

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE

Kódolt üzenetek dekódolása – A szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszerének alkalmazása a gyakorlatban

DR. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD, DOMONKOS Norbert, DR. RAJKI Veronika PhD,
OLTVÁNYI Beáta

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A jelen tanulmány célja az ápolás gyakorlatában, valamint az ápolóképzésben és az ápoláskutatásban is alkalmazható szubjektív ápolási diagnózisalkotási szempontrendszer részletes bemutatása.

A vizsgálat módszere: A viselkedésben kódolt információk dekódolási folyamatának leírásához három példaszituáció elemzését választottuk. A kategóriák egységes értelmezése érdekében a személyi trianguláció módszerét alkalmaztuk a szubjektivitás torzító hatásának minimalizálása érdekében.

Következtetések: Az Ápolási Beavatkozások Rendszerében (NIC) foglalt intervenciók jelentős része a fiziológiai tudáson alapuló készségek alkalmazásával megvalósítható. Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (NOC) a beteg ismereteiben és viselkedésében megfigyelhető kívánatos változásokat tartalmazza. A személyközpontú ápolásban a szubjektív diagnózisalkotás ezért a triangulált betegvezetés első lépéseként tekinthető. Az 'intellektuális, nem delegálható' feladatok effektív ellátásának érdekében munkaeszközként ajánlott szituációelemzés hatékony támogatást nyújthat a betegek viselkedésének megértéséhez és ezáltal a hatékony betegvezetés alapjainak megteremtéséhez is.

Kulcsszavak: szubjektív ápolási diagnózis, szituációelemzés, kognitív viszonyulás, érzelmi státusz, megküzdési stratégiák

Decoding Encoded Messages – Application of the Subjective Nursing Diagnosis Formulation Criteria in Practice

Kornélia HELEMBAI CSc, PhD, Norbert DOMONKOS, Veronika RAJKI PhD, Beáta, OLTVÁNYI

SUMMARY

Purpose: The aim of this paper is to present a detailed description of the subjective nursing diagnostic criteria system that can be used in nursing practice, nursing education and nursing research.

Methods: To describe the process of decoding information encoded in behaviour, we chose to analyse three example situations. To ensure a consistent interpretation of the categories, the method of personal triangulation was used to minimize the biasing effect of subjectivity.

Conclusion: A major proportion of the interventions in the Nursing Interventions Classification (NIC) can be delivered using skills based on physiological knowledge. The Nursing Outcomes Classification (NOC) system includes desirable changes in patient knowledge and behavior. In person-centred care, the creation of a subjective diagnosis can therefore be seen as the first step in triangulated patient conducting. Situation analysis, recommended as a work method for the performance of 'intellectual, non-delegable' tasks, can provide effective support for understanding patient behavior and thus creating the foundations for effective patient conducting.

Keywords: subjective nursing diagnosis, situation analysis, cognitive attitude, emotional status, coping strategies

Dr. HELEMBAI Kornélia CSc,
PhD professor emerita,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar
ORCID-azonosító:
0000-0002-8214-9196

DOMONKOS Norbert tanársegéd,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar, Ápolási
Tanszék; PhD-hallgató,
Semmelweis Egyetem, Doktori
Iskola, Egészségtudományi
Tagozat
ORCID-azonosító:
0000-0001-5557-3947

DR. RAJKI Veronika PhD
főiskolai docens, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék;
főiskolai docens, Szegedi
Tudományegyetem, Egészség-
tudományi és Szociális Képzési
Kar, Ápolási Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0003-1738-0209

OLTVÁNYI Beáta szakmai tanár,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék
ORCID-azonosító: 0000-0001-
8653-3745

Levelező szerző
(corresponding author):
Prof. Dr. Helembai Kornélia
E-mail:
helembai008@gmail.com

Beérkezett: 2024. szeptember 9.
Elfogadva: 2024. december 5.

Bevezetés

A világban zajló történésekhez, jelenségekhez való viszonyulásunkat a szocializáció során megszerzett tudás és szemlélet befolyásolja. A megrendült egészségi állapot azonban megkarcolhatja az ember önmagáról és ezen belül a halhatatlanságáról alkotott képzetét is. A tudást és a tapasztalatot meghaladó élmény intenzív és kedvezőtlen módosító hatást gyakorolhat a személy addigi hatékony, a társadalom írott és íratlan szabályainak megfelelő viselkedésére.

Az ápolás az emberi létezés legértékesebb dimenzióját érinti meg, amikor a társadalmilag is a legmagasabbra értékelt veszteségi kategóriák esetén ajánlja fel tudását. A professzionális ápolás akkor nyújt segítséget, amikor az ember az egészségének fejlesztéséhez és megőrzéséhez, annak visszaszerzéséhez, vagy a méltóságteljes halál lehetőségéhez kér támogatást.

Egyrészről az ápolói gondozás az orvoslás fő fókuszát követve és együttműködő funkcióban a szomatikus problémák kezelésére irányul. A szomatikus ápolási diagnózisok a beteg szervezete által a „fiziológia nyelvén” küldött információk felmérésén alapulnak.

A végtagzsibbadás, gyengeség és szédülés panaszával felvételre került beteg számára szomatikus diagnózisok fogalmazhatók meg a képzés során a neurológia tantárgyból elsajátított elméleti, valamint a szakápolástani ismeretek birtokában. Az említett fiziológiai tünetek azonosítását követően igen magas valószínűségi szint mellett szomatikus kockázati és aktuális ápolási diagnózis egyaránt felállítható, akár a beteg korának és nemének ismerete nélkül is (**I. táblázat**).

A felállított klinikai ítéletek mentén személyre szabott ápolási terv készíthető, amelyet a szakmai közösség (MESZK) irányelvek közreadásával is támogat (URL1).

Másrészről – az ápolás, a fő fókuszának megfelelően – az egyén viselkedésében megnyilvánuló reakálási módok figyelembevételével fordul a segítséget

Rövidítések jegyzéke

NIC = (Nursing Interventions Classification) Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere
NOC = (Nursing Outcomes Classification) Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere
PES = (problem, etiology, symptom) probléma, ok, tünet
SURE = (subjective reaction) szubjektív reakció
TIA = (transient ischemic attack) átmeneti agyi keringészavar

kérők felé. Ennek megfelelően személyközpontú megközelítésben és a beteggel együttműködésben építi fel a beteg kezelését középpontba állító gondozási tervet annak érdekében, hogy a rászoruló aktív részeseivé válhassanak a saját gyógyulási folyamatuknak. Az egészségügyi problémákkal küzdő emberek a hasonló fiziológiai tünetek ellenére igencsak eltérő módon viszonyulhatnak a céljaik eléréséhez vezető kihívások és ajánlások elfogadásához, illetve azok alkalmazásához.

