

# Az ápolói beszélgetésvezetés trendjei

**Papp László PhD**

adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

**Nagy Erika**

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

## Összefoglaló

**A vizsgálat célja:** A szerzők a vizsgálatunk során az ápolóhallgatók beszélgetésvezetési jellegzetességeit mérték fel. Céljuk volt annak elemzése, hogy a beszélgetésvezetés milyen mértékben felel meg a kliensközpontú ellátás kritériumainak.

**Vizsgálati módszerek és minta:** A triangulációs módszerrel végzett, keresztmetszeti kutatás mintáját lehetőségfüggő módszerrel választották ki az SZTE ETSZK Ápoló szakának III. évfolyamos hallgatói közül. A mintát 55 nappali és levelező tagozatos ápolóhallgató alkotta. Az adatgyűjtéshez a Helembai által kidolgozott Csapdakeresés módszerét alkalmazták. Az adatok elemzésére kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinációját használták.

**Eredmények:** Eredményeik a vizsgált beszélgetések ápolódominanciájára utaltak. A kommunikáció során az ápolók önmagukat elsősorban kognitív, a beteget affektív jellegű közlésekkel jellemezték. Az ápolók helyesen ismerték fel a kliensvezetés elveinek fontosságát, melyet a kooperatív vezetési stílusra történő törekvés jelez.

**Következtetések:** Eredményeik alapján a kliensközpontúság elve nem valósul meg maradéktalanul a mindennapos ápolási gyakorlat interakcióiban, melyben szerepet játszik az ápolásban aktuálisan is tetten érhető biomedikális szemléletű, feladatközpontú, paternalista felfogás.

**Kulcsszavak:** ápolóhallgató, beszélgetésvezetés, kliensközpontúság, ápolási gyakorlat

## A probléma ismertetése

Az ápolás olyan foglalkozás, amelynek tárgya az ember, és ebből következően a munkavégzés sikerét részben a betegekkel/kliensekkel és a szakma különböző szereplőivel való eredményes együttműködés határozza meg. Az ápoló, hivatása gyakorlása során állandó kölcsönhatásban áll a beteggel/klienssel. Az ápoló-beteg/kliens kölcsönhatás létezési formája döntő mértékben az interakció, illetve az interakciók folyamata. (Helembai, 1995, 1997, 2000) Az ápoló szakmai tevékenységét a beteggel kialakított interperszonális kapcsolat közvetítésével végzi. Az alkalmazott interperszonális tudástartalmak a folyamat szereplői közötti kommunikációban tárulnak fel. A kommunikáció célja ilyen értelemben a szereppartnerek kölcsönös megértése és befolyásolása, valamint ösztönzése valamilyen változás megvalósítására.

Az ápolás interperszonális aspektusaival

foglalkozó szakirodalom szerint az ápoló-beteg interakciók elsődleges fontosságúak a beteg együttműködése (Fitzpatrick et al, 1992; Porter, 1994; Luker et al, 2000), és az ellátással való elégedettsége (Fosbinder, 1994; Meehan, 1995, 1999; Cleary, Edwards, 1999) szempontjából. Fekvőbeteg-intézményben a betegek ellátással kapcsolatos véleményét legnagyobb mértékben az ápoló-beteg/kliens interakciók határozzák meg. (Fosbinder, 1994) Mivel az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátás szemlélete egyre inkább piacorientálttá vált – ahol az egyik legfontosabb minőségjelző a vevő (beteg) elégedettsége –, ezért a fentiek alapján az ápoló-beteg/kliens interakciókat az ápolás központi tevékenységeként kell kezelni. (Millard et al, 2006) Ebből következik, hogy az ápoló interperszonális készségei részei a mindennapos betegápolás alapkészségeinek.

