekkel szemben támasztott kívánalmak is: a csoport egyharmada igényes, nyomtatott változattal szeretne találkozni, és a színes ábra/kép figyelemfelkeltő hatására is igényt tart, szemben a csoport másik harmadára, akik megelégednének azzal is, ha egy fénymásolt papíron közölnék a szűrésről szóló tájékoztatást.

### Következtetés

A daganatos halálozás csökkenésének egyik legfontosabb stratégiája a lakosság szűrővizsgálata, azaz magukat egészségesnek vélő, tünet- és panaszmentes személyek időről időre megismételt vizsgálata a még rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel, a betegség fennállásának valószínűsítése, vagy kizárása céljából. A szűrővizsgálat megelőzi a betegség halálos kimenetelét, mivel korábban juttatja szakorvoshoz a kezelést igénylő betegeket, még mielőtt a tünetek vagy panaszok miatt orvoshoz fordultak volna. Ezáltal javítja a teljes gyógyulás esélyeit. Hazánkban alacsony a nőgyógyászati vizsgálaton megjelenő rákveszélyes korú nők száma, amelyet a kérdésekre adott válaszok is igazolnak. A megkérdezettek közel egynegyede a kívánatosnál ritkábban járt nőgyógyász szakorvosnál. A népesség egészségkultúrája is fogyatékos, a szűrőprogram fontossága nem épült be a magyar népesség tudatában. A szűrővizsgálaton való részvétel önkéntes, a részvétel vagy az elutasítás a meghívottak egyéni döntésétől függ. Ezért a szűrőprogram része a szervezett egészségnevelés, valamint a szűrővizsgálat előtti tájékoztatás és tanácsadás az optimális részvétel előmozdítása és a nemkívánatos lélektani mellékhatások csökkentése érdekében (Kovács, 2007).

**I. táblázat: A laikus és az ápoló csoport között szignifikáns különbség van a szűrővizsgálaton való első megjelenés tekintetében (kétmintás t-próba)**

**1. lépés**

Szórások azonosságának ellenőrzése:

Hipotézis:  $H_0 : \sigma_1 = \sigma_2$   
 $H_0 : \sigma_1 \neq \sigma_2$

Átlag (A) 27,39  
 Átlag (B) 22,25

Szórás (A) 1,373  
 Szórás (B) 0,798

$F_0 =$  2,961

n	4
Szignifikancia	2,5%
Konfidencia	97,5%
df	3

Kritikus értékek:	0,065	15,439
-------------------	-------	--------

**Elfogadási tartomány:**

0,06	----	15,44
------	------	-------

*Az elfogadási tartomány tartalmazza a próbafüggvény mintából számított értékét.*

*A nullhipotézist elfogadjuk. A szórások között 5%-os szignifikanciaszinten nincs különbség.*

*Tehát alkalmazhatjuk a kétmintás t-próbát.*

**2. lépés**

A várható érték azonosságára vonatkozó nullhipotézis ellenőrzése

Hipotézis:  $H_0 : \mu_1 = \mu_2$   
 $H_0 : \mu_1 > \mu_2$

$s_d =$  1,12

$t_0 =$  6,48

$n_1$	4
$n_2$	4
Szignifikancia	5%
Konfidencia	95%
df	6

Kritikus értékek:	1,9432
-------------------	--------

**Elfogadási tartomány:**

minusz $\infty$	----	1,94
-----------------	------	------

*Az elfogadási tartomány NEM tartalmazza a próbafüggvény mintából számított értékét.*

*A nullhipotézist elvetjük!*

*Van különbség: az egészségügyi dolgozók szignifikánsan korábbi életkorban jelennek meg először szűrővizsgálaton*



## Irodalomjegyzék

1. Belec, B. et al (2004):A nők egészségi állapota és egészségmagatartása Dél-Alföldi Megyékben. *Medicus Universalis*, XXXVII/4. 171-175.
2. Boncz, I. et al (2007):A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 148.évf. 46.szám. 2177-2182.
3. Cseh, I., Fülöp, V., (2003): A méhnyakrák korai felismerésére irányuló populációs szintű (lakossági) szűrőprogram a Bethesda 2001 rendszer tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja* 66, 113-121.
4. Dinya, E. (2001): Biometria az orvosi gyakorlatban. *Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest*. 291-301.
5. Döbrössy, L. (szerk)(2000): Szervezett szűrés az onkológiában. *Egészségügyi Minisztérium, Budapest*
6. Kovács, A. et al (2007): A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap*, 148. évf.12. szám. 535-540.
7. Kovács, A. et al (2007):Az emlőszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap*, 148. évf.19. szám. 879-885.
8. Karamánné P,A., Dér, A., Németh,K. (2005): A magyar nők prevenció lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében. *Nővér* 18. évfolyam 5. szám. 16-23.
9. Németh, K. et al (2005): Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban működő szervezett daganatszűrő programok ajánlásai. *Nővér* 18. évfolyam 5. szám. 28-38.
10. Országos Tisztifőorvosi Hivatal méhnyakszűrési Munkacsoport (2004): Lakossági méhnyakszűrés az „Egészség Évtizede” program keretében: törekvések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 145. évf.1. szám, 35-40.
11. World Health Organization /ICO Information Centre: Human Papillomavirus and Cervical Cancer. Summary Report. Hungary. Updated year 2007. <http://www.who.int/hpvcentre/statistics> (megtekintve:2007.08.10)

**Factors influencing the success of cervical screening programs — in the light of a survey**

Karamánné Pakai, A., Németh, K., Fekete, J., Mészáros, L., Dér, A., Doms, R., Ponyóckay, S., Mák, E., Bujtor, A., Domján, P., Balázs, P.

*Within the framework of the National Health Program, the year 2003 saw the launch of the cervical screening initiative based on personal invitation, the findings of which present an unfavourable picture. In the course of their study the authors sought to reveal why women do not take advantage of the opportunity offered to them, the reasons for their absence from the screening sessions.*

*The sample consisted of 205 women selected, through a process of convenience sampling, from among the female workforce of a large corporation based in Zalaegerszeg. The authors applied six variables for the measurement of factors preventing women from attending screening. A quarter of the respondents cited fear, the long wait, the breach of their privacy, and the pain of the test.*

*It is a known fact that screening can only be effective if the members of the population being screened also display a demand for the testing. A key factor in raising the rate of participation in screening is the more widespread raising of awareness, and the provision of information before, during and after the testing, in order to help avoid any negative impacts, ensure that the screening is a positive experience, and prevent the result of the test itself resulting in emotional trauma.*

# Értékek dominanciája a pályaválasztásban

Az értékattitűd jellemzői a Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Karának elsőéves hallgatói körében

**Tóth Timea**

főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet

## Összefoglaló

**Cél:** A követéses vizsgálat célja a pályaválasztásához nélkülözhetetlen humán- és munka-értékekhez való hallgatói viszonyulás elemzése, ezzel összefüggésben a pályaválasztási motivációk feltérképezése.

**Módszer és minta:** A felmérés kérdőíves formában történt, elsőéves BSc teljes idejű képzésében részt vevők körében (n=150), és a szerző részeredményeket kíván bemutatni.

**Következtetés:** Az írásban vázolt következtetések a felsőoktatásban zajló paradigmaváltáshoz adnak támpontot, vagyis ahhoz, hogy milyen értékek, s milyen ezekhez fűződő képességek, készségek fejlesztésére, illetve megerősítésére lenne szükség a főiskolai képzés során.

## A téma aktualitása

„A tudomány azért kíváncsi az értékekre, mert azokban rejlik a társadalomban zajló viselkedés valódi magyarázata.” (Csepeli, 2000).

Sok szó esik manapság az **értékekről**, mind a hétköznapi beszélgetésekben, mind a különféle teoretikus társadalomtudományi megközelítésekben, mind a humán szakma képviselői között. Talán igaz az a hipotézis, hogy mindannyian értékekre vágyunk a szűkebb-tágabb szociokulturális környezetünkben, és hivatásunkban is. Olykor épp érték kategóriákkal minősítünk; s az is gyakran előfordul, hogy bizonyos viselkedésformák, magatartásmódok mögött keressük az értékeket, szembeállítva azokat a számunkra értéktelennek tűnő jelenségekkel.

Szinte már köznapivá és divatosná váltak azok kifejezések, melyek az értékekhez kötődnek, és amelyek átfedik korunk társadalmi, politikai, morális, kulturális színtereit, mint például az értékválság, értéktudat, értékorientáció, értéktudatosság,

értékszocializáció, értékrend. Csupa olyan, a mindennapi életünket és egyben a szociális létünket – meghatározó fogalmak ezek, melyek belső iránytűként szolgálhatnak és szolgálnak is életvitelünkben, életmódunkban, választásainkban, döntéseinkben, cselekvéseinkben – legyen szó privát szféráról vagy hivatásbeli kihívásokról.

A paramedikális szakemberek esetében – az átlagos közgondolkodáshoz viszonyítva – elementáris fontosságú bizonyos humán értékek képviselése, közvetítése. Ennek fényében próbálja ez az írás négy részben körbejárni az értékorientáció, értéktudat, s az ehhez kötődő szakmaválasztás motivációit a 18-25 éves korcsoportban:

- átfogó történeti tájékozódásban,
- az értékek rendszerszemléletű felosztása, fontosabb tipizálásai bemutatásával,
- a főiskolai hallgatók körében végzett pályaaorientációs és pályaeérték empirikus vizsgálat eredményeinek bemutatásával,
- a főiskolai hallgatók értéktudatának, szakmai szocializációjának tanulságait, perspektíváit összefoglaló következtetéssel.

## 1. Az értékkepcpciók történetisége

*„Érték és társadalom, érték és mindennapi lét, érték és történelmi folyamat elválaszthatatlanok egymástól.” (Szilágyiné Vári, 1999).*

Az értékek korhoz és kultúrához köthető szemléleteinek alapjait a társadalomtudományok forrásában, a „bölcsség szeretetében”, a filozófiában kell keresnünk. Az általánosan univerzális, térből, időből kiszakított, örökérvényű érték-meghatározásokra egészen a francia forradalomig nem találunk definíciókat. Az antik görög kultúrákban, s még a középkor táján is az értékek mibenlétét a „természeti” emberből kiindulva értelmezték és a polisz kommunális értékeit, illetve az istenképzetet tartották elsődleges értékeknek.

Platón figyelmét elsősorban éppen az értékproblémák magyarázata köti le. Szókratész élete meggyőzően tárta elé, hogy a különféle értékek közül az erkölcsi érték a legmagasabb rendű, ez az amiért a leginkább érdemes élni. Szókratész megtestesítette az erényeket, de nem felelt arra, hogy miben áll az erénynek, mint fő értéknek a lényege. Az ember nem tud jól, helyesen, vagy bátran cselekedni, ha nem ismeri az örök és változatlan jót, helyeset, bátrat — azaz magát az erényt. Szellemi hagyománya így szólt: aki bölcs, az jó is. Ha a tudás jóra és rosszra használható, akkor talán a szándékban, a célban kell keresnünk a jó és erény, jobb és még jobb, erényesebb értékeinek a kritériumát.

A jót tehát — mint vágyott értéket — szerte az ideák világában találjuk meg. Csak azért tudjuk megkülönböztetni a jót és a rosszat, a jót és a jobbat, mert tudunk magáról a jóról, minden megkülönböztetés és ítélet lehetőségeiről és feltételéről, minden mérlegelés tovább már nem vitatható mércéről; arról a realitásról, ami mögé már nem kérdezhünk. Létezik az embernek, a szépnek, az igaznak, a jónak az ideája: a szép, az igaz, a jó, a tökéletes, örök és változatlan alakja. A tudás, a képesség, a cselekedet is annyiban jó, amennyiben megközelíti a jó ideáltípusát, a jóságot. Magának a jónak a

tartalmát azonban nem határozza meg Platón, ezért idealista értékkepcpciója csak elvi-gondolati síkon értelmezhető, s amikor a létről beszél, akkor mindig valamiféle ideális létre gondol.

A rossz valami nem létező, az ideális létnek a hiánya, a konkrét lemaradása az eszményi mögött. Platón, s az őt követő ontológiák sem veszik észre, hogy hibás körben mozognak: azt állítják, hogy a jó kritériuma a lét, de csak azt fogadják el létként, ami megfelel a jóról alkotott felfogásuknak. Mi az eredete ennek az idealista értékkepcpciónak? A válasz ott rejlik, hogy szerinte az erkölcsi rosszért sosem az isten, hanem az ember a felelős, hiszen az isten teremtette ideális értékek világában nincs eredendő rosszság.

Arisztotelész humán értékkepcpciója már annyiban tartalmaz új gondolati értékelemeket, hogy filozófiai rendszerében komoly hangsúlyt kapott a mérték: az arányok, a harmónia, a középút megtalálásának és gyakorlásának értékei. A középkor skolasztikus gondolkodásmódja a klasszikus görög filozófusok értékkepcpcióit értelmezte újjá a kereszténység eszmei és erkölcsi értékeivel tarkítva.

A reneszánsz és a humanizmus új életstílusa, új életformái, új keretei az értékek újrastrukturálását is magukkal hozták. A reneszánsz értékek, a reneszánsz „embereszmény”, a sokoldalúan fejlett emberkepcpció, a „homo universalis” ma is hangoztatott ideálképe az én, az individuum értékeit is kezdte előtérbe helyezni a kollektív, társadalmi ember interperszonális értékei, és a biológiai ember természeti értékei mellett. A nagy humanista, Erasmus is a hitből, mint alapértékből indult ki és nemigen kételkedett a hagyományos hittételek igazságában, de az egyházi étellel szembeni bírálata a hittételek megtisztítását, és a keresztényi intézményrendszer szabadelvűbbé tételét célozta.

Az első igazi nagy áttörés az értékek meghatározásának próbálkozásában, rendszerének felállításában, s az értékkepcpciók felvázolásában Immanuel Kant nevéhez és műveihez köthető, aki megkérdőjelezte az emberi értékek természeti szempontú vizsgálatát. Az értékkepcpciók elvi és gyakorlati kérdéseit komolyan analizálni kezdte: lehetséges-e egyáltalán — és ha igen, hogyan

– megalapozni a nélkülözhetetlenül jelentős humán értékeket az egyén életében, s levezethetők-e ezek az értékek a tapasztalatainkból, s így vizsgálhatók-e empirikusan? Járhatunk-e a megismerés racionális útján, amikor értékekről beszélünk, vagy az axiológiai<sup>1</sup> nézőpont és kutatás valami egészen másfajta megközelítést, attitűdöt kíván a gondolkodóktól?

Kant rámutatott az eddigi naturalisztikus értékelméletek belső ellentmondásaira, és „jó érvei voltak amellett, hogy miért nem lehet a VAN-ból, a természeti törvényszerűségekből... levezetni az értéket, melyek a KELL, LEGYEN, az ESZMÉNY sajátosságával rendelkeznek, hiszen olyan törekvésekre készítetik az embereket, melyek nem adóttak, nem léteznek a valóságban.” (Szilágyiné Vári, 1999). Vagyis Kant rávilágít az értékek vizsgálatában, értelmezésében a praktikus alkalmazhatóság szempontjaira, és a mindennapi élet, a hétköznapi realitás egyéb dimenzióit (úgy mint kultúrafüggőség, szubjektív értékek, relativitás, pragmatikus vonatkozás stb.) is beleveszi az érték szemléletekbe.

Az értékértelmezések második nagy korszaka az axiológia, mint rész tudomány kialakuláshoz kapcsolódik a XIX. században, melyben főleg az erkölcsi értékek mibenlétének vizsgálatáé a főszerep. Egyértelművé válik az érték normatív jellege, vagyis az, hogy az értékek elválaszthatatlanok az adott társadalmi környezettől, a mikro- és makroszociális tényezőktől, elvárásoktól. Ez a gondolati kör máig jelen van az érték meghatározásokban — Durkheimtől kezdődően, Max Weberen át, Robert Mertonig és Hankiss Elemérig.

A legújabb filozófiai, szociológiai, pedagógiai és pszichológiai értékirodalomban, a multidiszciplináris megközelítésekben mindenképp közmegegyezés alakult ki abban a tekintetben, hogy **az értékek**:

- az eszmei objektivációk és a szubjektív viszonyulás sajátos ötvözetei,
- affektív és kognitív összetevőikkel bírnak,

- kultúrkörönként determinált emberi minőség-jellemzők,
- csakis valamihez viszonyítva értelmezhetőek,
- tudatos vagy spontán szelekció eredményei,
- a társadalmi és a perszonális integráció nélkülözhetetlen elemei,
- szocializációs mechanizmusok (érték-szocializáció) révén tanult és interiorizált tényezők,
- közvetlenül nem figyelhetőek meg, inkább attitűd, viselkedés vizsgálatával, megfigyelésével mérhetőek,
- az egyéni életvezetés fontos mentális alapjait jelentik.

Az érték kutatások validitását és reliabilitását három fajta személyiség-lélektani jelenség nehezítheti a kérdőíves felmérések során:

- **mimikri**: akik sokszor maguk sincsenek tisztában saját értékeikkel, értékítéleteik forrása nem a saját belső értékrendjük, hanem azoknak az elsődleges vagy másodlagos társadalmi csoportoknak az értékeit követik szolgai módon, melynek valójában, vagy képzeletben tagjaik;
- **kamuflázs**: akiknek bár vannak értékeik, nem akarják nyilvánosan, vagy még anonim módon sem vállalni, ki nyilvánítani azokat;
- **hipokrizis**: akik jobban szeretnek szebb színben feltűnni, mint amilyenek a valóságban, és ezért verbálisan más értékeket juttatnak felszínre, mint ahogy napi cselekedeteikben megnyilvánulnak (inkongruens viselkedés).