A betegség megélését feltáró szubjektív információk a beteg és a számára fontos személyek kommunikációjából érhetők el, amelyek a másik ember viselkedésének megértéséhez nyújtanak segítséget (Ackley et al., 2020). Az ápolóképzés ezért valamennyi szintjén a szakmai tudásanyagon kívül pszichológiai ismereteket is közvetít, amelyek célja többek között a kommunikáció hatékonyságának növelése, valamint az ápoló saját személyiségfejlesztésének tudatos támogatása.

A betegséggel szembesülő emberek problémákra adott szubjektív reagálási módjai sokszínűek, és igen változatos szemléleti, érzelmi és cselekvéses formában jelennek meg a mindennapos ápoló-beteg interakciókban. A betegek megnyilvánulásai elfedett módon ugyan, de mintegy kódolt üzenetek formájában magukban hordozzák az egyéni reagálások értelmezéséhez szükséges információkat.

I. táblázat: Különböző ápolási diagnózistípusok: kockázati és aktuális, problémafókuszú

Kockázati diagnózis		
Stroke kialakulásának kockázata az agy átmeneti vérátáramlási zavara (TIA) miatt.		
Aktuális, szomatikus ápolási diagnózis (PES-formulával)		
Probléma	Ok /etiológia	Tünet/szindróma
átmeneti agyi keringészavar	cerebrovascularis diszfunkció	időnkénti szédülés, zsibbadásérzés, gyengeségérzés
Az agyi vérátáramlás átmeneti elégtelensége cerebrovascularis diszfunkció miatt, amely gyengeségérzésben, végtagzsibbadásban és szédülésben nyilvánul meg.		

II. táblázat: A szubjektív ápolási diagnózisok helye a triangulált betegvezetés modelljében (Helembai, 2023)

KINEK? „A hajó veszélyhelyzetére utaló információk összegyűjtése.” Az egyén szomatikus állapotára és szubjektív válaszolási módjára utaló információk felmérése.				
„Aktuális pozíció koordinátái: a földrajzi szélesség és hosszúság” MIÉRT? Ápolási diagnózisok felállítása.		„Cél és a hozzá vezető optimális útvonal” MIT? Programcsomagok tervezése a kívánt cél elérése érdekében.	„A haladás útjának támogatása, korrigálása” HOGYAN? Paramedikális tanácsadás szintjeinek és módszereinek alkalmazása az ápolási folyamat fázisaiban.	
Szomatikus válaszreakciók	Szubjektív válaszreakciók		Végrehajtás	Értékelés

A pszichológiai ismeretek és a szubjektív ápolási diagnózisok elméleti háttérének célzott integrálásával lehetőség nyílik a beteg aktuálisan megfigyelhető viselkedésének és annak háttérében meghúzódó kognitív és érzelmi viszonyulás helyes értelmezésére. A **szubjektív ápolási diagnózisalkotás** szempontrendszerének alkalmazásával a beteg az elszenvedett veszteségekre és a hozzá kapcsolódó kihívásokra adott cselekvéses válaszai, vagy másképpen megküzdési stratégiái azonosíthatóvá és ezáltal érthetővé, sőt megérthetővé is válhatnak. A szubjektív ápolási diagnózisok helyét a triangulált betegvezetés modelljének logikai struktúrájában (Helembai, 2023) a **II. táblázat** mutatja be.

A jelen tanulmány célja az ápolásban alkalmazható szubjektív ápolási diagnózisalkotási szempontrendszer bemutatása, amely felhasználható az ápolói gondozás valamennyi területén, valamint az ápolóképzésben és az ápoláskutatásban is.

Szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszere

A triangulált betegvezetés a veszteségek mérséklése vagy megszüntetése érdekében felajánlott és alkalmazott ápolói beavatkozások (NIC) – például tematikus programként a fájdalom oka, fájdalomcsillapítás gyógyszeres és alternatív formái stb. – hatása a beteg kognitív, érzelmi és pszichomotoros válaszaiban jelenik meg. A beteg fejlődésében bekövetkező változások (NOC) (Carpenito, 2013) az egyéni reaklási módok változásának konzekvens követésével szubjektív ápolási diagnózisok formájában dokumentálhatók, és így az ápolás kimeneti eredményeinek „mérhető” mutatójaként is tekinthetők.

Az emberek az őket ért veszteségekre szomatikus és szubjektív reakciókkal válaszolnak. A szubjektív ápolási diagnózisokban a veszteségek leküzdéséhez szükséges ismeretek befogadásához, beavatkozások elfogadásához, valamint a javaslatok betartásához

való viszonyulás ezért az ápolási folyamat origójaként, vagyis kiinduló pontjaként tekinthető.