Az ápoló, mint a beteg/kliens segítőtje tevékenysége során a szocializáció és a szakmai képzés útján elsajátított tartalmakat hasz-

nálja. Az ápolónak a betegek/kliensek ápolásához olyan képességfedezetre van szüksége, amely alkalmas a betegek/kliensek felmerülő problémáinak kezelésére. (Helembai, 2009) Ezeket a készségeket az ápolónak úgy kell kialakítania és használnia, hogy azzal hozzájáruljon a beteg egyének függetlenségének visszaszerzéséhez, az elérhető maximális öngondoskodás visszaállításához. (Potter, Perry, 1996) A feladat végrehajtását nehezíti, hogy az elmúlt évszázadok során a gyógyítók/ápolók szemléletében a mások életéért teljes felelősséget vállaló, maximális kiszolgálásra törekvő szerep képzete alakult ki, melynek hatása a jelenben is erősen érzékelhető. Ugyanakkor az is elmondható, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők körében szintén gyakori a passzív viszonyulás, amely során a betegek elsődlegesen „külső” erőktől várják el állapotuk javítását. Napjainkban ezért az ápolóknak megkülönböztetett figyelmet kell fordítaniuk szereppartnerreikre annak érdekében, hogy azok az egészségügyi szolgáltatás tudatosabb használóivá válhassanak. (Helembai, 2009)

## Elméleti háttér

### Az ápoló-beteg kapcsolat jellegzeteségei

A személyközpontú ápolásban a beteg részéről elvárt az együttműködés a kezelés során, és a rendelkezésre álló energiáinak mozgósítása a gyógyulás elősegítésére. Ez számos esetben megvalósul, azonban több kutatás is bizonyította, hogy nem minden beteg kíván részt venni a kezeléssel kapcsolatos döntésekben, hanem amennyiben lehetősége van rá, a „klasszikus” értelemben vett „passzív” betegszerep mellett dönt. (Cahill, 1998; Kettunen et al, 2002; Shattel, 2004; Millard et al, 2006) Ezeket a betegeket az ápolók gyakran motiválatlannak, ellenállónak, a kezeléssel nem együttműködőnek tartják. (Hagerty, Patusky, 2003) A beteg passzivitásának oka azonban gyakran nem csak a tradicionális betegszerephez való ragaszkodás, hanem a kapott információk nem- vagy félreértése, amelyet a személyzet helytelen kommunikációja is okozhat. A be-

teg kölcsönhatásban betöltött pozícióját jelentősen befolyásolja az ápoló magatartása, mivel a kölcsönhatás során megfigyelhető szerepek egy dinamikus, személyközi kapcsolat eredményeként alakulnak ki.

Az ápoló-beteg/kliens kölcsönhatás leírható a szereplők közötti erőterek folyamatos változásával. Johansson és munkatársai kutatásukban rámutattak arra, hogy az ápoló-beteg/kliens interakciók alapvető célja az építő/fejlesztő jelleg, mely személyes kapcsolaton keresztül érhető el. (Johansson et al, 2005) A kölcsönhatás célja a beteg/kliens egészséggel kapcsolatos problémájának rendezése, ezért az ápolónak arra kell törekednie, hogy ez a tevékenység az adott helyzet megoldását segítse elő olyan módon, hogy az a tartalom hangsúlyában a betegre irányuljon. (Helembai, 2009)

Cahill szerint az ápoló-beteg kapcsolat hierarchikus viszony, ahol a páciens közreműködését a kapcsolat mélysége és minősége határozza meg. Ennek alapján az együttműködés három szinten valósulhat meg:

1. Alacsony szint: Beteg bevonása/ együttműködés a végrehajtás során
2. Közepes szint: A beteg aktív részvétele az ellátásban
3. Magas szint: A szereplők között kialakuló partnerkapcsolat (Cahill, 1996)