## 2. Értékrendszerek nyomában

*„Az adott rendszer számára objektíve szükséges, illetve szubjektíve szükségesnek vélt értékek köre a gyakorlatban sohase fedik egymást. Eltérésük, feszültségük, vagy akár küzdelmük mindenkor az emberi-társadalmi gyakorlat,*

<sup>1</sup> axiológia (görög elemekből, filozófia) az önmagukban, minden egyébtől függetlenül tekintett értékek vizsgálata (a szerk. megjegyzése)

az emberi-társadalmi történet egyik alapvető tényezője volt, s így szükségszerűen nekünk is egyik alapvető problémánk marad itt". (Hankiss, 1989).

Az egyéni, a mikroszociális és az össztársadalmi értékek rendszerekbe foglalásának, osztályozásának és azok kategorizálásának igen sokféle felosztása, tipizálása létezik korunkban. Ezek egyrészt átfedik egymást, másrészt különböző megközelítésben és síkokon értelmezik azokat, harmadrészt egymásnak ellentmondó, szembeállító módon állítják fel az értékek sajátos hierarchiáját. Itt most négy alapvető értékstruktúrát vázolok fel, ezekben elhelyezhetők azok az érték kategóriák is, melyeket a főiskolai hallgatók körében vizsgáltam, s melyek nemcsak általános humán értéknek számítanak, hanem a segítő szakember pályaválasztásában és képzésében is nélkülözhetetlenek: *segítő-készség, empátia, kooperativitás, önismeret, szabadság, biztonság.*

#### 2.1. Nicolai Hartmann értékrendszere (1953)

- Javakhoz fűződő értékek (hasznosság, eszközérték, tényállásérték)
- Élvezetértékek (kellemes életérzést, jó közérzetet biztosító értékek)
- Vitális értékek (az életigenlés, életerő, létfenntartás értékei)
- Erkölcsi értékek (ami „jó”)
- Esztétikai értékek (ami „szép”)
- Ismeretértékek (szellem, tudás, igazság értékei)

#### 2.2. Hankiss Elemér értékrendszere (1983)

- Hagyományos-keresztény értékrend (Évszázadok óta — reménység, konvenciók, hit, család, tekintély, tisztelet, türelem...)
- Puritán-felhalmozó értékrend (XVI. sz.-től — puritánság, aszketizmus, fogyasztás-ellenesség, felhalmozás, szigorúság, egyszerűség...)
- Fogyasztó-hedonista értékrend (XX. sz.-től — fogyasztás, életélvezet, „carpe diem”, életélvezet...)
- Munkásmozgalmi értékrend (XIX. sz.-től — új társadalmi rend, változások, bürokrácia, küzdelem...)

#### 2.3. Gáspár László értékrendszere (1985)

- Közösségfejlesztő magatartás- és tevékenységformák értékei
  - szellemi, fizikai, társadalmi munka
  - értékőrzés, értékátadás
  - karitatív értékek
  - fegyelmezettség
- Önfelkészítő magatartás- és tevékenységformák értékei
  - tanulás, ismeretszerzés
  - esztétikai értékek képviselője
  - egészséggel kapcsolatos értékek

#### 2.4. Lappints Árpád értékrendszere (1997.)

- Biológiai lét értékei
  - élet védelme, tisztelete
  - testi-lelki egészség
  - természet és környezet védelme
  - önellátási képességek
- Én harmóniájára vonatkozó értékek
  - önismeret, önértelmezés, önfelkészítés, önkritika
  - identitás, autonómia
  - lelki harmónia
  - céltudatosság, felelősség, önállóság, kitartás, akarat, szerénység, kreativitás, becsület...
- Társas kapcsolat értékei
  - személyes intim kapcsolatok értékei (hűség, önzetlenség, tapintat, figyelmesség, érzelmek, tisztelet, szeretet...)
  - szociális kapcsolatok értékei (proszociabilitás, altruizmus, nyitottság, csoporttagság, empátia, azonosulás...)
  - mindennapi érintkezéssel kapcsolatos értékek (viselkedéskultúra, aszsertivitás, előítélet-mentesség, tolerancia, kommunikabilitás...)
- A társadalmi eredményességre vonatkozó értékek
  - műveltség értékei (érdeklődés, nyitottság, ambíció, tudásvágy...)
  - munkaértékek (aktivitás, innováció, kitartás, alaposág, igényesség...)
- A humanizált társadalom és világkép értékei
  - a hazával, nemzettel kapcsolatos értékek (hazaszeretet, nemzeti kultúra, hagyományok, közösségvállalás, szolidaritás...)
  - civil társadalom értékei (törvényesség, közéletiség, aktivitás, tolerancia, elfogadás...)

### 3. Pálya- és értékorientációs felmérés

„Az ápolás olyan küldetés, mely megtanít minket arra, hogy ne mindig csak önmagunk legyünk fontosak. Hivatásként érdemes csak megélni, mert különben elveszíti valódi értékét...” (Vértes, 1996).

A személyiségnek, mint „munkaeszköznek” a csiszolása éppen a hallgatói értékutdat, értékorientáció alapállapotának felméréssel is kezdődhet. Ebben a témakörben – és ezen a meglehetősen interdiszciplináris tudományterületen – az Egészségtudományi Karon már több felmérést végeztek, utalhatok többek között dr. Vingender István 2000-ben végzett hallgatói pályakép-elemzésére, vagy Balogh Zoltán kutatásaira, aki a diplomás ápolók szakmai megbecsülésének és pályaelhagyásának kérdésköréből készítette a PhD szakpublikációit. Ezekhez illeszthető lehet az elsőéves, a középfokú oktatási rendszerből többnyire frissen kikerült fiatalok általam vizsgált érték-attitűdjének és pályaválasztási motivációinak feltárása.

E jelenleg is folyamatban lévő, többfázisú, kétfázisú kutatás célja az újonnan felvett, elsőéves főiskolai hallgatók értékutdatának, pályaválasztási motivációjának, a humán és munkaértékekhez való attitűdjének felmérése annak érdekében, hogy rávilágítsak a képzés során felmerülő pedagógiai-taxonómiai feladatcsoportokra, tantervi-tematikai fejlesztési tennivalókra, és a paramedikális szakmaválasztáshoz nélkülözhetetlen értékek és képességek minőség-jellemzőire.

A segítő szakmákat választó hallgatók értékviszonyulásának tisztázása, az értékfogalmak meghatározása, az értékek rangsorállítása, a pályaválasztás indoklása, a családi és szakmai hagyományok, s az értékszocializációs jellemzők elemzése került fókuszba a komplex vizsgálatban, melynek most részeredményeit kívánom bemutatni.

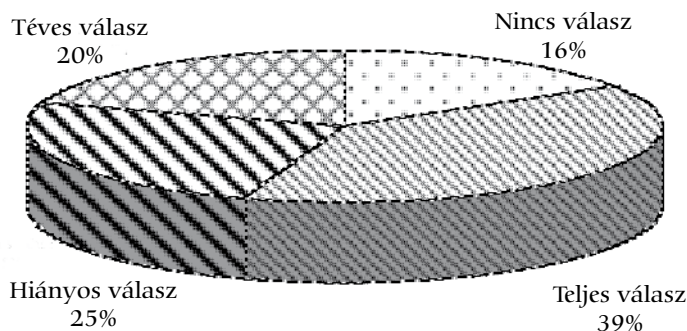
A vizsgálati minta a Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás szakirányon tanuló, elsőéves, teljes idejű képzésben résztvevő BSc hallgatók köréből került ki, N=150.

Az adatfelvétel közvetett kérdőíves megkérdezés útján történt: saját készítésű kérdőívben, nyitott és zárt kérdések révén hat értékfogalom rövid meghatározását, illetve a pályaválasztás motivációinak rövid kifejtését kértem a felmérésben önkéntesen résztvevőktől. A viszonyítási alapértelmezéseket a Pedagógiai Lexikon definíciói szolgáltatták, s azokhoz képest fogadtam el teljesnek, hiányosnak vagy tévesnek a kapott hallgatói érték-értelmezéseket.

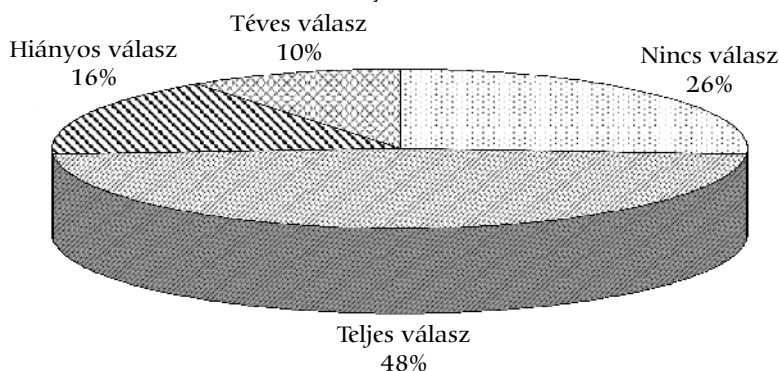
Természetesen tisztában vagyok azzal, hogy az egyéni értékorientáció irányát, a kapott értékdefiníciók tartalmát erősen meghatározzák az egyén intellektuális-emocionális képességei, attitűdjei, így a szubjektív, erősebb érzelmi színezetű értelmezések nehezebben objektivizálhatók, s ez némi korlátot is jelenthet az adatfeldolgozásban, eredményvizsgálatban.

Az értékkategóriák értelmezései mellett a Super-féle standardizált munkaérték tesztet is segítségül hívtam az értékek rangsorának felállításában — ez a teszt egy 14 értékelem-

**1. ábra: A „segítőkézség” fogalom meghatározása**  
(A hallgatók a segítőkézséget az értékek rangsorában második helyre sorolták)



**2. ábra: A „kooperativitás” fogalom meghatározása**  
(A hallgatók a kooperativitást az értékek rangsorában **első** helyre sorolták)



ből álló skálán jelölteti be az adott értékek sorszámát a rangsorban.

## Eredmények

A **segítőkészséget**, mint alapvető human- és pályaeértéket a hallgatók az értékek rangsorában **második** helyen szerepeltetik. (**1. ábra**)

A megkérdezettek 39%-a definiálta helyesen a fogalmat, s elég nagyszámú azok aránya, akik hiányos választ adtak. A hibás válaszok között olyan tévhitiek élnek a hallgatói közgondolkodásban, melyben a segítőkészség azonos valamiféle önfeladással, mások helyett való cselekvéssel, vagy a kompetenciahatárok átlépésével.

A **kooperativitás** fogalmának kifejtésekor a beérkezett válaszoknak mintegy fele teljes értékű volt, vagyis a hallgatók nagy

része tisztában van a fogalom jelentésével. (**2. ábra**)

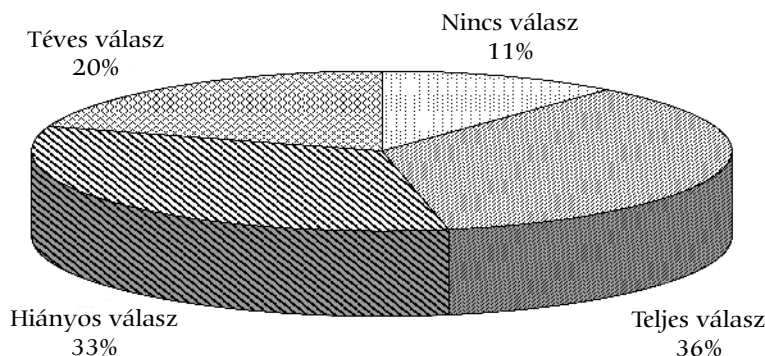
A válaszadók ezt az érték kategóriát tartották a legfontosabbnak, hiszen **első** helyre került a 14 érték közül.

Az **önismeret** értékének definiálásában a hallgatók megközelítőleg azonos arányban adtak teljes, illetve hiányos választ; a téves válaszok pedig 20%-ot tesznek ki. Ez utóbbiak között szerepelt az „ítélkezés magam felett”, a pusztán önkritika túlhangsúlyozása is. (**3. ábra**)

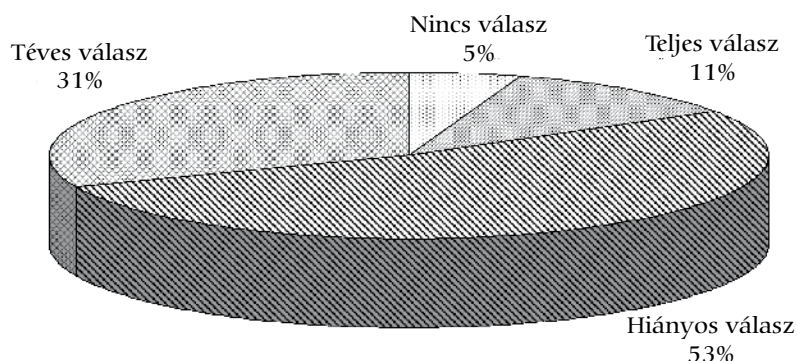
Az Super-féle érték rangsorban az önismeret is meglehetősen előkelő pozícióba, a **harmadik** helyre került.

A **kreativitás** az értékek fontosságának meghatározásában csak a **tizennegyedik** helyen szerepel, vagyis a leendő paramedikális szakemberek ezt nem tartják alapvetően fontos képességnek. (**4. ábra**)

**3. ábra: Az „önismeret” fogalom meghatározása**  
(A hallgatók az önismeretet az értékek rangsorában a **harmadik** helyre sorolták)



**4. ábra: A „kreativitás fogalom meghatározása**  
(A hallgatók a kreativitást az értékek rangsorában  
a **tizenegyedik** helyre sorolták)



A válaszok 31%-a tévesnek minősíthető, melyben a hallgatók inkább genetikai adottságnak minősítik ezt az értéket, mintsem fejleszthető képességnek. A teljesen elfogadható meghatározások mindössze 11%-át teszik ki a válaszoknak.

A **szabadság** értékének definiálásában nagyszámú téves meghatározás született a fiatalok körében: a válaszolók 44%-a azonosította a fogalmat a szabadossággal, a korlátok és szabályok teljes mellőzésével. (5. ábra)

A rangsorban a szabadságot a **kilencedik** helyre tették a válaszadók.

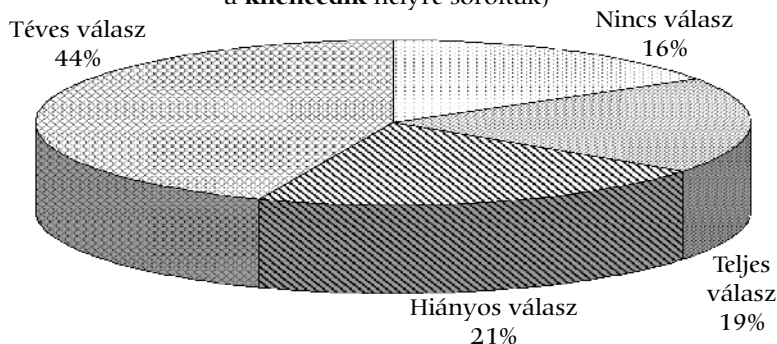
A **biztonságot**, mint pályaválasztási értéket a hallgatók 36%-a értelmezte teljes válaszban, de 24%-ban adtak hiányosnak ítéltető meghatározást. A téves válaszokban a biztonságot többnyire csakis az anyagi biztonságra szűkítik le, illetve több válaszadó a kötöttségekben és a rugalmatlanságban látja a biztonságérzetet. (6. ábra)

A rangsorállításban a biztonság értéke a **hatodik** helyen szerepel.

A fenti eredmények tükrében, az érték-tudat vizsgálata mellett érdemes szemügyre venni a vizsgált célcsoport **pályaválasztási motivációit**.

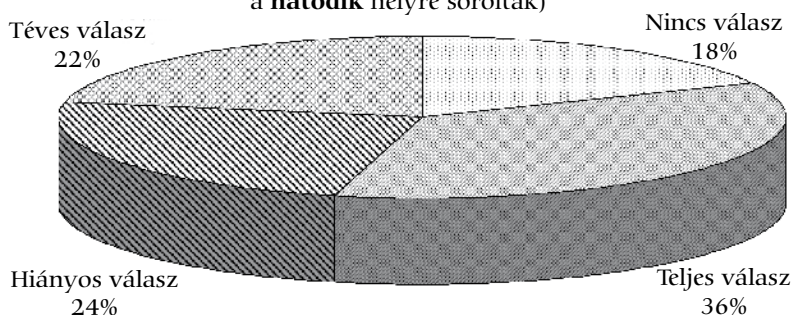
Az elsőéves hallgatók pályaválasztási késztetéseit szemlélteti a **7. ábra**. Ahogy a diagramból kiolvasható, a középiskolai rendszerből kikerült és már a többciklusú képzési szisztémában részt vevő szakok helyett szakirányokra jelentkező diákok nagy részét – majdnem felét – a tudatosan humanisztikus attitűd vezérli a szakmaválasztásban. Mindezt alátámasztja az előbb bemutatott értékorientációs felmérés is, hiszen a segítőkészség, mint alapérték „dobogós” helyre került a második helyezéssel a rangsorállításban. Figyelemre méltó továbbá a pályaválasztási motivációk elemzésében, hogy a 150-es elemszámú mintából mindössze négy hallgató választotta családi

**5. ábra: A „szabadság” fogalom meghatározása**  
(A hallgatók a szabadságot az értékek rangsorában  
a **kilencedik** helyre sorolták)





**6. ábra: A „biztonság” fogalom meghatározása**  
(A hallgatók a biztonságot az értékek rangsorában a hatodik helyre sorolták)



minta, környezeti modell hatására az ápolás- és betegellátás szakirányt. Kérdés, hogy azok a hallgatók –szám szerint összesen tizenketten–, akik nem tudták megválaszolni azt a kérdést, miért épp ezt a hivatást választották; illetve azok, akik „külső nyomásra” kezdték el tanulmányaikat — nos, ők vajon a helyükön vannak-e, s bent maradnak-e nyolc féléven keresztül a képzésben, vagy pályaválasztásuk bizonytalansága előbb-utóbb más hivatás, más felsőoktatási intézmény felé orientálja majd őket?