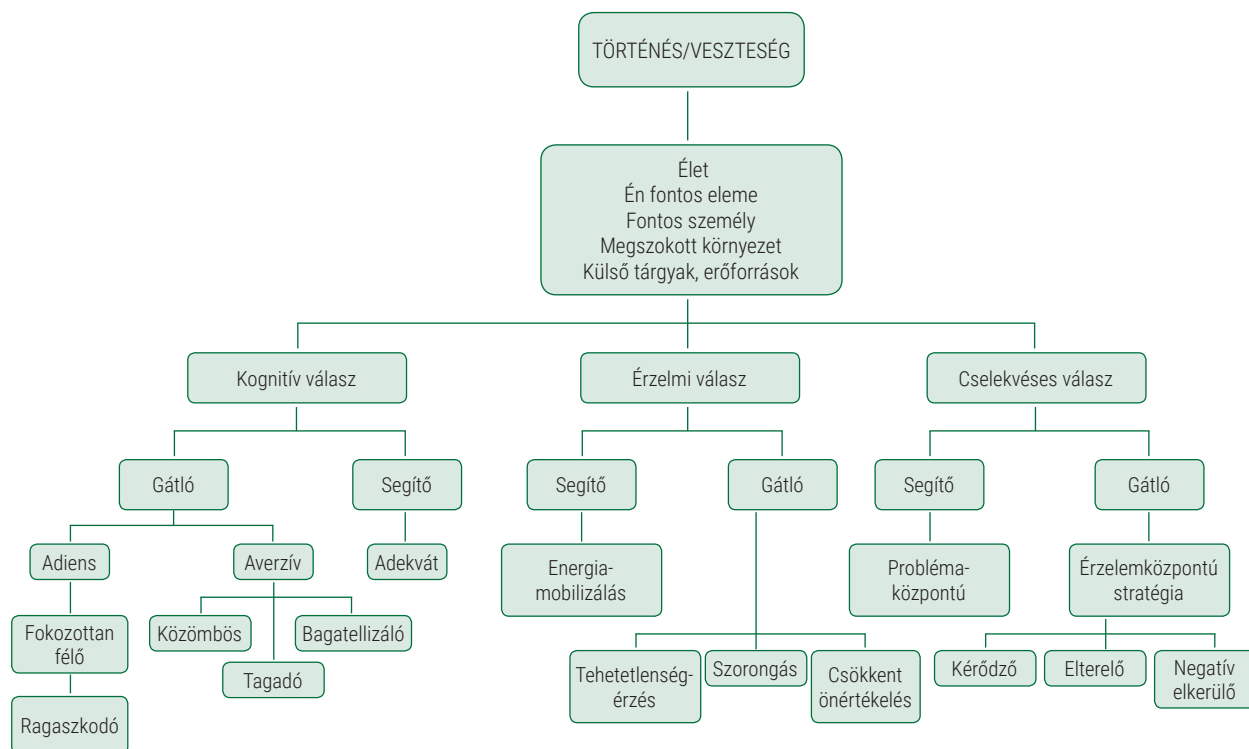
A betegvezetés során így szükséges egy olyan elvi irányvonal (szegedi hallgatók szóhasználata után szabadon „vonalzó”) követése, amely segíti az ápolóterapeutát a szubjektív ápolási diagnózisok felállításában. Az üzenetek dekódolásának összegzett szempontrendszerét (Helembai, 2019) az **1. ábra** tartalmazza.

A szubjektív ápolási diagnózisalkotás egyik előfeltétele a struktúrát alkotó kategóriák, valamint azok meghatározó vonásainak pontos ismerete. A másik meghatározó faktor a viselkedésben kódolt információk dekódolásához használt kategóriák egységes értelmezése.

A kvalitatív vizsgálat szubjektivitásával járó torzító hatások minimalizálása érdekében az ápoláskutatás számára javasolt (Slevin, 1994) trianguláció módszerét alkalmaztuk. A személyi trianguláció (Sánta, 2017) keretében a szubjektív ápolási diagnózis alapjául szolgáló elvi irányvonal kategóriáinak azonosítását 38 példaszituációs leírás felhasználásával munkacsoportunk tagjai egymástól függetlenül végezték el a 2020–2021 közötti időszakban. Az így kapott eredmények összevetését követően került sor a szempontrendszer elfogadására.

A szituációelemzés módszerét és a szubjektív diagnózisalkotás menetét az ápolóképzésben alkalmazott három példaszituációs feladat segítségével mutatjuk be. Az első leírás megoldásait a szempontrendszer releváns részei tartalmazzák.

Első példaszituáció – 82 éves férfi beteg
Az elmúlt napokban tapasztalt gyengeségérzés, lábzsibbadás és szédülés panaszával kereste fel háziorvosát, aki kórházba utalta. A felvételt követően a kivizsgálása megkezdődött. Mint mondja: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is. Elmúlik ez a kis szédülés meg a zsibbadás majd magától is, nem kellene ekkora ügyet csinálni belőle.” A kedvenc bögréje a nagy

1. ábra: Az üzenetek dekódolásának szempontrendszere (Helembai, 2019)

pakolásban otthon maradt, pedig abból jobban esne neki meginni ezt a sok teát, amit adnak. A beteg elmondása szerint itt az osztályon azért nem is olyan rossz. A szobatársával jól megértik egymást, rengeteget beszélgetnek, így gyorsan telik az idő. A gyermekkori barátja sajnos nem tudja meglátogatni, és a közeli szép kiserdőt sem láthatja, ahol olyan szépek a fák.

A veszteségek hierarchiája objektív szempontból (Potter és Perry nyomán)

Általános megfogalmazásban egy személy a külső vagy belső világa harmóniájához tartozó dolgok vagy jelenségek sérülését, esetleges elvesztését veszteség-élményként éli meg. A veszteségeket negatív érzések kísérik, amelyekkel mindenkinek meg kell birkóznia.

Minden történelmi korban az adott társadalom az értékekről alkotott felfogása szerint meghatározza a veszteségek súlyosságának fokát az adott kultúra szemléletének megfelelően. A felállított hierarchia személyfüggetlenül, azaz objektív módon rangsorolja azokat az értékeket, így napjainkban is, amelyek mentén a szocializáció zajlik (2. ábra).

a) Objektív szempontból a *külső tárgyak* (például telefon) és *erőforrások elvesztése* (például valamilyen kedvezmény, munkahely stb.) a legalacsonyabb veszteségi értéket képviseli.