#### 4. Következtetések — képzési perspektívák

„A főiskolai képzés tehát olyan feladattal szembesül, amikor már viszonylag jól körvonalazott szellemi kereteket kell szakmai tartalommal megtölteni, miközben természetesen gondozni, fejleszteni, részleteiben kidolgozni hivatott az eszmei-értékdimenziókat is.” (Vingender, I. 2000)

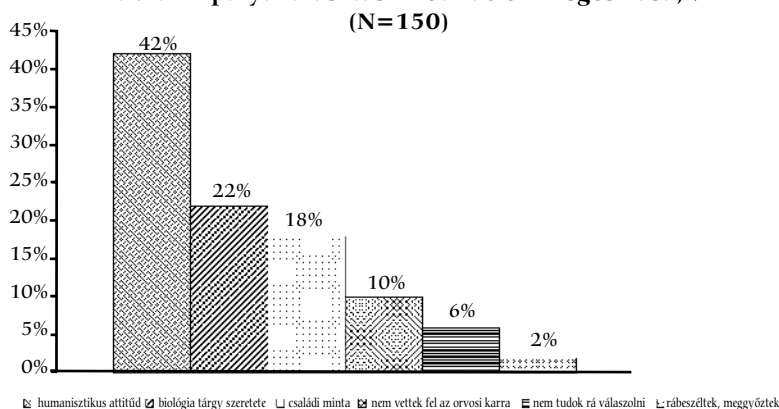
Ez a kutatás annyiban számít újszerűnek

s egyben időszerűnek, hogy rávilágíthat arra a tanulságot hordozó és nagy szakmai odafigyelést igénylő kérdésre, mely szerint a többciklusú képzési rendszer két éve lezajlott bevezetésével milyen érték tudatot képviselve, s mennyire fejlett és stabil értékorientációs jellemzőkkel, alapokkal jelentkeznek a hallgatók e humán szakmákat képviselők közé.

Az eredmény egyfajta pedagógiai-társadalmi „láttelel” a segítő szakmákat választók jelenlegi ismereteiről, értékszocializációs szintjéről és az értékrendekhez kötődő gondolkodásbeli sajátosságairól.

Túl ezen komplexebb szociálpszichológiai és társadalomkritikai vizsgálatot igényel az önmagából adódó kérdés: mi késztet ma egy 18-20 éves fiataalt arra a döntésre, hogy a jelenlegi társadalmi-gazdasági helyzetben, az egészségügy szféráját átfogón és mélyen érintő paradigmaváltás időszakában, egyfajta válságokat is hordozó átmenetben — itt és most — ezt a humán segítő hivatást válassza. Mert az kétségtelen, hogy ebben a némileg értékvesztett, ugyanakkor új értékeket kereső posztmo-

**7. ábra: A pályaválasztási motivációk megoszlása, %**



dern korban, kockázati társadalomban, valamiféle „pozitív devianciának” számít az, ha egy fiatal a hagyományos értékrendet képviselve és továbbörökítve, nem a divatosnak számító és egzisztenciálisan is nagyobb sikert ígérő pályákra készül.

A fentebb bemutatott értékutatások egyik egzakt konklúziója az lehet, hogy a képzés során ezekhez az értékekhez kötődő képességeket készség szintűvé fejlesszük a hallgatókban — természetesen a tantervelméleti, infrastrukturális, koordinációs feltételeket figyelembe véve. Mert ezeket az értékkereteket, melyeket az elsőéves hallgatók valamilyen szinten magukénak vallanak, fontosnak érznek, mindenképp érdemes és szükséges továbbépíteni, és egy felsőoktatási intézménynek igenis belefér a képzési profiljába, „értelmiségi-képző” feladatkörébe ez a cél. Az egyént a képzés során kell képessé tenni arra,

hogy a felvállalt intra- és interperszonális értékeket — a kellő interiorizációs szint után — sikeresen és hatékonyan integrálhassa a konstruktív életvezetésébe. Mindezt a tanulási folyamatot nevezhetjük akár pálya- és értékszocializációnak is, de ebben az értékátadó tevékenységben minden felsőoktatásban dolgozó szakember felelősséggel bír.

Jelen írásban a követéses vizsgálat első fázisáról számoltam be, és tervezzük ugyanennek a mintának a nyomon követését. Számunkra fontos üzenet lehet majd annak elemzése, hogy e kiinduló, input értéktudati szint, és a majdani, három év múlva tervezett, ugyanennél a mintánál vizsgálandó output eredmények között milyen korrelációkat és szignifikanciákat mérhetünk, azaz ismereteket nyerhetünk arról, hogyan fejlődnek, illetve fejlődnek-e ezen a téren az ápoló és gyógytor-nász hallgatók a tanulmányaik hatására?

## Irodalomjegyzék

1. Bugán, A. (2000): Érték és viselkedés. Akadémiai Kiadó, Bp.
2. Csepeli, Gy. (1986): A hétköznapi élet anatómiája. Kossuth, Bp.
3. Hankiss, E. (1998): Érték és társadalom. Magvető, Bp.
4. Kapitány, Á. (2003): Értékrendszereink. (előadás vázlat)
5. Mészáros, J., Tóth, T. (2002): Érték és hivatás. Orvosképzés, 2002. 2.
6. Perczel, T. (2002): Értékorientáció és a munka világa. Gondolat, Bp.
7. Tóth, T., Perkó, M. (2006): Neveléstudományi alapismeretek. Képzőművészeti Kiadó, Bp.
8. Varga, K. (2003): Értékek fénykörében. Akadémiai Kiadó, Bp.
9. Váriné Szilágyi, I. (1987): Az értékek világa. Gondolat, Bp.
10. Vértes, L. (1996): Florence Nightingale születésének évfordulójára. Nővér, 9. 2.

### ***The dominance of values in career choice***

Characteristics of value attitudes among first-year students at the Semmelweis University Faculty of Health Sciences  
Tóth, T.

*The purpose of this repetition-prediction study was to analyse the attitude of students towards the human and work-related values that are indispensable for their choice of career, and to map the related motivational factors with regard to career selection. The questionnaire-based survey was conducted among full-time first-year participants in BSc education, and the author wishes to present the interim results. The textual conclusions provide a reference point for the paradigm-shift currently under way in higher education, that is with regard to which values, and the related skills and abilities, need to be developed and reinforced in the course of college-level training.*

# Összehasonlító presztízsvizsgálat diplomás ápoló hallgatók és pedagógus hallgatók körében

**Kovácsné Tóth Ágnes**

*főiskolai adjunktus, Széchenyi István Egyetem Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet*

**Dr. Feith Helga**

*főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Népegészségügyi Intézet*

**Dr. Balázs Péter**

*intézetigazgató, Semmelweis Egyetem Népegészségügyi Intézet*

**Dr. Dusek Tamás**

*egyetemi adjunktus, Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar*

## Összefoglaló

**A kutatás célja:** feltárni a hallgatók hivatással kapcsolatos értékítéleteit, a pálya presztízisének szubjektív megítélését, a pályaválasztás sikerességét és ezek összefüggéseit a jövőbeni életút alakulására.

**Módszer és a minta:** a kutatás diplomás ápoló hallgatók és pedagógus hallgatók körében történt, önkitöltős kérdőív segítségével. A felmérés 2004, 2005-ben ápoló hallgatók és pedagógusképzésben résztvevő hallgatók körében történt.  $N_{pedagógus}=402$ ,  $N_{ápoló}=381$ . A felmérés a teljes ápolói mintára kiterjedt. A pedagógus hallgatók mintába kerülését az évfolyamhoz kötöttük. Az adatok elemzését az SPSS programcsomag segítségével végeztük, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával.

**Eredmények:** A kutatásban résztvevő hallgatók a hivatásukat kifejezetten alacsony presztízű pályának tekintik. Az ápolók alacsonyabban értékelik hivatásuk presztízjét, mint a pedagógus hallgatók, ennek ellenére többségük újból ezt a hivatást választaná, tehát sikeresnek ítélik a pályaválasztásukat.

**Következtetés:** A hivatás képviselői is felelősséggel tartoznak azért, hogy a fiatal diplomások pályára lépését és pályán maradását elősegítsék. A pályakezdőkre, akik motiváltak, optimisták tekintenek a jövő felé, és várják a pozitív változásokat, nagyobb figyelmet kell fordítani,

A XXI. században egyre gyakrabban beszélnek a foglalkozások presztízsről, a sikeréről, a karrieréről. A „presztíz” szó jelentése mai definíció szerint nem más, mint megbecsüléssel, elismeréssel járó köztisztelet, befolyás, erkölcsi súly. Az elismertség erkölcsi és anyagi elismerést egyformán jelenti, és a két szempont többnyire elegendő ahhoz, hogy egy pálya hívogató legyen.

A foglalkozások presztízsvizsgálata a foglalkozások rangsorolásával, minősítésével foglalkozik. Az eredmények –bár sohasem tények, mindössze adatok– jól tükrözik, hogy az emberek mennyire becsülik meg, és hogyan értékelik a különböző szakmákat.

A társadalomban, az emberek együttélésében az ismert érték kategóriáink nem érvényesülnek gondtalanul. Ami erkölcsileg drága, az nem törvényszerűen érvényesül társadalmilag is a legnagyobb mértékben. Ezért a presztíz fokozza az értékes és értéktelen összetéveszthetőségét, hiánya viszont az értékes embereket feltartóztatja társadalmi hatékonyságukban. (Andorka, 1997, Atkinson et al. 2003., Leann 1997, Léderer 1977, Mau et al. 1998) Ismereteink szerint nem készült nemzetközi összehasonlító presztízsvizsgálat ápoló hallgatók és pedagógushallgatók körében, ezért a jelen adatok nemzetközi eredményekkel nem kerülnek összehasonlításra.

**A kutatás célja:** feltárni a hallgatók hivatással kapcsolatos értékítéleteit, a pálya presztízsének szubjektív megítélését, a pályaválasztás sikerességét és ezek összefüggéseit a jövőbeni életút alakulására.

A munka világában sokszor megjelennek a különböző hivatásokhoz kapcsolt értékítéletek. Ezek általában nélkülözik a tudományos alapot, de a hagyományos társadalmi megítélést jól érzékeltek. Kutatásunkban különös figyelmet fordítottunk a hivatás értékítéleteinek többszempontú vizsgálatára, megjelenésére a társadalomban és a szakmai környezetben. A hallgatók a kérdőívek kitöltésekor felhasználták a gyakorlatban szerzett tapasztalataikat, ugyanis a képzetek gyakorlatorientáltak.

## Hipotézis

A hallgatók a pályaválasztást sikeresnek ítélik, annak ellenére, hogy alacsony a hivatásoknak a társadalmi és szakmai presztízse.

## Módszer és a minta leírása

A kutatásban párhuzamosan alkalmazott önkitöltős kérdőívek (ápoló hallgatók, pedagógus hallgatók) egységes kérdéscsoportokat tartalmaztak. A felmérés 2004. november-december hónapban Magyarországon tanuló nappali tagozatos ápoló hallgatók körében készült, minden egészségügyi főiskolai kar bevonásával (Budapest, Győr, Zalaegerszeg, Szombathely, Szeged, Gyula, Nyíregyháza). A kitöltési arány 76 %. Adatfeldolgozásra került 381 ápoló hallgatói kérdőív. A kontrollcsoportot adó pedagógusképzésbe résztvevő hallgatók körében a felmérés 2005. február-április hónapban készült. Az Eszterházy Károly Főiskolán, Egerben és a Berzsenyi Dániel Főiskolán, Szombathelyen (a 4 éves főiskolai pedagógusképzésben résztvevő hallgatók körében). A kitöltési arány 84 %. Adatfeldolgozásra került 402 pedagógus hallgatói kérdőív. A minta kiválasztása során, mivel összehasonlító vizsgálat készült, az ápolói felmérés adataihoz igazodva a mintába kerülést az évfolyamhoz kötöttük a nappali tagozatos hallgatók körében. A lekérdezés során tehát igyekeztünk az

1-4. évfolyamnál hasonló elemszámú mintát nyerni. A hasonló elemszám lehetővé tette az összehasonlító vizsgálatok elvégzését és biztosította az eredmények megbízhatóságát is.

### *A minta jellemzése*

A hallgatók nem szerinti megoszlása tükrözi a humán segítő szakmákban lévő női többletet. Női hallgatók aránya:  $N_{\text{ápoló}} = 91,9\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 69,7\%$ , férfi hallgatók aránya:  $N_{\text{ápoló}} = 8,1\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 30,3\%$ . A hallgatók átlagéletkora csaknem megegyezik ( $N_{\text{ápoló}} = 21,67$  év,  $N_{\text{pedagógus}} = 21,13$  év).

A hallgatók döntő hányada ( $N_{\text{ápoló}} = 81,9\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 84,4\%$ ), hajadon státuszú volt a felméréskor. Legtöbbjük középfokú iskolai végzettségű apától ( $N_{\text{ápoló}} = 74,1\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 65,1\%$ ) és anyától ( $N_{\text{ápoló}} = 74,5\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 74,1\%$ ), származott, felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők arányában majdnem kétszeres különbségek voltak ( $N_{\text{ápoló}} = 16,1\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 28,4\%$ ). A apák fele a munkajelleg csoportba történő sorolásánál a nem mezőgazdasági fizikai munka, és negyede szellemi munka besorolást kapta. Az anyák fele szellemi munkát végez és harmada nem mezőgazdasági fizikai munkát. A hallgatói csoportoknál nincs szignifikáns különbség.

A legtöbb hallgató megyeszékhelyen ( $N_{\text{ápoló}} = 17,7\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 17,9\%$ ), városban ( $N_{\text{ápoló}} = 39,9\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 37,7\%$ ), vagy falun élt ( $N_{\text{ápoló}} = 32,5\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 39,5\%$ ) gyermekkorában. A budapestiek arányát (10,5%-ot) a gyermekkori és mostani lakóhely elemzésébe nem vontuk be, ugyanis a pedagógus hallgatók között Budapesten nem végeztünk mintavételt. A gyermekkori lakóhelyhez képest a vándorlás iránya megyeszékhelyről városba ( $N_{\text{ápoló}} = 12,2\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 8,4\%$ ), megyeszékhelyről falura ( $N_{\text{ápoló}} = 8,1\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 12,0\%$ ) és faluról városba ( $N_{\text{ápoló}} = 7,5\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}} = 8,2\%$ ) irányul.

A hallgatók felének 1 testvére van, az ápoló hallgatók negyede, a pedagógus hallgatók harmada származik egy gyermekes családból.

## Eredmények

A társadalmi megbecsülés kategóriáját gyakran használják a hivatások értékítéle-

tének kutatása során (Bánlaky et al. 1981, Ferge et al. 1972, Nagy 1998). Ötfokozatú skálát alkalmaztunk (1=nagyon alacsony, 2 alacsony, 3=közepes, 4=magas, 5=nagyon magas), amelyben a társadalom által közvetített szubjektív megítélést kértük. Az önelhelyezés átlagértéke  $N_{\text{ápoló}}=2,46$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=2,89$ , szórás értéke  $N_{\text{ápoló}}=0,94$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=0,75$ . A kutatásban résztvevők szerint a társadalom alulértékeli az ápolói és a pedagógus pályát.

A hivatások társadalmi megítélése között tendenciózus belső különbséget alig találunk. A nemek közötti eltérések értékelése még értelmezhető. A pedagógus hallgató nők és ápoló hallgató férfiak magasabbra értékelik az ápoló hivatást, mint társaik, de az eltérés mértéke nem jelentős.

Egy következő kérdéssel arra kerestük a választ, hogy a megkérdezettek hogyan látják egymás hivatásának presztízsét. Az ápoló hallgatók a pedagógus pálya presztízsét átlagban 3,03-ra (szórás: 0,92) értékelték. A pedagógus hallgatók ápoló pályára adott presztízs pontszám átlaga: 2,89 (szórás: 0,75). Az értékelésekből kitűnik, hogy az alacsony pontszámok homogén válaszokat tükröznek.

A főiskolára történő sikeres felvételtkor a baráti körből tapasztalható visszajelzések alapján a hallgatók több, mint háromnegyed része elismerésben részesült  $N_{\text{ápoló}}=81,1\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=85\%$ . A diplomás ápoló hallgatók sikeresebbnek ítélik a pályaválasztást, ugyanis a kérdezettek 82,9 %-a tanult szakmájában kíván elhelyezkedni (Kovácsné et al. 2004, 2005, Feith et al. 2005).

A pályaválasztás sikeréről saját és szülei véleményét is kérdeztük. A pedagógus hallgatók válaszai kevésbé egységesek, mert több, mint fele részben sikeresnek ítélik a pályaválasztást, de csak 38,1%-ban kívánnak a végzést követően pedagógusként elhelyezkedni. Nem tapasztalható lényeges különbség a válaszokban, a képzési helyszínek és a nemek megoszlásában sem. (I. táblázat).