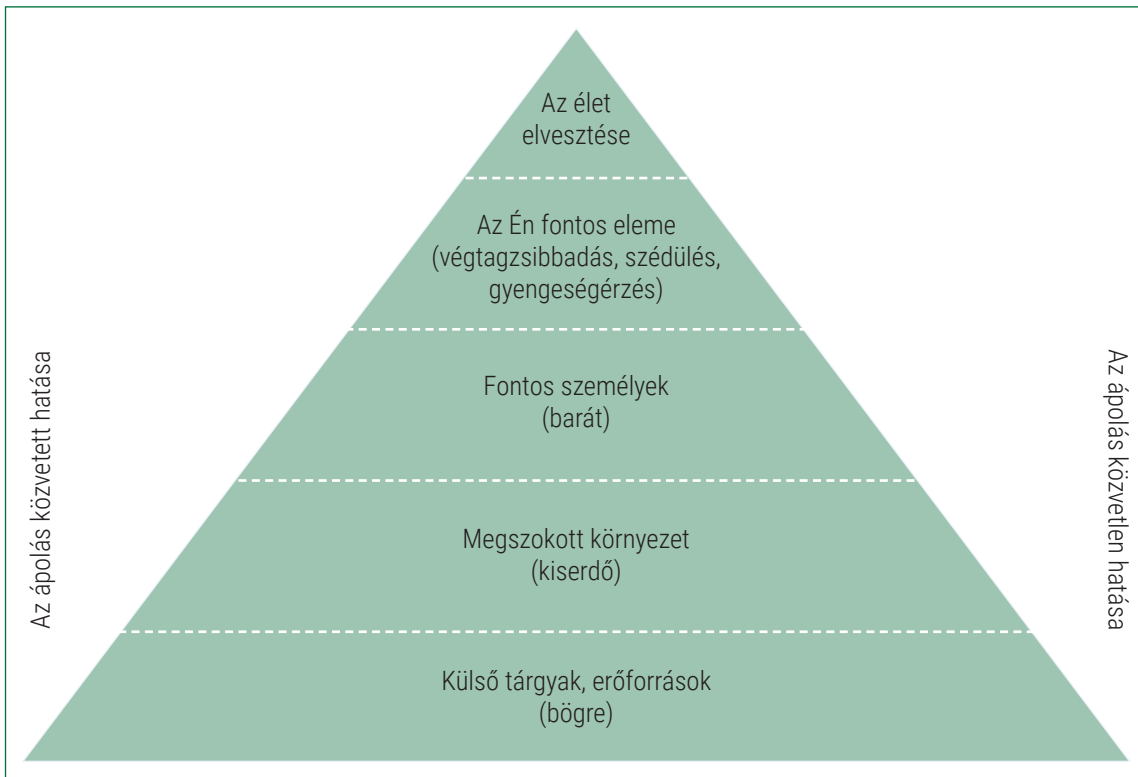
A példában: „A kedvenc bögréje a nagy pakolásban otthon maradt, pedig abból jobban esne neki meginni ezt a sok teát, amit adnak” (panasz: kedvenc bögre hiánya = veszteség – külső tárgy elvesztése/nélkülözése).

Az objektív veszteségek kategóriájában speciális külső tárgyvesztésnek tekinthető például a szemüveg vagy a fogsor, hallókészülék, végtagprotézis stb. elvesztése, vagy kórházba kerüléskor azok otthon felejtése. Társadalmi felfogásában ezek hiánya a kellemetlen, de pótolható veszteségeket jelentik. A beteg számára azonban ezek a veszteségek szubjektív vetületben magas értéket képviselnek, hiányuk elzárkózáshoz és a kapcsolatok elutasításához vezethet. A protézis hiányát például ezért tartósan pótolni sem az emésztési folyamat egyensúlya, sem pedig az emberi méltóság sérülése nélkül nem lehet.

A munka, a pénzkereset vagy bizonyos támogatások (rendszeres anyagi juttatások, szolgáltatások, például gyógyszer-támogatás, ebédszállítás) elvesztése szintén a külső erőforrások beszüküléseként azonosítható.

b) A *megszokott környezet elvesztése* ugyancsak nehéz helyzet elé állítja az embereket, mivel a környezet elvesztése nem csupán topológiai változást jelent.

A példában „a közeli kiserdőt sem láthatja már, ahol olyan szépek a fák” (panasz: kiserdő = veszteség: megszokott környezet elvesztése).

2. ábra: A veszteségek hierarchiája

Az intézményi ellátás területén a szakemberek időnként találkozhatnak olyan esetekkel, amikor a beteg vonakodik az intenzív osztály elhagyásától, nem akar más osztályos részlegre kerülni, mert a műszerezettség biztonságérzetet ad számára. Az intenzív osztály elhagyását ezért minden esetben speciális környezetvesztésként kell tekinteni, amelyre a beteget minden esetben fel is kell készíteni.

c) Az embereknek a környezet elvesztése igen gyakran a *fontos személyek* (például barátok, jó szomszédok, családtagok) *közelségének elvesztését* is jelenti és hiányukat veszteségként élik meg.

A példában: „A gyermekkori barátja sajnos nem tudja meglátogatni” (panasz: barátja hiánya = veszteség – fontos személy elvesztése/ távolléte).

Egyes esetekben az intézményből való elbocsátás öröme mérsékelt lehet, együtt járhat a biztonságot jelentő személyek (orvos, ápoló) elvesztésével is. Ennek a reakciónak az előfordulási gyakorisága különösen megnő akkor, ha a beteg és a család nincs kellőképpen felkészítve arra, hogy miként oldhatják meg a beteg ellátásával felmerülő problémáikat önerőből a saját otthonukban.

Speciális veszteségformaként tekinthető a kedvenc állat elvesztése is, amelyet hasonló érzések kísérhetnek és veszélybe sodorhatják az ember valaki-

hez való tartozás és a szeretet iránti szükségleteinek kielégítését.

d) Betegség vagy például az életkori változashoz kapcsolódó látásromlás, emlékezeti működés hanyatlásának megtapasztalása, vagy például egy balesetet követő amputáció az *Én fontos elemének elvesztését* okozza, amely a létezés valamennyi dimenziójában alkalmazkodási feladatok megoldását sürgeti.

A példában: erőnlét, szédülés – és zsibbadásmentes állapot elvesztése (panasz = veszteség – Én fontos elemeinek elvesztése).

Hozzáértő támogatás hiányában negatív irányba módosulhat a személy saját testképe, önmagáról alkotott felfogása és az élethez, másokhoz való viszonyulása. A belső erőforrások ugyancsak meggyengülhetnek, ha a személy nem részesülhet hitének, értékességérzésének, emberi méltóságának megőrzését erősítő támogatásban.

e) Objektív szempontból a legsúlyosabb veszteségkategóriaként az élet elvesztése tekinthető, amelyet gyászérzés kísér. A veszteség elfogadása többnyire egy folyamat eredményeként és sajátos viselkedési módok mozgósítása útján valósul meg. A család egy tagja, egy csoporttárs vagy egy gyermekkori barát halálával is úgy érezheti valaki, hogy a szeretett személlyel együtt a saját személyiségének egy részét is elvesztette.

Az ápolás és az orvoslás a veszteségek igen magas kategóriájába tartozó problémák „közvetlen” megoldásának támogatásához ajánlja fel a tudását. Bizonyos kompetencián kívül eső veszteségek legyőzéséhez „közvetett” módon járulhatnak hozzá, amelyek akár motivációs tényezőként is tekinthetők a veszteségek, mint például a kiserdő vagy a barát hiányának „ledolgozásához” vezető úton.

Helyzethez való viszonyulás kognitív dimenziója (Hárdi nyomán)

A betegek betegséghez/ápolási szituációhoz fűződő felfogását predispozícióként tekinthetjük a betegvezetés szempontjából, amely azt jelzi, hogy a betegség elszenvedője szemléletében miként viszonyul az őt ért veszteségekhez vagy segítséghez.

a) *Segítő/adekvát viszonyulás* esetén a beteg a gyógyulását segítő módon viszonyul a helyzethez, így például a kórházi felvételhez, vizsgálatokhoz, ismeretek elsajátításához stb. Ha a beteg gyógyulni akar, ennek megfelelően gondolkodik/vélekedik az állapotáról, de még nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel, készségekkel ahhoz, hogy aktív részese lehessen a saját gyógyulása folyamatának, akkor a *potenciálisan adekvát viszonyulási* módot jelöljük.

b) *Gátló/averzív (elkerülő) viszonyulás* azt az üzenetet hordozza, hogy a beteg még nem készült fel arra, hogy adekvát módon szembesüljön az egészségügyi problémájával és aktív részese legyen a saját gyógyulási folyamatának.

– Közömbös viszonyulás esetén az egyén elismeri, hogy beteg, de nem foglalkozik a problémával. Úgy szemléli a helyzetét, mintha nem érdekelné a saját állapota, gyógyulási esélye.

– Tagadó viszonyulási formában a személy nem ismeri el, hogy beteg, vagy még azt sem, hogy valami nincs rendben a szervezete működésében.

– Bagatellizáló viszonyulás arra utal, hogy valaki elismeri ugyan, hogy valami nincs rendben az egészségével, de igyekszik csökkenteni, kicsinyíteni a probléma jelentőségét.

A példában: „Elmúlik ez a kis szédülés meg a zsibbadás majd magától is, nem kellene ekkora ügyet csinálni belőle”. (*kognitív viszonyulás = averzív/bagatellizáló viszonyulás*)

c) Az *adiens viszonyulás* formáinak (betegségtől fokozottan félő, betegséghez ragaszkodó) előfordulási gyakorisága alacsonyabb, amelyek háttérben a szocializációs folyamatok során a külső-belső környezet harmonikus működésében bekövetkező zavar hatása tárható fel. A helyzethez, problémához való viszonyulás formáinak felismerése szükséges ahhoz, hogy a beteg számára szükséges pszichiátriai/klinikai szakpszichológiai támogatás elérhető legyen.

Helyzethez való viszonyulás érzelmi dimenziója (Carpenito nyomán)

a) *Segítő/energiamobilizáló érzelmi viszonyulás* a beteg a gyógyulását segíti, különösen akkor, ha tisztában van a betegsége természetével. Ismeri a javasolt vizsgálatok, kezelések menetét és hozzájárulását az egészsége támogatásához. A kitűzött célok és a várható eredmények, valamint a számítható nehézségek megértésével, a saját átgondolt döntése, esetenként önlegyőzése alapján is vállalja felajánlott beavatkozások megvalósítását.

b) *Gátló érzelmi státuszok* az akadályok leküzdése ellenében hatnak, amelynek három karakterisztikus főcsoportja a szorongás, tehetetlenségérzés és a csökkent önértékelzés.

• A *szorongás* definíciója értelmében akkor áll fenn, ha az egyén vagy csoport kellemetlen érzésekkel küszködik és vegetatív idegrendszeri tüneteket mutat pontosan körül nem írt fenyegetettség miatt.

A meghatározásnak megfelelően ezért akkor és csak akkor jelölhető, ha fizikális tünet is megfigyelhető. Ez a szorongás és a tehetetlenségérzés közötti differenciáldiagnosztikai kritérium. Egyetlen fiziológiai ismertetőjegy jelenléte már felülírja az összes többi érzelmi státuszra jellemző meghatározó vonást, ezért ilyen esetekben mindig szorongásérzést azonosítunk (Carpenito, 1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- fokozott figyelem a testi szenzációk iránt,
- fokozott, kontrollálatlan reakciók a különböző ingerekre,
- a betegséghez fűződő vélekedések kifejezése,
- a segítség nélküliség, képtelenség érzésének kifejezése,
- félelem, szomorúság, aggodás,
- koncentrációs, megértési és emlékezési képtelenség,
- növekvő izomfeszültség a testben és az arcon,
- lihegő, szabálytalan légzés,
- nyugtalan, remegő, rázkódó, felfokozott mozgás,
- félelem, meghatározatlan negatív történés kifejezése.

• A *tehetetlenségérzés* olyan szubjektív státuszként fogalmazható meg, amelyben az egyén alig, vagy egyáltalán nem lát alternatívákat az egyéni választás számára és képtelen önmaga a saját energiáit mozgósítani (Carpenito, 1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- csökkent aktivitás az érzelmek, gondolkodás, verbális megnyilvánulások terén,
- romló hangulat és koncentrációs készség,
- növekvő alvásigény, csökkenő figyelem mások iránt,
- a motiváció, kezdeményezés csökkenése,

- minimális szemkapcsolat, rövid válaszok a fel-tett kérdésekre – elfordulással kísérve,
- a tehetetlenség érzésének időnkénti kifejezése.

A példában: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is” (*érzelmi viszo-nyulás/státusz = tehetetlenségérzés*).

- *Csökkenő önértékelésről* beszélünk abban az eset-ben, ha a beteg az énjére vagy képességeire vonat-kozáon kedvezőtlen érzéseket fogalmaz meg direkt vagy indirekt formában (Carpenito, 1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- az Én-re vonatkozó gyakori negatív megnyil-vánulások,
- bűnösségérzés, önvádolás,
- fokozott érzékenység a mások értékelése (kri-tikák) iránt,
- határozatlanság az új dolgok, helyzetek kipró-bálásának mérlegelésekor,
- a probléma okának vagy a felelősség terhének projekciója (kivetítése másokra),
- a pozitív visszajelzések elutasítása,
- a személyes hibák racionalizálási tendenciá-ja (személyi felelős nincs, többnyire a körülmények okolhatók).

A megküzdési stratégia dimenziói (URL2)

Segítő/problémaközpontú megküzdés: A problémákról alkotott felfogás és érzelmi viszonyulás jelentősen befolyásolja az egyén veszteségek megszüntetésére irányuló cselekvéseit. A problémaközpontú megküzdés a problémamegoldó gondolkodáshoz hasonlóan az alternatívák mérlegelése alapján meghozott dön-téseken alapul (környezeti feltételek módosítása), amelynek eredményeként a személy a helyzetének és lehetőségeinek megértése után szükség szerint módosítja igény szintjét és új készségek kifejlesztésére törekszik (belső feltételek módosítása). Tisztában van a betegségével, rendelkezik megfelelő ismeretek-vel, készségekkel. Tudja, hogy mit kell/lehet tenni, és a saját belátásán alapulva ennek megfelelően tervezi, hogy cselekedni fog, vagy ténylegesen cselekszik.