**I. táblázat: Vélemények megoszlása a pályaválasztás sikeréről, %**  
( $N_{\text{ápoló}}=381$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=402$ )

Diplomás ápoló hallgatók		Pedagógus-hallgatók
<b>A kérdezett véleménye a pályaválasztás sikeréről</b>		
10,6%	Negatív megítélés a pályaválasztásról	17%
26,8%	Semleges megítélés a pályaválasztásról	31,3%
61,6%	Sikeres pályaválasztás	51,7%
<b>A szülők véleménye a pályaválasztásról</b>		
5,3%	Negatív megítélés a pályaválasztásról	4,2%
16,5%	Semleges megítélés a pályaválasztásról	18,9%
76,3%	Sikeres pályaválasztás	76,9%

**A hivatás szakmai presztízsének megítélése**

A kutatásban résztvevők szerint a társadalom az ápolói pályát alulértékeli. A kórházi hierarchiában az általános értékítéleten belül ez a vélekedés leginkább az orvosok és a középfokú végzettséggel rendelkező ápolók körében jelentkezik. A jövőbe vetett optimizmust tükrözi, hogy a megkérdezettek szerint a kórház vezetése viszont magasra értékeli szerepüket.

A következő kérdéscsoportban megvizsgáltuk az egészségügyben az eltérő iskolai végzettséggel rendelkező szakdolgozói csoportok megbecsültségét. Az ápoló hallgatók eredményei szerint ( $N_{\text{ápoló}}=53,8\%$ ) ez a megbecsültség leginkább az egyetemi végzettségű ápolókhöz hasonlít, a pedagógus hallgatók háromnegyedének ( $N_{\text{pedagógus}}=78,1\%$ ) véleménye szerint a középfokú végzettségű ápolóhoz. Mindkét csoport véleménye szerint a megbecsültség legkevésbé az orvosi hivatáshoz hasonlít  $N_{\text{ápoló}}=63,8\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=61,9\%$ . A gyógytornászok és dietetikusok megbecsültségéhez harmadrészben hasonlít a diplomás ápolói pálya (II. táblázat).

Megállapítható a fenti eredmények alapján, hogy negatív szubjektív vélemények tükröződnek mindkét hallgatói réteg körében.

**II. táblázat: A hallgatók véleményének megoszlása a diplomás ápolók szakmai presztízsének megítéléséről a kórházi hierarchiában, %**  
( $N_{\text{ápoló}}=381$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=402$ )

Diplomás ápoló hallgatók *		Pedagógus hallgatók **
	<b>Beteg</b>	
3,1%	Nagyon alacsony	0,5%
12,1%	Alacsony	8,70%
45,4%	Közepes	39,1%
32,3%	Magas	39,6%
4,5%	Nagyon magas	11,7%
	<b>Orvos</b>	
8,1%	Nagyon alacsony	3,0%
21,8%	Alacsony	21,9%
43,8%	Közepes	39,8%
19,7%	Magas	29,4%
4,2%	Nagyon magas	5,5%
	<b>A diplomás ápolók önmagukat</b>	
1,6%	Nagyon alacsony	1,0%
7,3%	Alacsony	9,7%
30,4%	Közepes	33,8%
37,8%	Magas	39,6%
20,2%	Nagyon magas	15,4%
	<b>Ápolók</b>	
8,4%	Nagyon alacsony	3,2%
24,7%	Alacsony	13,6%
39,9%	Közepes	44,0%
21,3%	Magas	34,3%
3,4%	Nagyon magas	4,0%
	<b>A kórház vezetése</b>	
3,7%	Nagyon alacsony	2,2%
12,3%	Alacsony	21,1%
37,5%	Közepes	45,5%
34,6%	Magas	24,9%
9,4%	Nagyon magas	5,7%

\*a hallgatók 0,5%-a nem válaszolt a fenti kérdésekre

\*\*a hallgatók 2,5%-a nem válaszolt a fenti kérdésekre

#### **A hivatás presztízsének perspektívái**

Az ápolói pálya várható presztízs foko-  
zódását inkább ápoló hallgatók jósolták  
( $N_{\text{ápoló}}=51,2\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=24,1\%$ , OR:4,323,  
95% CI:3,058-6,111), a pedagógus hallgatók

ebben a tekintetben jóval pesszimistábbak voltak.

Ugyanakkor *érdekes ellentmondás* is felfedezhető, ugyanis a megkérdezettek 60,8%-a ( $N_{\text{ápoló}}=73,4\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=47,8\%$ ) ennek ellenére sem ajánlaná gyermekének az ápolói pályát.

Jellemző jelenség napjainkban, hogy munkát vállalnak a fiatalok a főiskolai tanulmányok ideje alatt. Ennek indítéka lehet gyakorlatyszerzés, biztos munkahely feltételezése, anyagi javadalmazás és karitatív tevékenység. A megkérdezett hallgatók körében is gyakori a munkavállalás ( $N_{\text{ápoló}}=25,7\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=12,4\%$ ). A pedagógus hallgatók körében az ápoló hallgatókkal szemben egytől annak az esélye, hogy munkát vállaljanak tanulmányaik alatt (OR: 0,195; 95% CI: 0,038-0,988).

A kutatásban résztvevő hallgatók közel harmada ( $N_{\text{ápoló}}=31\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=12,4\%$ ) a munkavállalást illetően az anyagi indokot jelölte meg. A hallgatók társadalmi háttérének ismeretében az eredmény nem meglepő.

A vélemények meglehetősen ambivalensek, amelyeket egyaránt befolyásolják a professzionalizáció ellentmondásai, az oktatás magas elvárásai és a szakma speciális sajátosságai, amelyek mind ezeket a hivatásokat jellemzik.

#### **A hivatáshoz kapcsolódó értékek**

Abból a szempontból is vizsgáltuk a hallgatói véleményeket, hogy a szakmai felkészültséget, az empátiás készséget, vagy az önzetlen segítségnyújtást tartják-e a legfontosabb értéknek a pályájuk során, és ha a felsorolt értékek közül hiányzik valamelyik, akkor azt kizárják-e a pályaalakulástól. Az ápoló hallgatók első (67,2%), második (62,5%) és harmadik (53,5%) helyen is az önzetlenül végzett segítséget jelölték meg. A kizáró értékek rangsorában ugyanezen érték hiánya szerepel (53,5%, 37%, 37%). A pedagógus hallgatók véleménye a legfontosabb értékek rangsoráról: első hely, önzetlen segítség (74,9%), második és harmadik hely: az empátia (48,8%, illetve 39,6%). Kizáró értékek rangsorában első (62,4%), második (56,5%), és harmadik helyen (43,8%) is az önzetlen segítség szerepel.

## Diplomás ápoló- és pedagógus hallgatók jövőbeni szakmai tervei

### Hivatástervek

Diplomás ápolóként a válaszadók 82,9%-ának állt szándékában elhelyezkedni, tehát a hivatást illetően optimisták (Kovácsné et al. 2004, 2005, Feith et al. 2005).

Az egészségügyi területek szerinti megoszlás: fekvőbeteg ellátás 46,5%, járóbeteg szakellátás 16,8%, alapellátás (körzet) 9,4% és házi ápolási szolgálat 6,8%.

### III. táblázat: Diplomás ápoló hallgatók elhelyezkedési szándéka (N=381)

Osztály	Fő	%
belgyógyászat	36	9,4
sebészet	30	7,9
intenzív osztály	29	7,6
szülészet, nőgyógyászat	15	3,9
baleseti sebészet	9	2,4
neurológia	3	,8
gyermekosztály	32	8,4
kardiológia	4	1,0
hospice osztály	1	0,3
geriátria	4	1,0
onkológia	2	0,5
pulmonológia	2	0,5
rehabilitáció	2	0,5
műtő	1	0,3
kisklinikumi osztály	3	0,8
pszichiátria	1	0,3
nem válaszolt	208	54,6
<b>Összesen</b>	<b>381</b>	<b>100</b>

A fekvőbeteg osztályok közül a tervek között többségben a hagyományos szakterületek szerepelnek. (III. táblázat). A leginkább kedvelt osztályok: belgyógyászat, gyermekosztály, sebészet és intenzív osztály. A nem válaszolók aránya 54,6%. Felteteleztük a kapott adatok alapján, hogy azért magas ez az arány, mert sokan még nem döntöttek a szakirányt illetően. A III-IV. éves ápoló hallgatók munkavállalási terveiben a belgyógyászat szerepel, az I-II. évesek többségükben a gyermekgyógyászatot választanák.

A pedagógus hallgatók 38,1%-ának állt szándékában elhelyezkedni tanult hivatásában. A hallgatók 48,0%-a önkormányzati iskolában, 6,2%-a felekezeti iskolában és 4,7%-a alapítványi (nem felekezeti) iskolában kíván elhelyezkedni (41% nem válaszolt).

Évfolyamok szerinti megoszlásban vizsgáltuk a nem döntők arányát, de csak minimális eltérést tapasztaltunk. Ápoló<sub>I.évfolyam</sub> =49,1%, Pedagógus<sub>I.évfolyam</sub> =57% Ápoló<sub>II.évfolyam</sub> =57,5%, Pedagógus<sub>II.évfolyam</sub> =60%, Ápoló<sub>III.évfolyam</sub> =56,5%, Pedagógus<sub>III.évfolyam</sub> =58% Ápoló<sub>IV.évfolyam</sub> =56,8%, Pedagógus<sub>IV.évfolyam</sub> =69%. Nagyon érdekes viszont, hogy az első évfolyamban alacsonyabb a bizonytalanok aránya, ami véleményünk szerint a hivatás irányában tanúsított optimizmusukat tükrözi.

A diplomás ápoló hallgatók a pedagógus hallgatókhoz képest közel 10-szeres eséllyel a tanult szakmájukban szeretné-

### IV. táblázat: A hallgatók karrierrel kapcsolatos félelmei

(N<sub>ápoló</sub> =381, N<sub>pedagógus</sub> =402)

Diplomás ápoló hallgatók		Jövőbeni félelmek oka	Pedagógus hallgatók	
Érték %	Szignifikancia szint		Érték %	Szignifikancia szint
44,4	0,000	Alacsony jövedelem	60,8	0,000
44,5	0,000	Megbecsültség hiánya	50,3	0,000
29,6	0,000	Családi élettel összeegyeztethetetlen	3,9	0,007
20,4	0,000	Nagy munkaterhek	22,2	0,000
24,1	0,000	Rugalmatlan időbeosztás	20,9	0,000
29,6	0,000	Végzettséghez képest alacsony színvonalú munka	20,3	0,000

nek elhelyezkedni (OR:9,471, 95% CI:6,658-13,472).

**A munkavállalás lehetőségei, nehézségei**

A karrierrel kapcsolatos jövőbeni félelmek közül a hallgatók legtöbbször az alacsony jövedelmet és az alacsony megbecsültségi szintet jelölték meg. Az ápoló hallgatók azonos nehézségek közé sorolják az alacsony színvonalú munkát és a családi életet. (IV. táblázat). A pedagógus hallgatóknál a rugalmatlan időbeosztást és a végzettséghez képest alacsonyabb színvonalú munkát jelölték meg. A pedagógus pályát a családdal 3,9%-ban nem tudják összeegyeztetni.

Korrelációs mátrix segítségével vizsgáltuk az egyes tételek közötti kapcsolatot, és az alacsony jövedelem és az alacsony megbecsültségi szint között erős korrelációt találtunk. ( $r_{\text{ápoló}}=0,618^{**}$ ,  $r_{\text{pedagógus}}=0,715^{**}$ ,  $p>0,000$ ). Az alacsony jövedelem és az alacsony szintű munka is kapcsolatot mutat ( $r_{\text{ápoló}}=0,529^{**}$ ,  $r_{\text{pedagógus}}=0,337^{**}$ ,  $p>0,000$ ). A munkaterhek és a rugalmatlan időbeosztás kapcsolata is erős ( $r_{\text{ápoló}}=0,518^{**}$ ,  $r_{\text{pedagógus}}=0,165^{**}$ ,  $p>0,000$ ).

A válaszadó ápoló hallgatók 57,5%-a, pedagógus hallgatók 53%-a tervez külföldi munkavégzést. A motivációs értékek között leggyakrabban a nyelvtanulás szerepelt. (V. táblázat).

Második helyen az ápoló hallgatók a magasabb szintű szakmai tudás megszerzését 55,7%-ban tartották kiemelendőnek a kül-

földi munkavállalási tervekben, pedagógus hallgatók a kalandvágyat. Harmadik helyen helyet cseréltek a motivációs értékek. Mindkét hallgatói csoportnál az anyagi és erkölcsi megbecsültség zárja a motivációk sorrendjét. Nagyon érdekes eredmény a pedagógus hallgatóknál, hogy az erkölcsi megbecsültség hiánya, mint külföldi munkavállalási tényező, nagyon alacsony.

A felsőfokú tanulmányok helyszíne befolyásolta a külföldi munkavállalási tervekre adott válaszokat. Magyarország nyugati régióiban, a határhoz közeli ápolóképző főiskolák hallgatói jóval nagyobb arányban terveztek külföldi munkavállalást, mint a keleti országhatár közelében fekvő tanintézményekben tanulók ( $p=0,035$ ). Pedagógus hallgatóknál fordított az arány, az Egerben tanulók közel 60%-a szeretne külföldön dolgozni, míg a szombathelyi főiskolások 47,8%-a ( $p=0,001$ ).

A hallgatók közel negyede már előkészületet is tett a külföldi munkavállalás érdekében,  $N_{\text{ápoló}}=21,3\%$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=23,9\%$ .

A pedagógus hallgatók az elhelyezkedési nehézségeket inkább pesszimistábban ítélik meg, mint a diplomás ápoló hallgatók.

Vizsgáltuk az összefüggést a külföldi munkavállalás és az elhelyezkedési nehézségek között. Azok az ápolók, akik azt gondolják, hogy „nehéz” (51,3%) és „nagyon nehéz” (58,3%) elhelyezkedni, többségükben külföldön szeretnének munkát vállalni. A pedagógus hallgatóknál hasonló adatokat kaptunk (40%, 46%). Adataink statisztikailag szignifikánsak ( $p_{\text{ápoló}}=0,001$ ,  $p_{\text{pedagógus}}=0,052$ ).

**V. táblázat: A külföldi munkavállalás motiváló tényezői**

( $N_{\text{ápoló}}=381$ ,  $N_{\text{pedagógus}}=402$ )

Diplomás ápoló hallgatók		A külföldi munkavállalás indoka	Pedagógus hallgatók	
Érték %	Szignifikancia szint		Érték %	Szignifikancia szint
79,5	0,000	Nyelvtanulás	84,0	0,000
43,4	0,000	Karrierépítés	29,1	0,000
55,7	0,000	Szakmai tudás bővítése	39,0	0,007
39,7	0,000	Kalandvágy	61,5	0,000
19,2	0,000	Erkölcsi megbecsülés hiánya	4,2	0,017
36,1	0,000	Anyagi megbecsülés hiánya	24,9	0,000



## Megbeszélés

### *A hivatással és pályaválasztással kapcsolatos értékítéletek*

Hipotézisünk igazolódott, mert a diplomás ápolók és pedagógus hallgatók döntő hányada alacsony presztízssú pályának ítélte saját hivatását. Az egymás hivatására adott pontszámok szintén alacsonyak, de az ápoló hallgatók a pedagógus pálya presztízst minimálisan magasabbnak értékelték. A pedagógus hallgatók saját hivatásukat azonosnak ítélték az ápolói hivatással, tehát egyiknek sem adtak magasabb pontszámot.

Felmérésünk megerősítette a korábbi hazai presztízskutatások eredményeit, amelyek szintén alacsony szintet mutattak (Bártlová et al. 2006, Cseri 2002, Pikó 1999).

Harcza István és Kulcsár Rózsa 1986-ban végzett kutatásában az ápolói és pedagógus hivatás is szerepelt. Érdekes megfigyelni, hogy eredményeik szerint az ápolói foglalkozás presztízse egyaránt lemarad a tanár és tanítói hivatástól, mind presztízst, mind tudást, mind hasznosság tekintetében, és ezt a vélekedést a jelen kutatás is igazolja. (VI. táblázat).

### **VI. táblázat: Különböző foglalkozások társadalmi presztízsenek megítélési sorrendje**

(az alacsonyabb számok magasabb presztízst jelentenek)

Forrás: Harcza, Kulcsár (1986)

Foglalkozás	Presztízst (átlag)	Tudás (átlag)	Hasznosság (átlag)
Kórházi orvos	3, 97	2, 56	3, 67
Mérnök	5, 96	4, 25	6, 58
Tanár	7, 49	5, 6	6, 77
Főkönyvelő	7, 67	6, 77	10, 93
Tanító	7, 75	7, 26	6, 91
Szociológus	9, 64	6, 96	15, 18
Óvónő	10, 05	10, 69	9, 75
Ápolónő	10, 88	11, 31	9, 16
Rendőr	12, 82	16, 95	10, 84
Autószerelő	12, 82	11, 24	12, 07

A pedagógus foglalkozás mintegy két évtizeddel ezelőtti magas megbecsültsége feltehetően abban rejlik, hogy a korabeli

társadalmi megítélés elsősorban a foglalkozás hasznosságához, illetve a mögötte álló tudáshoz kapcsolta a fogalmat, és nem a materiális javakhoz viszonyította azt. Az 1990-es években kialakuló magyarországi piacgazdasági viszonyok között megnőtt a materiális javak jelentősége. Egyébként a mai presztízsvizsgálatok is kimutatják a pedagógusi pálya társadalmi hasznosságát. (Varga, 2007). Az ezredfordulón az anyagi megbecsültség társadalmi és gyakorlati értéke hihetetlen mértékben megnőtt, amely a vizsgálatokban is nyomon követhető. Ferge Zsuzsa a dolgozó pedagógusok önértékelését vizsgálta egy 7 fokozatú skála segítségével, és átlagként 3,1-et állapított meg (Ferge et al. 1972).

Napjainkban szinte közhely, hogy a magyar társadalomban a kis keresetű pedagógus és ápolói szakma erősen leértékelődött. A képzés átalakult az utóbbi években, igazodott az európai normákhoz, de a gyakorlat nem követte a változásokat.

### **Következtetések, javaslatok**

A hallgatói csoportok egyaránt sikeresnek ítélik a pályaválasztást az alacsony presztízstértékek ellenére. A szakmai hierarchiában történő presztízstértékeléssel a cél az volt, hogy kiegészítse az önértékelésről alkotott képet. Az eredmények alacsonyabbak, mint más főiskolai végzettségű egészségügyi dolgozók esetén. A hallgatók gyakorlatok során szerzett tapasztalatában az a negatív ítélet tükröződik vissza, amely az alacsonyabban képzett ápolókkal szemben alakult ki. A kórházak menedzsmentje viszont értékeli a magasan végzett professzionális tudással rendelkező szakembereket.

Az egészségügy rendszerében negatív szubjektív vélemények tükröződnek, az az eredmény azonban optimizmust tükröz, hogy az ápolók négyszer nagyobb eséllyel feltételezik, hogy a jövőben erősödik a hivatás presztízse.

A választott hivatással kapcsolatos elégedettséget közvetett, elméleti kérdéssel is mértük: a megkérdezett személyek újra a hivatásukat választanák-e, illetve szeretnék-e, ha gyermekük ezt a foglalkozást követné. A kutatásban résztvevők közel harmada mindkét vizsgálati csoportban ismételtlen a

jelenlegi hivatását választaná, viszont lényegesen kisebb arányban szeretnék, hogy gyermekük a foglalkozás választás tekintetében a szülői mintát kövesse (nem ajánlaná gyermekének ezt a hivatást a diplomás ápolók hallgatók közül 73,4%, a pedagógus hallgatók 47,8%).

Akik nem választanák újra a hivatásukat, illetve nem szeretnék, ha gyermekük foglalkozásukat követné, pályájukat alacsonyabb presztízsűnek tekintik.

*Felmérésünk megerősítette a korábbi presztízs kutatások eredményét, vagyis az egészségügyi és pedagógusképzésben résztvevők kifejezetten alacsony presztízsű pályának tekintik a hivatásukat. Különbségeket találtunk a diplomás ápoló hallgatók és pedagógus hallgatók válaszai között. Megállapítható, hogy az ápolók alacsonyabbra értékelik hivatásuk presztízsét, mint a pedagógus hallgatók, ennek ellenére többségében újból ezt a hivatást választanák.*

#### **A hallgatók jövőbeni szakmai tervei**

A diplomás ápoló hallgatók több, mint háromnegyede szeretne tanult szakmájában elhelyezkedni. Leginkább a hagyományos fekvőbeteg ellátást részesítik előnyben, és olyan hagyományos klinikai területeken kívánnak dolgozni, mint például belgyógyászaton és sebészetben. A szakmai tervek fontosságát a kutatótársaimmal végzett vizsgálatok is megerősíti (Bodrogi et al. 2001, Hajagos et al. 2006). Az alapellátás és házi betegellátás is megjelent a válaszokban, jelezve, hogy a hallgatók jövőbeni tervei is igazodnak az egészségpolitika szerkezet átalakító törekvéseihez (Hegney et al. 2006). Figyelemre méltó, hogy a 2000-ben végzett kutatáshoz viszonyítva háttérbe szorult a progresszív ellátás legmagasabb szintje, az intenzív ellátás. Az okok vizsgálata egy következő kutatás témáját képezheti, mert a jelen vizsgálat nem terjedt ki az egyes szakterületek közötti választás motivációjára.

A pedagógus hallgatók kevesebb, mint 40%-a szeretne tanult szakmájában elhelyezkedni, és ez az arány *lényegesen alacsonyabb* a diplomás ápoló hallgatókhoz viszonyítva. Feltehetőleg ez annak a követ-

kezménye, hogy az iskolaválasztás késői időpontban történt, és nagyon sok esetben a tanárképző főiskola kényszerválasztás, más professzionális felsőfokú intézmény helyett. A tanárképző főiskola választása napjainkban nagyon sok esetben csak általában a főiskolai végzettség megszerzését jelenti, és nem a tanári pálya választását (Köcséné, 2001). Munkavállalási terveiknél a pedagógusok a hagyományos oktatási kereteket, és ezek között is az önkormányzati iskolákat részesítik előnyben. A hallgatók tisztában vannak azzal, hogy egy alternatív iskolában történő tanítás részükről fokozott elköteleződést és motíváltságot kíván.

A külföldi munkavállalást, mint lehetséges alternatívát többen elképzelhetőnek tartották. Magyarország Európai Unióhoz történt csatlakozását követően a külföldi munkavállalásnál a nyelvtanulás, a szakmai tudás bővítése és a kalandvágy a legerősebb motivációk, de az anyagi javak szerzése is domináns tényező, főként diplomás ápoló hallgatóknál. Miután az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) statisztikai kimutatásai alapján megállapítható, hogy a magyar ápolók relatív jövedelem tekintetében az OECD országok körében az utolsó három hely egyikén találhatók, nem okozott meglepetést számunkra a külföldi munkavállalásban megmutatkozó jövedelemszerzési motíváltság (OECD Indicators. ISBN 92-64-012621 OECD 2005).

A pályát elhagyni szándékozók okait is megvizsgáltuk. Első helyeken az alacsony jövedelem, valamint a megbecsültség hiánya szerepel. Korrelációs mátrixszal megállapítva az egyes tételek közötti kapcsolatokat, nem meglepő, hogy az anyagi motivációnak van a legerősebb kapcsolata a többi változóval. Legmagasabb értéket az elhelyezkedési nehézségek és a külföldi munkavállalás tervezése között találtuk, mindkét hallgatói csoportban.

A hallgatók sikeresnek ítélik a pályaválasztást, annak ellenére, hogy mindkét csoport hivatása a társadalmi és szakmai

presztízs alacsonyabb fokán található. A kutatásban részt vevő hallgatók a hivatásukat kifejezetten alacsony presztízsű pályának tekintik. Az ápolók alacsonyabbra értékelik hivatásuk presztízsét, mint a pedagógus hallgatók, ennek ellenére többségük újból ezt a hivatást választaná, tehát sikeresnek ítélik a pályaválasztásukat.

Helyre kell állítani nemcsak az egészségügyben és az oktatásban, hanem a társada-

lomban is az ápolói és pedagógus hivatás presztízsét, társadalmi megítélését és megbecsülését. A presztízs emelése nem csak szakmapolitikai kérdés. A hivatás képviselői is felelősséggel tartoznak azért, hogy a fiatal diplomások pályára lépését és pályán maradását elősegítsék. A pályakezdekre nagyobb figyelmet kell fordítani, akik motiváltak, optimistán tekintenek a jövő felé és várják a pozitív változásokat.

## Irodalomjegyzék

1. Andorka R. (1997): Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó, Budapest, 490-491.
2. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Hoeksema SN. (2003): Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 348-399.
3. Bánlaky P, Kérész Gy, Solymosi Zs. (1981): Orvosok Magyarországon. Akadémia Kiadó, Budapest, 10-65.
4. Bártlová S, Tóthová V. (2006): Az ápolói hivatás presztízse a Cseh Köztársaságban. *Nővér*, 19: 25-30.
5. Bodrogi B, Kámán Zs. (2001.): Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrieréről. *Nővér*, 5: 6-10.
6. Feith HJ, Kovácsné TÁ, Balázs P. (2005): Női szerepek diplomás ápoló hallgatóknak jövőképében. *Nővér*, 18: 3-9.
7. Ferge Zs, Gazsó F, Háber J, Tánczos G, Várhegyi Gy. (1972): A pedagógusok helyzete és munkája. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest, 220-222.
8. Ferge Zs, Gazsó F, Háber J, Tánczos G, Várhegyi Gy. (1972): A pedagógusok helyzete és munkája. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest, 220-222.
9. Hajagos O, Feith HJ, Kovácsné TÁ, (2006): Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér*, 19: 31-38.
10. Harcsa I, Kulcsár R. (1986): Társadalmi mobilitás és presztízs. Budapest, KSH
11. Hegney D, Plank A, Parker V. (2006): Extrinsic and Intrinsic Work Value: their Impact on Job Satisfaction in Nursing. *J Nurs Manag*, 14: 271-281.
12. Kovácsné TÁ, Feith HJ, Balázs P (2007): „Főiskolai hallgatók érték és pályaeorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. *Nővér*, 5:3-9.
13. Kovácsné TÁ, Feith HJ, Balázs P, Nánási J, (2005): Vol’ba povolania diplomovanych sestier v Mad’arsku. *Sestra*. 9: 12-13.
14. Kovácsné TÁ, Feith HJ, Balázs P. (2004): A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 12: 9-14.
15. Kovácsné TÁ, Feith HJ, Balázs P. (2007): Főiskolai hallgatók véleménye az ápolói pálya választásáról. *Eü. Gazd. Szle*. 44. 60-65.
16. Köcséné SZI.(2001): Tanárokat képez-e a tanárképző főiskola? Pályaszocializációs vizsgálat a Berzsényi Dániel Tanárképző főiskolán. In: Pedagógiai Műhely, PTE Tanárképző Intézet Pedagógia Tanszék, Pécs, mek.oszk.hu/01900/01963/html/letöltés\_ideje: 2007. szeptember 29.
17. Leann LS. (1997): Az ápolói hivatás imázsa, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 11-34.

18. Léderer P. (1977): A foglalkozások presztízse, Gondolat Kiadó, Budapest, 5-23.
19. Nagy M. (1998): A tanári pálya választása, *Educatio*, 3: 527-540. nter2201.htm - 5k, Letöltés ideje: 2007. november 20.
20. Mau W, Hitchcock R, Calvert C. (1998): High school students' career plans: The influence of others' expectations. *Professional School Counseling*, 2: 161-166.
21. Pikó B. (1999): Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízisének megítéléséről *Eü Gazd Szle*, 37: 79-89.
22. Varga J. (2007): Kiből lesz ma tanár? A tanári pálya választásának empirikus elemzése. *Közgazd szle. július-augusztus* 607-627.
23. Health at a Glance: OECD Indicators. ISBN 92-64-012621 OECD 2005

### **Comparative prestige survey of degree nursing students and professors**

Kovácsné Tóth, Á., Feith, H., Balázs, P., Dusek, T.

**The aim of the study:** To reveal the students' perception of the values related to their chosen profession, their subjective assessment of the prestige of the profession, the success of their career selection, and the relationship of these with their future career path.

**Methodology and sample:** The survey was conducted among degree nursing and teaching students, using a self-completion questionnaire. The survey of nurses was conducted in 2004 and 2005 among participants on nursing and teacher-training courses.  $N_{teacher}=402$ ,  $N_{nurse}=381$ . The survey extended to cover the entire sample of nurses. Whether or not teacher training students were included in the sample depended on the year of their course. Analysis of the data was performed using the SPSS software suite, with the application of descriptive statistical methods.

**Results:** The students participating in the survey regard their profession as an emphatically low-prestige career. The nurses consider their calling to have a lower prestige than that of the teachers, but despite this most of them would choose the same career given a second chance, and therefore they regard their choice of career as having been successful.

**Conclusion:** Representatives of the nursing profession also bear responsibility for helping young graduates to launch and remain in their careers. More attention needs to be paid to nurses at the beginning of their career, who are motivated, optimistic with regard to the future, and expect to see positive changes.

---

## **Tisztelt Olvasóink!**

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara valamennyi országos rendezvényéről tájékoztatja Önöket a

**2008. ÉVI ORSZÁGOS SZERVEZETI ESEMÉNYNAPTÁR,**

mely megtalálható a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon.

# Tantervreform az egészségügyi felsőoktatásban

**Csóka Mária**

ügyvivő szakértő, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,  
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

**Dr. Vingender István**

oktatási főigazgató helyettes, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,  
Társadalomegészségtani Intézet

**Dr. Mészáros Judit**

főigazgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

## Összefoglaló

A főiskolai képzés a 2006/2007. tanévtől átállt a bolognai képzési rendszerre. Ennek az átalakulásnak számos legitimáló tényezője volt, a XXI. századi elvárásoknak való megfeleléstől az európai felsőoktatási térség létrehozásáig, a hallgatói — oktatói mobilitás kiterjesztéséig.

Az adminisztratív változtatás önmagában nem elegendő a kitűzött célok eléréséhez, a formai megújulást követnie kell a főiskolai képzés tartalmi innovációjának.

A szerzők a képzési rendszer átalakításának legfontosabb területeit a következőkben határozzák meg: a képzési filozófia és paradigma újrafogalmazása, valamint a képzési szerkezet reformja. Ez utóbbi magába foglalja a makroszintű (ismeret, tudás, készség), a mezzoszintű (elmélet vs. gyakorlat, illetve tudás vs. alkalmazás), és a mikroszintű (bázistudás vs. up to date tudás) reformokat, a képzési szerkezet technológiai—logisztikai (passzív vs. aktív tudás), valamint a képzés módszertani, technikai reformját is.

A szerzők rendszerezik az átalakítás feladatait. A bolognai rendszer képzési követelményeinek és a tanulás kimenet-elvárásainak rendszerszemléletű áttekintését, a szükséglet és kínálat viszonyának elemzését, a főiskola képzési szerkezetének átalakítását –a fókuszpontok kialakítását, modulok, projektek és más fő szerkezeti egységek jellegének és tartalmának kidolgozását– tartják a legfontosabbnak.

**Kulcsszavak:** bolognai képzési rendszer, képzési filozófia, paradigmaváltás, makro-, mezzo-, mikro-szintű képzési szerkezet.

## A magyar felsőoktatás új rendszere és a Bolognai Nyilatkozat

A magyar felsőoktatás felépítése évtizedeken át lényegében nem változott, nem követte a gazdasági, politikai és műszaki élet területén tapasztalható rohamos változásokat, és ez egyre inkább nehezítette a szakmai képzések felhasználói igényekhez történő igazítását. A rendszerváltás, majd az Európai Unió kibővülése lehetővé

tette, hogy hallgatóink egyre gyakrabban vegyenek részt más országok felsőoktatásában, de az egyes országok oktatási rendszereinek eltérése miatt egyre több probléma jelentkezett a tanulmányi eredmények beszámítása és a megszerzett diplomák elismerése terén.

Ilyen és hasonló a problémák megoldására indultak meg a 90-es évektől Európa több országában a felsőoktatási reformfolyamatok, melyeket közös keretbe foglalt az 1999. június 19.-én aláírt Bolognai Nyilatkozat. A nyilatkozatot 29 ország, köz-

tük Magyarország képviselője is aláírta. (Napjainkra már 45 ország csatlakozott a nyilatkozathoz.)

#### A Bolognai Nyilatkozat legfontosabb céljai:

- könnyen érthető és összehasonlítható képzési rendszer kialakítása (pl. egységes oklevélmelléklet bevezetése),
- egymásra épülő képzési szakaszokon (ún. ciklusokon) alapuló képzési rendszer bevezetése, amelyben már az első ciklusban (alapképzés) szerzett fokozat szakképzettséget ad, egyúttal ez a feltétele a második képzési ciklusba (mesterképzésbe) történő belépésnek,
- egységes kreditátviteli rendszer kialakítása (European Credit Transfer System, ECTS),
- a széleskörű oktatói, kutatói, hallgatói mobilitás elősegítése,
- együttműködés kialakítása az európai felsőoktatási minőségbiztosításban,
- a felsőoktatás európai dimenziójának támogatása, Európával és az Európai Unióval kapcsolatos ismeretanyagok megjelenítése az oktatásban.

#### Többciklusú képzés

A felsőoktatás gyakorlatilag az egész világon egységesen három, egymásra épülő szakaszból, ciklusból áll:

**alapképzés (BSc: bachelor of science):** (3–4 év), ez a korábbi főiskolai szintnek felel meg,

**mesterképzés (MSc: master of science):** (1–2 év), ez a korábbi egyetemi szintet jelenti,

**doktori képzés (PhD: philosophiae doctor):** (3 év), a tudományos fokozat megszerzésének lehetősége.

Ehhez a rendszerhez kapcsolódik a *felsőfokú szakképzés* is, mely ugyan felsőfokú végzettséget nem ad, de az itt teljesített tanulmányok beszámíthatók az alapképzésbe, ha a hallgató folytatni szeretné a tanulmányait.

Magyarország a Bolognai Egyezmény 1999-es aláírásával elkötelezte magát, hogy részt vesz az Európai Felsőoktatási Térség kialakításának feladataiban, és annak részeként a többciklusú képzési rendszer beve-

zetésében. Az utóbbi két év során a magyar főiskolák és egyetemek kidolgozták az új struktúrának megfelelő oktatási programjait, 2006. szeptember 1.-től már csak az új oktatási programok indultak. A további átalakulás jogszabályi hátterét az új felsőoktatási törvény teremtette meg.

A hagyományos, duális rendszerben a képzések nem épültek egymásra, az egyetemi szintű tanulmányoknak nem volt előfeltétele a főiskolai szintű végzettség megszerzése. A főiskolai oklevéllel rendelkezők csak kiegészítő tanulmányokkal, számos különbözeti vizsga letételével szerezhettek egyetemi végzettséget. E rendszerben sem a szakok, sem a képzési szintek között nem volt biztosított az átjárás.