Gátló/érzelmeközpontú megküzdés alkalmazásával a problémamegoldás helyett az egyén (többnyire nem tudatos) célja a negatív érzelmek elhatalmaso-dásának megfékezése a vélt vagy valós befolyásolha-tatlan és bejósolhatatlan eseményekkel való szembe-sülés esetén.

Ennek fő formái:

- *Kérdő stratégia*, amelynek vezető ismertetője-ge az elszigetelődés, meditálás azon, hogy milyen rossz valami vagy a következmények feletti aggodal-maskodás, miközben semmit nem tesz a megoldás érdekében. Az állandóan panaszkodó beteg megter-

helő az ellátók számára, amelynek az oka legfőkép-pen a tevékenységközpontú ápolás, vagyis a betegve-zetés hiánya. A kérdő megküzdési forma kedvező vonásának tekinthető azonban az, hogy az ember nem feledkezik el a problémáról.

- *Elterelő stratégia* során kellemesebb, kevésbé megterhelő tevékenységet kezd az illető, amely nö-veli a dolgok feletti kontroll érzését, és időt ad a ren-deződésre.

A példában: „...itt az osztályon azért nem is olyan rossz. A szobatársával jól megértik egymást, rengete-get beszélgetnek, így gyorsan telik az idő” (kellemes időtöltés = cselekvéses viszonyulás: érzelmközpontú/elterelő megküzdési stratégia).

A betegvezetésben a személyre szabott prog-ramok (például az eleséssel baleset megelőzésének lehetőségei; a keringés szerepe a szervezet egyensú-lyának fenntartásában; a vizsgálatok célja, menete; a gyógyszerek hatásmechanizmusa és hozzájárulásuk a szövődmények megelőzéséhez stb.) közötti időszak-ban az elterelő stratégia jótékony hatású. A beteg tudja, hogy mikor, mi, miért, hogyan, kivel történik stb., így egyfajta lehetőséget nyújt a feltöltődésre. A betegcompliance tökéletes módon működhet tevé-kenységközpontú ápolás esetén is. A beteg elfoglalja magát, követi az utasításokat. A triangulált betegve-zetés hiányában azonban nem fejlődnek az ismeretei és tudatossága, amely az autonómia lehetséges mér-tékű helyreállításának nélkülözhetetlen feltétele.

A szövettani eredményre várakozás ideje speciális és rendkívül nehéz időszak a betegek számára. Az egyén problémaközpontú megküzdéssel élve orvos-hoz fordult, a szövettani vizsgálathoz mintát adott, tehát megtett mindent, amit csak lehetett. A hely-zet további befolyásolása és bejósolhatósága nem áll módjában. Az elterelő stratégia ilyen esetekben segítheti a gondolatok tehermentesítését különösen akkor, ha a paramedikális tanácsadás oldaláról is kap támogatást.

Ha azonban valaki például az orvoshoz fordulást vagy egy szűrővizsgálaton való részvételt azért halo-gatja, mert sokkal „fontosabb dolgokat” kell elvégeznie, lehetséges, hogy – még önmagának sem bevallott módon – tart a vizsgálat kedvezőtlen eredményétől, amivel nem akar vagy fél szembesülni. Az ilyen és hasonló helyzetek magukban hordozzák annak a ve-szélyét, hogy az egyén időközben valóban megfelel-kezik a tényleges problémájáról.

- *Negatív elkerülő stratégia* ugyancsak a személy belső feszültségének tehermentesítését célozza, de potenciálisan negatív irányú és magában hordozza a fennálló probléma súlyosbodását és/vagy újabbak kialakulásának veszélyét is (például kezelési előírás-sok, javaslatok be nem tartása, összeférhetetlen ma-gatartás stb., amely megnyilvánulási formák a prob-

léma megoldásának ellenébe hatnak). Az a cselekvés, amelyet az egyén tervez, hogy tenni fog, vagy aktuálisan tesz, az ténylegesen vagy tendenciájában, de mindenképpen kedvezőtlenül befolyásolja a személy egészségi állapotának alakulását.

A szubjektív ápolási diagnózisok felállítása, azok változásának követése az ápolói gondozás során a személyközpontú ápolási terv kialakításának és folyamatos aktualizálásának egyaránt előfeltétele.

A szubjektív ápolási diagnózisok megfogalmazása

„A gondozás, hasonlóan a szélhez, láthatatlan. Amit az ember lát, az annak az aktusa. Amit az ember érez, az annak a jelenléte. A szél lényege a mozgás. Az ember igába fogja ezt a mozgást a saját javára.” (Kirby & Slevin, 1992)

A szubjektív ápolási diagnózis azt tárja fel, hogy miként reagál a beteg az egészségi állapotával összefüggő problémákra, ellátási javaslatokra stb. (a példában a kivizsgáláshoz), vagyis ki az a személy, akihez a fiziológiai tünetek tartoznak. Ki az a személy, aki az aktuális megnyilvánulásával támogatást kér az egészsége és az autonómiájának lehetséges mértékű fejlesztéséhez.

Ezek a beteg viselkedésének megértéséhez vezető információk a kódolt üzeneteik dekódolásával érhetőek el. Ez az alapja a beteg bevonásának a számára felkínált programokba, amelyek segítségével ismereteket/készségeket sajátíthat el a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás támogatásával (3. ábra).

Az első példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Averzív/bagatellizáló viszonyulás a végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely tehetetlenségérzés miatt érzelempontú/negatív elterelő stratégia alkalmazásában nyilvánul meg.

Második példaszituáció – 28 éves férfi beteg

A beteg gyengeségérzés, végtagzsibbadás és időnkénti szédülés panaszával került felvételre az osztályra (panasz: erőnlét, szédülés- és zsibbadásmentes állapot el-

vesztése = veszteség – Én fontos elemeinek elvesztése). Kezeivel babrálva, némi ingerültséggel a hangjában mondja (érzelmi viszonyulás/státusz = szorongás), hogy csak azért jött be, mert az otthoniak annyira akarták. A vizsgálatokba beleegyezik, amelyek eredményeit nem követi, a tervezett kezelésről szóló tájékoztatást nem igényli (kognitív viszonyulás = averzív/közömbös viszonyulás). Mint mondja, sokszor meggondolatlan volt, nem vigyázott magára, így meg már csak teher mindenkinek (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés). Rokkant lett, de nem húzhatta ki magát a közös bulikból (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés/racionalizálás). Hiányoznak nagyon a haverok, pedig nagy szerepük van abban, hogy ide jutott fiatalon (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés/projekció). Nem láthatja a motorját sem, amit nemrégiben vett (veszteség – külső tárgy elvesztése/nélkülözése). Átgondolva a helyzetét elhatározta, hogy nem fog változtatni a korábbi életvitelén. Nem mond le semmiről sem, ennyi öröme még neki is lehet ebben az életben (cselekvéses viszonyulás: tendencia az érzelempontú/negatív elkerülő megküzdési stratégia alkalmazására).

A második példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Averzív/közömbös viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely szorongásérzés miatt érzelempontú/negatív elkerülő stratégia alkalmazásának tendenciájában nyilvánul meg.

Egyetlen fiziológiai ismertetőjegy jelenléte már felülírja az összes többi érzelmi státuszra jellemző meghatározó vonást, ezért ilyen esetekben mindig a szorongást jelöljük. A betegvezetésben hasonló prioritással bír a szorongás csökkentése, mint szomatikus síkon a fájdalom csillapítása.

A beteg a viselkedésével világos segítségkérő üzenetet küld az ápolóknak.

Averzív/közömbös viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához:

– dekódolva: Kérlek, vedd észre, hogy képtelen vagyok még racionálisan szembesülni ezzel a rettenetes helyzettel, amibe kerültem;

3. ábra: Szubjektív (betegvezetési) ápolási diagnózis megfogalmazása

Kognitív viszonyulás (probléma)	Érzelmi státusz (ok)	Megküzdési stratégia (tünet)
averzív/bagatellizáló	tehetetlenségérzés	érzelempontú/ elterelő megküzdési stratégia
(nem tud szembesülni a problémával)	(gátló energiafedezet)	(erre futja az erejéből a probléma leküzdéséhez)

szorongásérzés miatt:

– dekódolva: rémült vagyok és kiszolgáltatottnak érzem magam;

érzelempontú/negatív elkerülő stratégia alkalmazásának tendenciájában nyilvánul meg

– dekódolva: ebben a kusza helyzetben önerőből csak erre a mindenki által helytelenített és elítélt viselkedésre vagyok képes.

Harmadik példaszituáció – 55 éves férfi beteg

A beteg gyengeségérzés, végtagzsibbadás és időnkénti szédülés panaszával került felvételre az osztályra (panasz: erőnlét, szédülés- és zsibbadásmentes állapot elvesztése = veszteség – én fontos elemeinek elvesztése). A felvételkor megjegyzi, hogy csudára nehezére esik itt lenni, mert a kórházakat világ életében kerülte, de most lesz, ami lesz (érzelmi viszonyulás/státusz = energiamobilizálás), végére akar járni ennek a történetnek (kognitív viszonyulás = potenciálisan adekvát viszonyulás). Sokat veszít, mert most van az építkezések főszezonja, a családnak meg kellene a pénz nagyon (vesztesség – külső erőforrás elvesztése/csökkenése). Mint mondja: „Megteszek én mindent, meg betartom az utasításokat is, amit csak mondanak, hátha tudnának még segíteni rajtam” (cselekvéses viszonyulás: tendencia a problémaközpontú megküzdési stratégia alkalmazására).

A harmadik példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Potenciálisan adekvát viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely energiamobilizálás miatt problémaközpontú megküzdési stratégia alkalmazásának tendenciájában nyilvánul meg.

A betegvezetés szempontjából értelmezve a beteg megfelelően gondolkodik/vélekedik a kivizsgálás jelentőségéről, de még nem rendelkezik a tünetei hátterében álló ismeretekkel, ezért csak a potenciálisan adekvát viszonyulási módot jelöljük; motivált a probléma leküzdésére, amelyhez a belső energiáit mozgósítja; nyitott arra, hogy a gyógyulása érdekében hatékonyan cselekedjen. Mindaddig azonban, amíg valaki nem tudja, hogy mit kellene tennie a probléma leküzdéséhez, addig a törekvése csak problémaközpontú megküzdésre irányuló tendenciaként azonosítható.

Az adekvát viszonyulás az ápolói betegvezetés függvényében teljesebben ki. A betegvezetés módszereként alkalmazott paramedikális tanácsadás segítségével részesülhet a beteg a mozgósított belső energiái célzott felhasználását támogató gondozásban. A programokra épülő triangulált betegvezetés eredményeként a segítséget kérő fejlesztheti ismereteit, alakíthatja készségeit ahhoz, hogy aktív részese lehessen a saját gyógyulása folyamatának, és meghozhassa azokat a döntéseket, amelyek az autonómiája helyreállítását szolgálják.

Az itt elemzett példaszituációk mindegyikében feltételezhető, hogy a betegekben felmerült a halál lehetőségének a gondolata tudatos vagy nem tudatos módon: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is.” „Nem mondok le semmiről sem, ennyi örömöm még nekem is lehet ebben az életben.” „Megteszek én mindent, meg betartom az utasításokat is, amit csak mondanak, hátha tudnának még segíteni rajtam.” A feltételezéseken alapuló értelmezések ebben a formában tulajdonítások, amelyeknek az igazságértéke nem haladja meg az ötven százalékot.

Általános szabályként elmondható, hogy a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás az ápolási folyamat aktuális programjainak megvalósításához nyújt támogatást. A szubjektív ápolási diagnózisok ezért csakis és kizárólag a betegek által közölt információk alapján épülhetnek fel. A betegek viselkedésében tapasztalt bármilyen nyílt vagy latens módon megjelenő jelzések felismerése esetén ápolói feladatként tekinthető a konzultáció kezdeményezése, vagy a szakpszichológus bevonása a beteg gondozásának a folyamatába. Az ápoló kompetenciáját éppen úgy meghaladja a szakpszichológus jogosultságába tartozó tanácsadás, mint a klinikai szakpszichológus jogosultsági körét az ápolói képzéshez kötött paramedikális tanácsadás vezetése. A paramedikális ápolói és a pszichológiai tanácsadás egymással komplementer és nem csereszabatos.