Az egységes Európai Felsőoktatási Térségben megvalósuló többciklusú képzési rendszerben (alap-, mester és doktori képzés) szerzett végzettségek Európa-szerte könnyebben összehasonlíthatók, és ez által könnyebben elismerhetők lesznek. A hallgatók, oktatók és kutatók sokkal szabadabban utazhatnak, nemzetközi kapcsolatokra tehetnek szert, és a szerteágazó képzési lehetőségek által az európai munkaerő-piacon jobban elhelyezkedhetnek (Barakonyi, 2004, 2006, Oktatási Minisztérium, 2005).

Az adminisztratív változtatás azonban önmagában nem elegendő a kitűzött célok eléréséhez, a formai megújulást követnie kell egyfajta tartalmi innovációnak, amely a főiskolai képzés tartalmi megújulását involválja.

## A képzési rendszer átalakításának legfontosabb területei

### 1. A képzési filozófia és paradigma újrafogalmazása

Először is fel kell tennünk az alapvető kérdéseket: mire (milyen célból és milyen feladatokra) képezzünk szakembereket, és milyen kompetenciákkal kell rendelkezniük az általunk képzett szakembereknek ahhoz, hogy megfeleljenek az új kihívásoknak?

A válasz első olvasatra nagyon egyszerű-

nek tűnik: meg kell vizsgálni, mire van ma kereslet, ehhez kell megfogalmazni a képzési célokat, majd a képzési célhoz megfelelő tananyagtartalmat kell rendelni, és készen is vagyunk. A valóságban ez azonban nem ilyen egyszerű. A paradigmaváltáshoz egy újfajta szemléletre, és új képzési filozófiára van szükség, amely befolyásolja az egész képzési folyamatot a rendszer inputjától a kívánatos outputig terjedően. Részletelesen meg kell vizsgálnunk, hogy milyen út vezet el az első évfolyamból a másodikba, mit jelent a nevelés, az oktatás, és a képzés a XXI. századi felsőoktatásban, hogyan változott meg az ismeret, a tudás, a készség, a képesség értelmezése napjainkban. Meg kell határozni továbbá azt is, hogy mit értünk a tudás bővítésén – ha az nem csak mennyiségi orientációjú –, mit jelent a készségfejlesztés, valamint kire mondhatjuk ki bátran, hogy jártasságot szerzett a betegellátás valamely területén.

A továbbiakban egy új képzési filozófiába ágyazva próbálunk megválaszolni valamennyi kérdést.

### Ismeret

*Az ismeret a valóság adekvát visszatükröződése tudatunkban, olyan komplexum, amelyben konkrét és absztrakt ismeretelemek, egyedi dolgok (jelenségek, folyamatok) és általános összefüggések, törvényszerűségek állnak szerves kapcsolatban egymással. Az ismeret induktív és deduktív gondolkodási folyamatok összekapcsolódásának az eredménye (Csóka, 2004).*

### Tudás

*A tudás több mint ismeret vagy ismeretek összessége. A tudás az ismeretek olyan rendszerének birtoklása, amelyben az egyes ismeretek egymásra épülnek, összefüggnek és meghatározott kapcsolatban állnak egymással. A tudás legfontosabb kritériuma, hogy ismereteinket ne csak reprodukálni, hanem alkalmazni is tudjuk különböző helyzetekben és a különböző elméleti, gyakorlati feladatok megoldásában (Csóka, 2004).*

Napjainkban egyre többet halljuk az „**alkalmazásképes tudás**”, illetve a „**teljesítményképes tudás**” kifejezést, amely azt

hangsúlyozza, hogy a hallgatóknak olyan tudásra van szükségük, amely nem csupán az ismeretanyag reprodukálásában — bár ez is teljesítménynek tekinthető —, hanem az elméleti, gyakorlati teljesítményekben is realizálódik. Az egészségügyi dolgozói hivatás gyakorlása általában nem azt kívánja meg, hogy szóban vagy írásban mondják el a hallgatók, amit tudnak, hanem azt, hogy alkalmazni is tudják ismereteiket különböző helyzetekben, különféle feladatok, problémák megoldásában. Ennek érdekében *speciális tevékenységre van szükség, amelyben a szerzett ismeretek felhasználásának gyakorlása megy végbe.*

*A gyakorlás valamilyen tevékenység rendszeresen ismételt végrehajtása abból a célból, hogy a tevékenység egyre tökéletesebben legyen elvégezhető.*

*A tudás fogalmába nem csupán az ismeret-szerzésben, hanem az ismeretek alkalmazásában való „gyakorlottság” is beletartozik, melynek két jellegzetes típusa a készség és a jártasság (Csóka, 2004).*

### Készség

*A készségek a tudatos tevékenység automatizált komponensei, amelyek a tevékenység többszöri ismétlése során alakulnak ki.*

A készség hibás értelmezésével állunk szemben, ha azt gondoljuk, hogy a készség automatizált ismeret, hiszen az ismeretek automatizálódása lehetetlen, a megszerzésükre, illetve alkalmazásukra irányuló tevékenységekben alakulnak ki bizonyos automatizmusok, dinamikus sztereotípiák, amelyek a gyors, tökéletes végrehajtást teszik lehetővé. Nem az egész tevékenység automatizálódik, hanem csak egyes résztevékenységek, ami nem azt jelenti, hogy a készség azonos lenne a résztevékenységgel, hanem annak csak az egyik jellemző vonása az automatizáltsága, sztereotipizáltsága (Csóka, 2004).

### Jártasság

*A jártasság — szemben a készséggel — nem a tevékenység egyes mozzanatainak, hanem a tevékenység egészének végrehajtásában való gyakorlottságot jelenti a tanult szabályok, törvények felidézése, tudatosítása mellett (Csóka, 2004).*

A hallgató akkor jutott el a jártasság fokára, ha önállóan, folyamatosan és hibátlanul képes munkáját végezni. A betegellátás során az ismeretek többségének gyakorlati alkalmazása olyan műveletek végrehajtását jelenti, amelyek természetüknél fogva sohasem válhatnak automatikussá. Például a beteg higiénés szükségleteinek kielégítése nem történhet automatizált módon annak ellenére, hogy maga a mosdatás készségi szinten végrehajtott résztevékenység a szükséglet-kielégítés folyamatában.

A nagy didaktikai kutatók között sem alakult ki egységes vélemény abban a kérdésben, hogy a jártasság előzi-e meg a készséget vagy a készség a jártasságot. Jelen tanulmányunknak nem célja ennek eldöntése, minden esetre azt már biztosan tudjuk, hogy a készség és a jártasság mindig tudatos ismereteken, illetve tudatosított műveleteken, eljárásokon alapszik. Pusztán mechanikus gyakorlás (utánzás) útján nem érhetünk el megbízhatóan működő készségeket már csak azért sem, mert a betegellátás során mindig adódhatnak váratlan helyzetek — például a beteg allergiás reakcióval válaszol a beadott injekcióra —, amelyekben az automatizmus átmenetileg csődöt mond. Ilyenkor az ismereteket, a bemutatás során látottakat, hallottakat kell felidéznie a hallgatónak ahhoz, hogy a problémát megoldja.

Az ismeretek, készségek, jártasságok tehát összefüggésben állnak egymással, kölcsönösen és többszörösen egymásra épülnek. A gyakorlatban hol a jártasságok alakulnak ki előbb, s csak ezután a készségek, hol a korábban kialakított készségek előzik meg a magasabb szintű jártasságokat, melyek ismét alapjai lehetnek a még magasabb szintű készségeknek.

*Mi a jártasság és készség konzervatív meghatározása helyett az interiorizációt (belsővé válást) tekintjük jártasságnak és a maximális begyakorlottságot készségnek. Ebben a koncepcióban készségnek nevezzük a műveletvégzést, jártasságnak pedig az egész feladatmegoldást (Csóka, 2004).*

A készségek, jártasságok kialakításában a következő törvényszerűségek figyelhetők meg:

- minél többször gyakoroltatunk egy tevékenységet, annál kevesebb idő alatt lesz képes a hallgató ugyanazt a műveletet teljesíteni,
- a többszöri gyakorlás a tevékenység minőségi színvonalát emeli,
- sokszoros gyakorlással a hibák száma csökken, sőt elmarad.

A készségfejlesztéshez az alábbi sémát ajánljuk:

- a hallgatók a cselekvés részmozzanatait megtanulják,
- a részműveleteket összekapcsolják, és egész cselekvéssé egyesítik,
- a gyakorlás során a felesleges mozdulatokat, erőfeszítéseket elhagyják,
- a hallgatók és a gyakorlatvezetők a túlzott figyelemmel való ellenőrzést csökkentik,
- a cselekvést a hallgatók különböző variációkban és szituációkban is elsajátítják,
- fokozatosan áttérnek a teljesen önálló munkára.

## **2. A képzési szerkezet makroszintű reformja (ismeret vs. tudás)**

Szükséges átgondolni és újraértelmezni azt a helyzetet, hogy a tudásolló egyre nyílik: az elvileg megszerezhető tudás és a ténylegesen elsajátítható ismeretek közötti szakadék mélyül. Mi a teendő ebben a helyzetben? Próbáljunk-e egyre több ismeretet „belepréselni” a hallgatókba, vagy szocializáljuk őket a tanulásra, a tudás értékére, a műveltségi igényességre, a szakmai professzionalizmusra való állandó törekvésre, azaz készítsük fel őket az élethosszig tartó tanulásra? A korszerűség egyértelműen az utóbbi változatot jelöli ki követendő útként. Még akkor is, ha nyilvánvalóan a tudásátadásról nem lehet, nem is kell teljes mértékben lemondani. A prioritást azonban a tudás-kultúra építésének kell kapnia.

## **3. A képzési szerkezet mezzoszintű reformja (elmélet vs. gyakorlat, illetve tudás vs. alkalmazás)**

Összhangban a fentiekkel egyértelműnek látszik, hogy az oktatás irányultságát a gya-



korlat felé kell erőteljesen eltolni. Ez nem csupán a hagyományos értelemben vett elmélet — gyakorlat átstrukturálást jelenti, hanem azt, hogy az elméleteket is olyan megközelítésben kell táralni, ami a gyakorlati felhasználást támogatja. Ne csak ismerjék és tudják a hallgatók a tudományokat (lexikális tudás), hanem legyenek képesek felhasználni is (alkalmazásképes tudás) a saját életükben, munkájukban, környezetükben mindazt, amit már teoretikusan ismernek.

#### **4. A képzési szerkezet mikroszintű reformja (bázistudás vs. up to date tudás)**

Az egészségügyi főiskolai képzés valamennyi területe és ága, így az orvostudományok (elméleti és klinikai orvostudományok, gyógyszer tudományok, egészség tudományok stb.), társadalomtudományok (közgazdaságtudomány, állam- és jogtudomány, szociológiai tudomány, politikatudomány stb.), bölcsészettudományok (pszichológia, pedagógia, antropológiai tudomány, művészeti tudományok) olyan, amelyet a fejlődés leggyorsabban végbemenő áramlatai érintenek. Az emberről szóló tudományokban radikális változások zajlanak nap, mint nap. A kérdés, hogy miként tudjuk követni ezeket a változásokat? Lehet-e egyáltalán? Bevihetünk minden tudományos innovációt a tanterembe? Vagy inkább arra képezzük/neveljük a hallgatókat, hogy választott szűkebb szakterületük, munkahelyük, érdeklődési körük szerint alapvető belső szükségletként kövessék ezeket az innovációkat? Az ésszerűség ez utóbbit támasztja alá. Mivel a változás olyan gyors, hogy még a képzés ideje alatt is nehéz követni, ezért véleményünk szerint az élethosszig tartó tanulás iránti igényre kell nevelnünk hallgatóinkat. Ez természetesen nem nélkülözheti a bázistudást, amely megfelelő attitűd kiépítésével együttesen teszi alkalmassá őket a naprakész tudás megszerzésére. Ahhoz, hogy a személyiség szükségleteként jelenjen meg az új ismeretek és a naprakész tudás megszerzése, először is meg kell tanítanunk őket tanulni, továbbá az oktatóktól is komplex szemléletre van szükség. Az oktató alkalmasságát nagymértékben meghatározza szemlélete, vagyis az, hogy képes-e

a nevelést, az oktatást és a képzést együttes kérdéskomplexumnak tekinteni, valamint az, hogy nem csupán a képzési célokra és az ennek megfelelő tananyag tartalom „leadására” összpontosít, hanem tudatában van a nevelés jelentőségének, tudja, hogy e három fogalom közül a nevelés a legszélesebb körű fogalom, amely magában foglalja a képzést és az oktatást is.

A tananyag tartalmat a képzési céloknak megfelelően kell kialakítani, a képzési célt viszont nem szabad leszűkíteni az oktatási célra, ill. a képzési tematikára. A képzési célokban a nevelés célkitűzéseinek is realizálódniuk kell, mivel a tudomány és a technika fejlődésének felgyorsulásával a nevelés jövőre felkészítő, progresszív szerepe került előtérbe. És ez az, ami más aspektusba helyezi ma az ismeret, tudás, készség, képesség értelmezését. A nevelést mindig meghatározott cél vezeti, a nevelési tevékenységet egy meghatározott, aktuális embereszmény szabályozza, vagyis sem a társadalmi, sem az egyéni szükségletek eltűlése nem helyes. Ez a megfogalmazás az ember bio-pszichoszociális funkcióinak optimalizálására törekszik, ezért e pedagógiai célkitűzéseink megvalósításához olyan feladatrendszert kell kidolgozni, amely a szakmai tananyag oktatásán túl feltétlenül tartalmazza a következőket:

- jellem, magatartás fejlesztése,
- képességek, készségek fejlesztése,
- önismeret, önnevelés, önfejlesztés képességének fejlesztése,
- korszerű műveltség megalapozása,
- szociális-társ kapcsolati készségek kialakítása,
- kulturáltság kialakítása (Csóka, 2004, Nagy szerk., 2005, Kojanitz szerk., 2006).

A legkedvezőbb, ha olyan személyiség kifejlesztésére törekszünk, aki alkalmassá lesz a későbbi életútjában aktuálissá váló eszményváltozások követésére (pl.: high tech alkalmazása az egészségügyben), alternatív döntéseivel és kreativitásával kiválasztott értékek megvalósítására. A nevelés célja tehát az autonóm, önmagát és másokat elfogadó, kultúrált személyiség megalapozása.

### 5. A képzési szerkezet technológiai – logisztikai reformja (passzív vs. aktív tudás)

Vajon a korszerű és piacképes felsőoktatásnak az a módja, hogy beültetjük a hallgatókat a padokba, tantermekbe és minél több órában elmondjuk nekik a tudnivalókat? Ez a modell aligha szolgálja a fentebb megfogalmazott szükségleteket és elvárásokat. Ehelyütt nem kívánunk foglalkozni ennek a módszernek az „ártalmaival” (egészségügyi – sok ülés, szemet károsító világítás, elhasznált levegő, stb., mentális – passzivitásra sarkall, kényszer-jellegű, alattvalói mentalitásra ösztökélő, illetve szellemi – improduktív, kreativitás-ellenes, hallgatókat uniformizált gépekként kezelő), mint ahogy előnyeivel (kényelmes, kiszolgálja az oktatók egyébként teljesen egészséges nárcizmusát, megszokott stb.) sem.

Ebben a reform-mezőben két irányba is mutatkozik kiút:

- tudjuk, hogy aktivitás nélkül nincs tanulás, tehát kevesebb elméleti óraszám-ban és több egyénileg megoldandó gyakorlati feladattal oldhatók a fenti anomáliák.
- integráltabb kurzusokkal (tantárgyak közötti integráció) jobban el lehet hitetni a hallgatókkal, hogy az ember ugyanaz, amikor sejtfelepítéséről, anatómiai, élettani sajátosságairól tanulnak, mint mikor magas a vérnyomása, vagy nyomási fekélye van, szorong, vagy pozitív gondolkodású, képes kifejezni gondolatait és azokat közvetíteni mások felé. Társadalmilag generált esélyeit valósítja meg, vagy egy epidemiológiai helyzet részese, vagy jogszabályokat követ/szeg meg, stb. Ezt mind ugyanaz az ember teszi, egy embernek nincs külön biológiai, pszichológiai, és szociális aspektusa, az embert totalitásban, holisztikusan kell szemlélni (Benda, 2002, Csóka, 2004, Dr. Mészáros et al., 2004).

A kilencvenes években alakult ki az élethosszig tartó tanulás (LLL: Lifelong learning) didaktikai orientációja, amely a tanulási stratégiákat és az élethosszig tartó kompetenciafejlesztést állítja középpontba. A

lifelong learning koncepciójában a legfontosabb tanulási tartalom az ún. kulcskompetenciák elsajátítása. Az Európai Unió nyolc kulcskompetenciát határoz meg, amelyeket minden európai polgárnak birtokolnia kell. Ezek:

- (1) anyanyelvi nyelvhasználat;
- (2) matematikai, természettudományi és technológiai gondolkodás és alpműveltség;
- (3) idegen nyelvek;
- (4) információs és telekommunikációs eszközökkel való bántni tudás;
- (5) tanulási képesség és tanulni akarás (a tanulás megtanulása);
- (6) szociális kompetenciák;
- (7) vállalkozói készség; valamint
- (8) a kulturális tudatosság kialakítása (Budai, 2000, European Commission, 2000, 2001, 2002, Kraiciné, 2004, Oktatási Minisztérium, 2005, Óhid, 2006).