„Az ápolás művészetének van egy intellektuális vetülete: felismerni és megtervezni azt, amit tenni lehet, továbbá egy gyakorlati aspektusa: ténylegesen elvégezni azt. Az ápolás gyakorlati vonatkozásait gyakran delegálni lehet, míg az intellektuálisat nem lehet.” (Scott, 1994)

Az „intellektuális fedezet” az emberek problémákra adott reakcióinak támogatására irányul annak érdekében, hogy az egészségükben kedvező irányú változásokat érhesse el. Ennek előfeltétele a szubjektív ápolási diagnózisok alapján végzett emberi méltóságot támogató betegvezetés, amelyet az érintettek bánmódként élnek meg. Ennek függvényében alakul az ápolás „felhasználóinak” megítélése és a társadalomban elfoglalt presztízse. A mindennapi, betegágy mellett végzett munka megvalósításához szükséges interperszonális tudás, és a tudás alkalmazása iránti elkötelezettség mértékének a tétje tehát igen nagy.

Összegzés

„A páciens viselkedése – tekintet nélkül annak megjelenésére – reprezentálja a segítség iránti kérést.” (Orlando, 1961)

A jelen tanulmány a szubjektív ápolási diagnózis alkotásához szükséges szempontrendszer részletes bemutatására irányult. Az „intellektuális, nem dele-

gálható” feladatok effektív megvalósítása érdekében ajánlott munkaeszköz hatékony támogatást nyújthat a betegek viselkedésének megértéséhez, amely előfeltétele az eredményes betegvezetésnek.

A triangulált betegvezetés áttekinthetőségét szolgáló tengeri hajózás példája szerint egy hajó biztonságos haladásához ismerni kell az aktuális pozíciók koordinátáit. A hajózásban ezek a koordináták a földrajzi szélességi és hosszúsági fokoknak, a betegvezetésben a szomatikus és szubjektív diagnózisoknak, azaz a „*miért*” kérdésekre adott válaszoknak feleltethetők meg. Annak a pontnak a kijelöléséhez szükségesek, ahonnan az ápoló-beteg és a gyógyító személyzet tagjaival közösen végzett munka elindulhat.

A hajó navigálásánál a célállomás ismeretében lehet meghatározni a kívánt útirányt. A betegvezetésben ez annak az átgondolására vonatkozik, hogy „*mit*” kell tenni ahhoz, hogy valaki az egészségi állapotában kedvező változásokat érhesse el. Ez az ápoló-beteg kapcsolatban a tervezés, vagyis a meghatározott tartalmú és időben is ütemezett programcsomagok kialakításának fázisa a közösen kitűzött céloknak megfelelően.

Az óceánjáró útja sem mindig sima a viharok, jéghegyek stb. miatt, ezért időnként korrigálni kell a haladását a tervhez képest fellépő eltérések miatt, hogy a célállomást valóban és mielőbb el is érhesse. A betegvezetés dimenziójában a „*hogyan*” fázis a szomatikus ápolási diagnózisok alapján kidolgozott programok közvetítését foglalja magában, amelynek módszere a szubjektív reagálási módok figyelembevételével vezetett paramedikális tanácsadás.

Az Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszerében (NIC) foglalt intervenciók jelentős része a fiziológiai ismereteken alapuló készségek

birtokában megvalósítható. Az ápolói hivatás és a képzésfejlesztés iránt elkötelezett képviselők erőfeszítéseinek köszönhetően fejlődik az egyre szélesebb körben elérhetővé váló és legkorszerűbben felszerelt skill-laborok és oktatási egységek hálózata. A tudomány fejlődésével lépést tartó innovációk a legmagasabb szintű technikai feltételek mellett biztosítják a jövő ápolónemzedékének a korszerű ápolói tevékenységek elsajátítását, valamint azok naprakészen tartását a szakma jelen művelői számára.

Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (NOC) a beteg tudásának gyarapodásában és viselkedésében megfigyelhető kívánatos változásokat tartalmazza. A személyközpontú ápolásban a szubjektív diagnózisalkotás így a triangulált betegvezetés első lépéseként tekinthető. A veszteségekre adott egyéni reagálások támogatásához azonban – a szubjektív ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetésén túl – a „*kommunikációs készségek*” körét meghaladó speciális „*intellektuális*” tudásfedezet biztosítása is sürgetően szükséges.

Szerzői munkamegosztás: H. K.: Konceptió kidolgozása, tervezés, kézirat megírása, szerkesztés. D. N.: Előtanulmány és adatfeldolgozás tervezése, adatelemzés személyi trianguláció módszerével. R. V.: Előtanulmány tervezése, ápolásszakmai szakértés, adatelemzés személyi trianguláció módszerével. O. B.: adatelemzés személyi trianguláció módszerével.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltiségei.

Irodalomjegyzék

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. & Zanotti, M. (2020). *Nursing Diagnoses Handbook. An evidence-based guide to planning care.* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Inc.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnoses Application to Clinical Practice* (14thed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Carpenito, L. J. (1996). *Ápolási diagnózisok.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Hárdi I. (1987). *Pszichológia a betegágyánál. Orvos, nővér és a beteg.* Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Helembai, K. (2019) Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge J Nurs*, 4(1): 139–144. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000125>
- Helembai, K. (2023) Triangulált betegvezetés az ápolásban. *Nővér*, 36(4), 25–33. DOI: <https://doi.org/10.55608/nover.36.0019>
- Kirby, C., Slevin, O. (1994). A gondozás új tanterve. In.: *Project 2000: Ápolóképzés a jövőnek.* (szerk. Slevin, O., Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 61–93.
- Orlando, I. J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles.* NY: G.P. Putman's Sons, p. 40.
- Potter, P. A., Griffin Perry, A. (1996). *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Sánta, K. (2017). A trianguláció-tipológiák és a MAXQDA kapcsolata a kvalitatív vizsgálatban. *Vezetés és Tudomány*, XLVIII(12). <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.12.04>
- Scott, P. (1994): A sárkányok birodalma. In: *Ápolóképzés a jövőnek* (szerk. Slevin, O. & Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 188–199.
- Slevin, O. (1994): A felkészült, tudatos cselekvés: az elméleti alap a gyakorlathoz. In: *Ápolóképzés a jövőnek* (szerk. Slevin, O. & Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 27–43.
- URL1: *Stroke betegek ápolási terve.* nover_2001_14e_1sze102.pdf (meszk.hu)
- URL2: *Megküzdési módok.* (2010) *Pszichológiai, szociálpszichológiai alapismeretek* Sulinet Tudásbázis, *TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002*