Az Európai Bizottság Memoranduma szerint a tagállamok formális oktatási és képzési rendszereiben – legyen szó alap-, tovább-, felsőfokú vagy felnőttképzésről –, amennyire lehetséges, biztosítani kell, hogy minden egyén megszerezhesse, felfrissíthesse, és szinten tarthassa a kívánatos ismereteket és készségeket (Európai Bizottság 2000.). Ezen belül a tanulási képesség játssza a fő szerepet, amelyet főleg gyermek- és ifjúkorban kell kialakítani, de felnőttkorban is folyamatosan fejleszteni kell. A tanulási képesség alapelemei (*metakogníciók*): a *tanulás- és tudásmenedzselés képessége*, a *tanulási stratégiák ismerete*. Talán még ennél is fontosabbak a tanulási folyamat *szubjektív előfeltételei*: a *motiváció*, az *érdeklődés* és az *értékek*. A felnőttképzésben kiemelten figyelembe kell venni, a *munkavállalással kapcsolatos kompetenciákat*: a *problémamegoldó képességet*, a *kreativitást*, a *tanulási és gondolkodóképességet*, az *indoklás és az értékelés képességét*, az *együttműködési és a kommunikációs, a felelősségvállalásra, valamint önállóságra való képességet és a teljesítőképeséget*. Mindezen célok megvalósítása érdekében **a tanításközpontúságról át kell térnünk a tanulóközpontú képzésre** (Európai Bizottság, 1996, 2001, Csóka,

2004, Nagy szerk., 2005, Kojanitz szerk., 2006, Hollós et al., 2007).

### 6. A képzés módszertani reformja

A fentiek talán elégségesen érvelnek amellett, hogy a hatékonyság érdekében a tudásátadás módszereit is meg kell változtatni. Nyilvánvaló, hogy a korábbiaktól eltérő szellemiségű tudásközvetítést nem lehet egy korábbi oktatási kultúra eszközrendszerével megvalósítani. Az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a hallgatók generációja, (szub)kultúrája, nemkülönben szocializált-sága gyökeresen eltér az idősebb nemzedékekétől. Meg kell találni azt a módszertani bázist, amellyel számukra szolgáltatni lehet az újfajta tudáskultúrát. A hazai oktatásban a tantárgyrendszer ősi, hagyományos formája az osztály-tantárgy-tanórarendszer, amely a művelődési anyagot a nevelés, oktatás, képzés céljának megfelelően tantárgyakban tömörítve dolgozza fel a hallgatókkal. A tanítási óra -ekben a szervezeti formában- tanteremben, vagy kabinetben folyik (Csóka, 2004).

E szervezeti forma előnye az iskolai elméleti képzés esetében felbecsülhetetlen prioritást élvez. A gyakorlati képzés szempontjából azonban — különösen, ha a „**munka tárgya**” a **beteg ember** — veszt jelentőségéből. Az ember életjelenségeit döntően befolyásoló anatómiai felépítés (szerkezet, szerv, szervrendszer) modellálható ugyan — mulage-on, falí, és animált képen —, de a komplex működés, a beteg ember pszichés,

értelmi, érzelmi reakciója nem! Ezért a képzés során lehetőséget kell biztosítani, hogy a hallgatók a beteg embert „**valóságos**” környezetben szemléljék. Ezen szervezeti formák középpontjában a megfigyelés áll, amely érdeklődést kelt a valóságos kliensek, esetek iránt. Éles, plasztikus benyomásokat, emlékképeket hagyva szolgálja nemcsak az ismeretek megszilárdítását, hanem az egész személyiség nevelését, fejlődését (Csóka, 2004, Dr. Mészáros et al., 2004, Csóka, Hollós et al., 2007).

Használunk kell azokat a médiumokat, eszközöket, prezentációs technikákat, amelyek jól szolgálják az eddig leírtakat. Nem csak technikai eszközökre, multimédiás berendezésekre kell gondolnunk, hanem az egyes tudományágakban meghonosítható közlési módszerekre: esettanulmányok, esetfeldolgozások, környezettanulmányok, esszék, szituációs tréningek, stb. is. Ne felejtjük el, hogy ma már el lehet küldeni a hallgatót könyvtárba anélkül, hogy elmozdulna a székéből, sőt ingyen látogatást tehet amerikai, vagy francia egyetemek közegében is.

Gyorsan változó világunk és a globalizáció a felsőoktatást is komoly kihívások elé állította. A társadalmi igény megnövekedett az oktatás iránt, a tudás a versenyképesség alapjává vált. Hogy ennek megfeleljen a felsőoktatás, ahhoz paradigmaváltásra, újfajta szemléletre, eddigtől eltérő képzési filozófiára van szükség, amely befolyásolja az egész képzési folyamatot a rendszer inputjától a kívánatos outputig terjedően.

## Irodalomjegyzék

1. Európai Bizottság (1996): Tanítani és tanulni. A kognitív társadalom felé. Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
2. Budai Ágnes (2000): Az egész életen át tartó tanulás. Új Pedagógiai Szemle, 12. sz.
3. European Commission (2000): Memorandum on Lifelong Learning.
4. European Commission (2001): Making an European Area of Lifelong Learning a reality.
5. European Communities (2002): A European Area of Lifelong Learning. Office for Official
6. Európai Bizottság (2001): Memorandum az egész életen át tartó tanulásról. www.nepfoiskola.hu
7. Benda J. (2002): A kooperatív pedagógia szocializációs sikerei és lehetőségei Magyarországon II. Új Pedagógiai Szemle, 10. sz. pp.21—33.

8. Kraiciné Szokoly M. (2004): Egész életen át tartó tanulás, felnőttoktatás, felsőoktatás – kihívások az ezredfordulón.  
www.toft.elte.hu/tarstud/filmuvtort\_2004/szokoly.htm
9. Barakonyi Károly (2004): Rendszer-váltás a felsőoktatásban.  
Akadémia Kiadó
10. Csóka Mária (2004): Módszertani kézikönyv az ápolási gyakorlatok vezetéséhez Második átdolgozott kiadás Semmelweis Egyetem, Budapest, pp. 35-37.
11. Dr. Mészáros Judit, Csóka Mária, Dr. Hollós Sándor (2004): A klinikai ápolási gyakorlatok tantárgyelméleti megközelítése  
Nővér, 17. évfolyam 4. szám, pp. 3-7.
12. Oktatási Minisztérium (2005a): A Magyar Köztársaság Kormányának stratégiája az egész életen át tartó tanulásról, Budapest.
13. Oktatási Minisztérium (2005b): A Magyar Köztársaság Kormányának Szakképzés-fejlesztési stratégiája 2013-ig, Budapest.
14. Nagy Mária szerk. (2005): A pedagógusszakma megújításának kihívásai.  
Az Oktatási Minisztérium és az Országos Közoktatási Intézet szakmai szemináriuma  
Oktatási Minisztérium – Országos Közoktatási Intézet, Budapest.
15. Óhidy A. (2006a): Lifelong Learning. Egy oktatáspolitikai koncepció értelmezési lehetőségei Európában.  
Új Pedagógiai Szemle, 6. sz., pp. 65-71.
16. Kojanitz László szerk. (2006): A tankönyvek korszerűségét és minőségét meghatározó tényezők  
Commitment Pedagógiai Intézet, Budapest.
17. Barakonyi Károly (2006): EFT kompatibilis mester szakok.  
Iskolakultúra, 2006/3, pp. 90-109.
18. Csóka Mária (2006): A Semmelweis Egyetemen folyó diplomás ápolóképzés tizenhat éve.  
Orvosi Hetilap, 147. évfolyam 25., pp. 1189-1194.
19. S. Hollos, T. Gondos, J. Meszaros, M. Csoka. (2007). Education Program for Advanced Nursing on Acute Care Patients  
Poster, Coehre Annual Meeting, Sarajevo, Bosnia-Hercegovina

### **Curricular reforms in healthcare higher education**

Csóka, M., Vingender, I., Mészáros, J.

*From the 2006/2007 academic year, the Bologna system was adopted in college-level education. The changeover was made necessary by a number of factors, from the need to comply with 21<sup>st</sup> century requirements, through the creation of a European higher-education region to the promotion of student and teacher mobility.*

*However, in themselves the administrative changes are insufficient for achieving the given objectives. The formal renewal must also be followed by innovative development of the content of college training.*

*The authors define the most important areas of the transformation of the education system as follows: the redefinition of the educational philosophy and paradigm, and a reformation of the training structure. The latter encompasses macro-level (awareness, knowledge, skills), mezzo-level (theory v. practice, knowledge v. application), and micro-level (base skills v. up-to-date skills) reforms, as well as technological-logistical (passive v. active knowledge) reforms of the training structure, and methodological and technical changes.*

*The authors categorise the tasks related to the restructuring. The authors regard achieving a system-based overview of the training requirements and study outcome expectations of the Bologna system, analysing the correlation between supply and demand and transforming the structure of college training — through the establishment of focus points, and formulation of the types and content of modules, projects and other key structural units — as being the most important stages in the process.*

**Key words:** Bologna educational system, educational philosophy, paradigm shift, macro, mezzo, micro-level training structure.

# 2008. március 15-e nemzeti ünnepünk alkalmából az egészségügyi miniszter állami kitüntetéseket adott át

***A Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:***

**Dr. Záray Gyuláné**, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház főigazgató-helyettese

***A Magyar Köztársaság Bronz Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:***

**Varga Józsefné**, az Állami Egészségügyi Központ vezető ápolója

**A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Műtéti Team tagjai, akik Magyarországon először hajtottak végre gyermekeken sikeres szívatültetést:**

**Nyuliné Vatai Piroska**, részlegvezető asszisztens

**Varga Istvánné**, főműtősnő

**Jánosi Magda**, aneszteziológiai asszisztens

**Veres Erzsébet**, főnővér

**Utasi Mónika**, diplomás ápoló

***Kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként Batthyány-Strattmann László díjban részesült:***

**Dr. Drexlerné Solymos Mária**, az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet szakreferense

**Kocsisné Barta Erzsébet**, Emőd Város Önkormányzatának védőnője

***Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate elismerésben részesült:***

**Szedmák Józsefné**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. számú Sebészeti Klinika ápolónője

**Tarczali Istvánné**, Lebesbénye Község Önkormányzata Anya- és Gyermekevédelmi Tanácsadó védőnője

***Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült, több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként:***

**Hajdú Lajosné**, a Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet Központi Laboratórium vezető asszisztense

**Kardos Éva**, Tata Város Önkormányzatának fogászati asszisztense

**Nagy-Ajtai Imréné**, Kővágószőlős község Önkormányzatának körzeti védőnője

**Molnár Jánosné**, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Gyermekbelgyógyászati Osztály gazdasági nővére

**Rimóczi Piroska**, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Patológiai Osztály vezető asszisztense

***Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült, eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:***

**Bable Györgyné**, a Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet Egyetemi Oktatókórház, Infektológia Osztály osztályos főnővére

**Bogár Gézáne**, a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház Szemészeti Osztály vezető ápolója

**Kiss Lászlóné**, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Gyógyszertár gyógyszerterápiás asszisztense

**Lovász Imréné**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar II. számú Gyermekklinika osztályvezető ápolója

**Mecseri Lajosné**, Sokorópátka Község nyugalmasított körzeti ápolónője

**Vekszlerné Vukovics Éva**, a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház főnővére, ápolási igazgató-helyettes

**Zsiros Jánosné**, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jónás András Oktató Kórház Pszichiátriai Osztály szakápolója

*Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült, felelőség-*

*teljes, példamutató munkájuk elismerésé-  
ként:*

**A Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktató Kórház Központi Radiológia Mammográfiai Részleg munkatársai. Az elismerést átvették:**

**Dr. Kovács Beáta** főorvos

**Dr. Firisz Borbála** adjunktus

**Dr. Kocsis Eszter** főorvos

**Pál Józsefné** röntgenasszisztens

**Vacsó Istvánné** röntgenasszisztens

**Baranyai Andrea** röntgenasszisztens

**Király Adrienn** röntgenasszisztens

**Bóka Anita** általános asszisztens

**A Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Urológiai Osztály ápolási egységének munkatársai. Az elismerést átvették:**

**Seres Józsefné** vezető ápoló

**Szélesi Józsefné** gazdasági nővér

**Csubák Nóra** ápoló

**Horváth Zsuzsanna** ápoló

**Jdák Andrea** mütösnő

---

## Tájékoztató szerzőink számára

A NŐVÉR olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó elsősorban az ápolás egyes szakterületein elméleti és/vagy gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakemberek írásait várja.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

**Kérjük jelenlegi és jövőbeni szerzőinket, hogy kézírataik elkészítésekor feltétlenül vegyék figyelembe azt (az eddigiekhez képest módosult) a szempont-rendszert, amelyet a „Szerzői útmutató” tartalmaz, és amely a MESZK honlapján ([www.mesz.hu](http://www.mesz.hu)) a NŐVÉR menüpont alatt található.**

# Az online kutatások módszertana

**Pákozdi Márta**

okleveles ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

**Pillók Péter**

szociológus, kutató, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet

## Összefoglaló

Magyarországon — ahogy szerte a világban — az internet használók aránya emelkedik, egyre többen a világhálón keresik az egészséges életmóddal, a különböző betegségekkel, azok ápolási, kezelési lehetőségeivel kapcsolatos információkat. Az egészségkultúra új dimenziói és lehetőségei nyílnak meg a világháló használatával. Az ápolók információinak összekapcsolódása —világszerte— az ápolói hivatás nagyobb ütemű fejlődését eredményezi.

A szerzők ehhez a fejlődéshez kívánnak hozzájárulni az online kutatási módszerek ismertetésével. Az online kutatások történetének bemutatását követően részletesen ismertetik az egyes lehetséges online kérdőívtípusok és kiválasztási módszerek működését, valamint azok előnyeit és hátrányait.

## Bevezetés

Az online kutatómunka a probléma elkülönítésétől kezdve az új ismeretek átadásáig tartó teljes folyamat, amely egy pontosan körülhatárolt problémára vonatkozó ismeretterjesztő tevékenység (Darvas, Pillók, 2001).

Egyre többen a világhálón keresztül tájékozódnak az egészséges életmód, a különböző betegségek, azok ápolási, kezelési lehetőségeivel kapcsolatos információkról. Az egészségre vonatkozó információk felkutatása az interneten, majd ezen információk kölcsönös kicserélése, megteremti a lehetőséget annak, hogy az egészségügyi szakemberek megismerjék és egyben segítsék, az embereket az egészségkultúra ezen új dimenziójában eligazodni (Gergely, Flórián, 2001).

Ápolástörténeti tanulmányinkra visszagondolva Hildegard Peplau (1909-1999) üzenetében olvashatjuk, hogy az ápolás területén „a haladás helyszíne a kibertér lesz- az internet lesz a fejlődés egyik csatornája.” Peplau figyelmünket a világhálóra összpontosítja. Az ápolók információinak összekapcsolódása világszerte az ápolói hivatás nagyobb ütemű fejlődést eredményezi, ehhez a fejlődéshez kívánunk

hozzájárulni az online kutatási módszerek ismertetésével.

A kutatómódszertan felsőoktatás keretei között történő oktatásának köszönhetően dinamikus fejlődés figyelhető meg az egészségkultúra gyakorlatában, amelyet jól szemléltet az egészségügyi szaklapokban megjelent publikációk száma is. Ezen ismeretek jó kiindulási pontjai lehetnek az online módszerek elméleti és gyakorlati alkalmazásának.

## Az online kutatási módszerek története

Az online végzett kutatások elterjedése az internet penetráció emelkedésével párhuzamosan történt szerte a világon. Maga az ötlet az Amerikai Egyesült Államokban született, az első alkalmazások is ott kezdődtek az 1980-as években, majd - az internet korai diffúziója esetén tapasztaltakhoz hasonlóan- először Kanadában, majd Nyugat-Európában is elkezdték alkalmazni (Hitseker, Szilágyi, szerk. 2004).

Magyarországon az online kutatási módszerek első alkalmazásai az 1990-es évek végére tehetőek. Ebben az időszakban azonban úgy aposztrofálták az „új módszert”, mint amely alapvetően átalakítja az eddig ismert

kutatási eljárásokat, protokollokat. A nagyobb piac- és közvélemény-kutató cégek az ezredfordulót követően emelték be kutatási palettájukra egyenrangú alternatívaként. Az online módszer azóta méltó helyet foglal el a kutatási módszerek között.

Az online kutatás szektorai között az egészségügy is megtalálható, amely azonban ma még kiaknázatlan terület.

## Az online kutatómunka

Az interneten böngészve előbb-utóbb találkozhatunk kérdőívekkel, ezeknek azonban csak egy része készült kutatási céllal. Az egyszerű technikai megvalósíthatóság következtében számos nagyobb forgalmú weboldalon található olyan, a programozók által készített „kérdőív”, amely az oldallátogatók, valamint az oldal készítői közötti véleményáramlást segíti. Az online kérdőíves kutatások esetében szem előtt kell tartani azt, hogy a kérdőívek önkitöltősek, tehát olyan témák, amelyek igényelnék kérdezőbiztos jelenlétét, nem kérdezhetőek online kérdőív segítségével.

Az online kutatások során – mint minden egyéb „hagyományos” kutatás során – a kutatás céljára felvett vagy tárolt személyes adatokat azok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvénynek megfelelően kell kezelni.

Ahhoz, hogy megfelelően alkalmazni tudjuk az online módszereket, nem elég tisztában lennünk használatuk technikájával, hanem azt is át kell gondolnunk, hogy milyen elméleti háttere van az online kutatási módszereknek.

Az online kutatásoknak a hagyományos, kvantitatív kutatásokhoz hasonlóan elengedhetetlen részét képezi a kutatási terv elkészítése, amely meghatározza a kutatás célját, továbbá azokat a feladatokat és módszereket, amelyek segítségével sikeresen lebonyolítható a kutatás. Fontos a mintavételi egység meghatározása, amellyel kapcsolatban információt gyűjtünk.

Az adatforrások helyes meghatározása elengedhetetlen az online kutatási program érvényessége szempontjából.

## Online adatgyűjtő technikák

A megkérdezéses adatfelvételi technikák közül a kérdőíves adatfelvételekkel kapcsolatban először az egyes kérdőívtípusok jellegzetességeit ismertetjük, majd kitérünk az online kérdőívek esetében — akár csak a hagyományos kérdőíves kutatásoknál — döntő fontosságú elemre, a válaszolók kiválasztásának módszereire. Fontos, hogy az online kutatási eszközök is rendelkezzenek bizonyos jellemzőkkel- validitás, reliabilitás, alkalmazhatóság-, amelyek biztosíthatnak bennünket, hogy megbízható méréseket kapunk a vizsgálandó változókról.

## Kérdőív típusok

### *E-mail kérdőívek*

Az e-mail kérdőívvel folytatott kutatás során a kérdező megkapja az e-mailbe illesztve, ASCII formátumban a kérdőívet, amelyet a válaszoló klaviatúra és egér segítségével tölt ki, mint egy papír alapú kérdőívet, és „postafordultával” visszaküldi a feladónak.

### *Web kérdőívek*

A web kérdőívek alapvetően abban különböznek az e-mail és csatolt vagy letölthető kérdőívektől, hogy a kérdőív egy URL címmel rendelkezik. A kitöltéshez az adott URL címet kell „meglátogatni”, a kérdőív és a kiszolgáló program fizikailag egy szerveren található.

### *HTML kérdőívek*

Talán az egyik legelterjedtebb formula a szabványos, statikus HTML űrlap. Legtöbbször olyan weboldalakon lehet ezzel a formulával találkozni, ahol valamilyen mélységű regisztrációra van szükség. A kérdőív legtöbbször egy görgethető oldalból áll, amelyen az összes kérdés megtalálható. Alapfokú HTML szerkesztési ismeretekkel könnyen elkészíthető, a fő programrészek (scriptek és sablonok) ingyenesen elérhetők az interneten.

### *CAWI - Computer Assisted Web Interview*

A CAWI kérdőív készítését szinte kizárólag erre írt szoftverekkel végzik. A kérdőív-



készítő szoftverek használatához nem szükségesek mélyebb programozói ismeretek, egy átlagos kérdőív néhány óra alatt elkészül.

A CAWI kutatások során alkalmazott kérdőív több képernyőre bontott, sok esetben egy képernyőn egyszerre csak egy kérdés látható szemben a HTML formulával. Lehetőség van a kérdőíven belül komplex ugratások, rotálások és logikai kapcsolatok létrehozására, de sokkal nagyobb lehetőség van egyéb, a kérdezést segítő stimulusok — multimédiás tartalmak — beillesztésére és kezelésére.

Fontos megjegyezni, hogy a két alapvető webtechnika között nem húzható éles választóvonal.

## Kiválasztási technikák

### *Hirdetett kérdőívek*

Az online kérdőív válaszolóit el lehet érni reklámokkal, illetve egyéb, nem fizetett online felületeken való megjelenéssel bannerek, gombok, jelvények, és hivatkozások segítségével (MacElroy, 2001). Ezek a kérdőívek legtöbb esetben valamilyen ad hoc kutatás részét képezik, szélesebb válaszadói köröket szeretnének elérni segítségével.

A hirdetett kérdőívvel végzett kutatások egy részénél a kérdőív URL címét direkt a kutatás támogatására hozták létre. Az online reklámozás bannerek segítségével általában költséget kímélő vállalkozás. Sok esetben a hirdetési felületért cserébe belekerül a kérdőívbe néhány, az adott oldalra vonatkozó kérdés.

A hirdetés megjelenhet hagyományos — offline — felületeken is, így szélesebb csoportokat is el lehet érni, de valójában kétséges a hatékonysága. Jól példázza az offline felületek alacsony hatásfokát az angliai 1997-es választási eredményeket előrejelzésére az interneten folytatott közvélemény-kutatás kiválasztási metódusa. A válaszolókat több csatornán próbálták elérni. A nyomtatott sajtóban hirdetve kerestek válaszolókat (Times and Sunday Times), a <http://yahoo.co.uk> oldalon hirdettek és panelt is igénybe vettek. A felajánlott összeg 500£ volt, az **I. táblázat** bemutatja, hogy milyen mértékű

volt az egyes toborzási módok hatékonysága (Dublin, 2000).

### **I. táblázat: Az egyes toborzási csatornák hatékonysága**

Csatorna	Válaszolási ráta (%)	Költség válaszadónként (£)
Nyomtatott hirdetés	~0.05	10
Online hirdetés	~0.5	5
Panel e-mail	30	<1
Direkt e-mail	15	2

Hirdetett kérdőív alkalmazásakor nem lehet megbízhatóan tervezni a válaszadási rátákat és a kutatás lefolyását, továbbá a populáció becslésére semmilyen lehetőség nincs. Az online kérdőíves kutatások között abban az esetben szokták alkalmazni a hirdetett kiválasztási technikára épülő kérdőíveket, ha nem fontos a reprezentativitás elérése, továbbá minél több internetezőt szeretnének „rávenni” a kérdőív kitöltésére, illetve a kutatás témája szerint a kérdőívek kapcsolódnak az internetezők valamilyen immanens tulajdonságaihoz.

### *Oldalakra kihelyezett kérdőív*

Az oldalakra kihelyezett kérdőív, valamint a hirdetett kérdőív között nincs technikai különbség. A kiválasztás módjában a különbséget az elméletileg elérhető válaszadói csoportok jelentik. A legtöbb oldalra kihelyezett kérdőív az oldal látogatóinak megismerését tűzheti ki célul, valamint a látogatók véleményét gyűjti össze az adott oldallal kapcsolatban.

### *Címlistás megkeresés*

Az online kiválasztási technikák közül az egyik legjobb válaszolási rátát adják MacElroy szerint a címlistán indított kutatások, amely során a válaszoló e-mail címére elküldik – a felkérő levél mellett – a kérdőív vezető linket. Az e-mail címek származhatnak valamilyen online regisztrációs adatbázisból – például egy weblap, online könyvklub, de lehet egy egyszerű címlista is, például egyetemi e-mail címek, nagyvállalatok „e-mail telefonkönyve”. A címlistákon

indított kutatásoknál a válaszolási ráta 20-50% között van.

A relatíve magas válaszolási ráta mellett a másik fontos előnye a címlistas toborzásoknak, hogy a címlista származásától függetlenül jól meghatározható jellemzőkkel rendelkezhetnek a válaszolók. További előny, hogy a címlistán szereplők már valamiféle érdeklődést tanúsítottak az iránt a téma iránt, amellyel kapcsolatban a címük szerepel a listában. Tehát ha a kutatási téma nem áll messze a listaalkotó témától, akkor involváltságuk növelheti a válaszadási rátát.

A címlisták segítségével meglepően speciális, más módon nem elérhető populációkat lehet megcélózni.

### **Offline mintavétel**

Az offline mintavételi technikák a már ismert, hagyományos mintavételi technikákat jelentik. A hagyományos mintavételi technikákkal – például véletlen séta, címlistas kiválasztás, véletlen szám tárcsázás – természetesen az adott populáció bármelyik, tetszőleges tagja mintába kerülhet, és a kezdeti mintából válogatják le az internettel rendelkezőket. Természetesen a mintavételi hiba és a minta, valamint a populáció lefedettség az adott mintavételi eljárástól függ. Az offline kiválasztási technikák adnak egyedül lehetőséget arra, hogy az internetet használók egyenlő, nullától eltérő eséllyel rendelkezzenek egy olyan mintába kerüléshez, ahol az adatfelvétel online eszközökkel folyik. Továbbá csak hagyományos mintavételi technikák segítségével lehet kialakítani egy adott területi egységre reprezentatív mintákat (Babbie, 1995).

### **Panel**

Az online panelek két fajtáját különböztethetjük meg Milsom és Manolopoulos alapján (Manolopoulos, Milsom, 2000). Az úgynevezett „access panel” fogalma kissé eltér a megszokott panel fogalomtól. Ezek a panelek nem feltétlenül törekszenek reprezentativitásra a tagok toborzásánál. A fő szempont, hogy leválogathatók legyenek a paneltagok közül olyan csoportok, alminták, amelyek már reprezentatívnak mondhatók valamilyen változó mentén egy célpopulációra.

A paneltagokat rendszerint több mintából válogatják egy-egy kutatásra, a kapcsolat a kutatók és a paneltagok között rendszertelen, az adott kutatás szerint változnak a kutatási témák és feladatok. A kutatási cél határozza meg a panel nagyságát, a célközönséget, és a kutatási dizájnt. Vannak például „ felnőt” vagy „gyerek” panelek, de léteznek speciális célközönséget tömörítő panelek, például orvosi panelek.

Az **access panel** lényege, hogy vannak bizonyos, „előre felvett” demográfiai és egyéb reprezentativitást biztosító változók. Ezeket elég a paneltagoktól újra megkérdezni, hogy az esetleges változások bekerüljenek az adatbázisba, illetve az igényeknek megfelelően bővíteni lehet ezen változók körét. A reprezentativitást biztosító változók alapján már leválogathatnak olyan almintákat, amelyekből csak és kizárólag a kutatási kérdésekre szerkesztett kérdőívet kell lekérdezni és összekapcsolni a már meglévő adatokkal. Ezeket az almintákat természetesen hozzásúlyozhatják bármilyen más populáció alapadataihoz a mintavételtől függően. Természetesen a rendelkezésre álló paneltagok közül több módszerrel is vehetnek mintákat, nem szükséges a reprezentativitásra törekvés.

A paneltagok tehát már túlestek egy „előtoborzáson”, jelezték részvételi szándékukat, és adott az e-mail címük, amelynek segítségével értesíthetők a kérdőívek kitöltéséről. Az „előtoborzás” önkéntes, valamilyen oldal illetve oldalak segítségével gyűjtött, hasonlóan a reklámokkal irányított kérdőívek válaszolójának toborzásához. Az előtoborzás során a leendő tagok címei sok esetben valamilyen korábbi, ad hoc jellegű kutatásból származhatnak, de lehetnek egyéb címlistas megkeresések is. Használhatnak még hólabdatoborzást, ritkábban offline módszert, amely költségesebb az egyéb online kiválasztási technikáknál. Gyakorlatilag az egyetlen szempont a toborzásnál az, hogy minél több potenciális paneltag gyűljön össze. Tulajdonképpen az előtoborzás segítségével „megfordul” a kiválasztási folyamatban ismert mintavétel — megkeresés — kérdés sorrend, először önkéntes paneltagokat választanak ki, és utána keresik ki közülük a válaszolókat.

A **folytonos panel** talán jobban fedi a hagyományos panel fogalmát, mert longitudinális kutatás szándékával toborzott mintát használnak. A kutatók és a paneltagok között rendszeres a kontaktus, állandó a kutatási cél és a paneltagok feladata. Általában ezek a panelek már a tagok toborzásánál követelményként fogalmazzák meg a reprezentativitást. A folytonos panelek toborzásánál a reprezentativitás fenntartása, biztosítása jóval költségesebbé teszi a kutatás menetét.

A legnehezebb feladat a panelkutatásoknál az új paneltagok folyamatos toborzása és a panel fenntartása. A panelkutatás során a panel életben tartása szempontjából monitorozni kell gyakorlatilag minden folyamatot annak érdekében, hogy minél kevesebben morzsolódjanak le. A paneleket életben kell tartani, tehát több-kevesebb rendszerességgel feladatokat kell adni a paneltagoknak, hogy „emlékezzenek” paneltagságukra. A panelkutatások esetében kiemelt szerepe van az ösztönző rendszereknek, például „lojalitás pontok”, pénzjutalom, stb.

Jelentős nehézséget jelent a kérdés gyakoriságának megítélése. Egyensúlyozni kell a panel fenntartása és a válaszolók túlzott igénybevétele, „lehasználása” között.

A legmagasabb válaszolási ráta az előre válogatott panelek esetében tapasztalható, körülbelül 40–50% között van. További előnye, hogy a kutató számára nagyfokú kontrollt biztosít az előszűrés, tehát a tagok kiválasztása, továbbá az access panelek esetében a kiválasztás második lépcsője. Az előnyök között említhetjük a reprezentativitást csak indirekten befolyásoló tényezőt, az access

panelek szinte átláthatatlan nagyságát. Egy ilyen panelben a tagok számának felső határát gyakorlatilag a kezelőszoftverek adják (MacElroy, 2000).

A panel nagy nehézsége, hogy valójában költséges a fenntartása, a kutatási költségek jelentős részét erre kell fordítani. Máth szerint az új paneltagokat az internet bővülésével folyamatosan kell szervezni, a reprezentativitás biztosítása mellett (Hoffman et al, szerk. 2000).

A panelkutatások esetében külön nehézséggel kell számolni, ha a paneltagok több országból kerülnek ki, amely megnehezítheti az egységes adatstruktúra kialakítását.

Látható, hogy az adatgyűjtő technikák kiválasztása a gyűjtendő adatok jellegének és forrásának a függvénye. Annak eldöntése, hogy az adatgyűjtés mely formáját célszerű választani, függ a kutatás megközelítés-módjától, a szükséges pontosság mértékétől, valamint a célnak megfelelő és elérhető adatgyűjtő eszközöktől.

## Záró gondolatok

Bízunk abban, hogy publikációnkkal felkeltettük az egészségügyi szakemberek érdeklődést is az online kutatások alkalmazása iránt. Meggyőződésünk, hogy az egészségtudomány területei nem maradhatnak le az új információs társadalom jelenségeinek vizsgálati módszereiben. Az online adatgyűjtő technika segítségével óriási lépést tehetünk a világháló egészség-betegség témakörökben információt kereső kliensek igényeinek megismerése felé.

## Irodalomjegyzék

1. Babbie, E. F. (1995): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata, Balassi Kiadó, Budapest, pp 244-246.
2. Batagelj, Z. et al (2000): Design Issues in WWW Surveys. <http://surveys.over.net/method> (2000. 10. 10.)
3. Baulac, Y. et al (2000): Internet technology could revolutionise the survey and analysis process <http://www.asc.org.uk/Events/Sep00/Bolden.ppt> (2006. 09. 11.)
4. Berck, J. et al (2000): Pop-up surveys. What works, what does not work, and

- what will work in the future?,  
„Net Effects 3” Esomar Konferencia ,  
Dublin
5. Darvas, P., Pillók, P. (2001): Online adatfelvételi módszerek és felhasználásuk. Szakdolgozat, ELTE Bölcsészettudományi szak
  6. Don A, D. et al (2001): Response Rate and Measurement Differences in Mixed Mode Surveys Using Mail, Telephone, Interactive Voice Response and the Internet  
<http://survey.sesrc.wsu.edu/dillman/papers.htm> (2006. 08. 05.)
  7. Gergely, T., Flórián, Cs. (2001): Orvos a világhálón. Corner Bt., Budapest, pp. 13–350.
  8. Peplau, H. (1909–1999).  
<http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/hpcb.html> (2007. 04. 19.)
  9. Hitseker, M., Szilágyi, Zs. (szerk) (2004): Mindentudás Egyeteme 3. rész. Kossuth Kiadó, Budapest, pp. 273–295
  10. Hoffman, M. et al (szerk) (2000): Piackutatás, Műszaki Könyvkiadó, Budapest, pp 244–246.
  11. MacElroy, (2000): Comparing seven forms of on-line surveying  
[http://www.quirks.com/articles/article.asp?arg\\_ArticleId=510](http://www.quirks.com/articles/article.asp?arg_ArticleId=510) (2000. 11. 08.)
  12. MacElroy, (2001): Measuring response rates in online surveys  
[http://www.quirks.com/articles/article.asp?arg\\_ArticleId=583](http://www.quirks.com/articles/article.asp?arg_ArticleId=583) (2001. 02. 12.)
  13. Manolopoulos, P. Milsom, P. (2000): Designing and Managing Internet Panels  
<http://www.asc.org.uk/Events/May01/Resource/Milsom2.pps> (2006. 12. 12.)
  14. The Use of the Internet for Opinion Polls „Net Effects 3” Esomar Konferencia, Dublin, 2000: CD  
<http://www.vsurveys.com> (2006. 12. 12.)

### **The methodology of online research**

Pákozdi, M., Pillók, P.

*In Hungary — in line with the worldwide trend — the proportion of people using the internet is rising, with an increasing number searching the web for information related to a healthy lifestyle, the various diseases and the means of treating or curing them. The use of the internet could open new horizons for our health culture, giving rise to a whole range of new opportunities. The pooling of nursing information — on a global scale — will accelerate the pace of development of the nursing profession. The authors wish to contribute to this evolution by presenting methods for performing online surveys. A history of online surveys is followed by an introduction to the various possible types of online survey and selection method, as well as the benefits and drawbacks that they entail.*

## **FELHÍVÁS**

**A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara**

második alkalommal rendezi meg az

**Okleveles ápoló hallgatók Országos Konferenciáját.**

**Időpont:** 2008. április 28.

**Helyszín:** MESZK Országos Szervezet földszinti előadóterme  
(1082. Budapest, Üllői u. 82.)

**A jelentkezéssel kapcsolatos további információ megtalálható a  
[www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon.**