Millard és munkatársai kutatásukban, melyben a betegek együttműködésének befolyásoló tényezőit vizsgálták, különbségeket észleltek az ápoló-beteg interakciók interperszonális felületében. Azoknál a betegeknél, ahol magas fokú együttműködés volt tapasztalható, az interakciók az ellátás szakmai és a szociális dimenzióját is érintették, míg az alacsony compliance-ű csoportban csak a szakmai dimenzió volt megfigyelhető. A szociális dimenzió hangsúlyozásával a betegek úgy érezték, hogy ők állnak az ellátás középpontjában, nem az elvégzendő feladat. A szociális kérdések háttérbe szorítása, a szakmai aspektus kiemelése a kapcsolat erőviszonyainak felborulását eredményezte. Ezekben az esetekben az ápoló vezetési stílusában a korlátozó-parancsoló elemek domináltak, a beteg pedig az ellátás passzív befogadója volt. (Millard et al, 2006)

Általánosságban kijelenthető, hogy a beteg magas fokú együttműködésének egyik eleme az ápoló és a beteg közötti erőviszonyok kiegyenlített szinten tartása. Az ápolói dominancia a kapcsolat egyensúlyának felborulásához vezet, amely a nyílt és segítő jellegű kommunikáció egyik lényeges akadálya (Hewison, 1995), és a betegek elégedettségére is negatív hatással lehet. Ezt Xu kutatása is alátámasztja, aki szerint szoros kapcsolat áll fenn az alkalmazott betegvezetési stílus, a beteg bevonásának mértéke és az ellátással való elégedettség között. (Xu, 2004)

### **A tanácsadás értelmezése az ápoló-beteg kapcsolatban**

Az ápoló és a beteg/kliens között kialakuló partnerkapcsolat — melyet ápolási folyamatként értelmezünk — célja a beteg erőforrásainak maximalizálása, mely nem csupán a „hagyományos” (többnyire manuális) ápolási tevékenységek alkalmazásával, hanem az interperszonális kapcsolat célzott és tudatos felhasználásával valósul meg. A betegvezetési folyamat alkalmas arra, hogy az ápoló objektív, tárgyi tudását személyközi kapcsolat útján felajánlja a beteg számára. Az így értelmezett betegvezetés a támogatás eszköze, melynek elfogadott módszere a tanácsadás. (Helembai, 2009)

A tanácsadás bizonyos készségei, mint a másik fél meghallgatása, az empátia kifejezése, vagy visszajelzések adása, az emberek mindennapos kommunikációja során is megjelennek. A szakszerű tanácsadáshoz azonban az alkalmazási célnak megfelelő felkészültséggel kell rendelkezni. Az ápoló, tárgyi és interperszonális ismeretein kívül olyan készségekkel is rendelkezik, melyek alkalmassá teszik a tanácsadás bizonyos szintjeinek megvalósítására. Az ápoló tanácsadó tevékenységét az egészségügyi team tagjainak munkájával összehangolva, önálló kompetenciájaként végzi. Ebben az esetben a tanácsadás a beteg/kliens szükségleteiből kiinduló segítésként értelmezhető, melynek az ápolási folyamat ad keretet.

### **Tanácsadói beszélgetés-elemzés csapdakeresés módszerével**

A tanácsadói beszélgetés alapja a probléma, ahogyan azt a beteg látja. A probléma

megismerése, valamint a beteg megoldási stratégiáinak és interperszonális attitűdjének felmérése sok esetben nehézségekbe ütközik, mivel az ápolónak erre csak korlátozott idő áll rendelkezésére. Ilyenkor az ápolónak a beteg aktuális megnyilvánulásainak értelmezése nyújthat segítséget az igényeknek megfelelő válasz megválasztásában. Ennek alapján a beszélgetésvezetés alapjaival, az ennek során alkalmazható módszerekkel és a beteg jelzéseinek értelmezésével kapcsolatos oktatási tartalmak az individuális ellátás megvalósításának lényeges elemei. A tanácsadói beszélgetés elemzése, a problémák azonosításával kijelölheti az interakciók azon területeit, melyekre az oktatásnak reagálnia szükséges.

## **A vizsgálat célja**

Vizsgálatunk során az ápolóhallgatók beszélgetésvezetési jellegzetességeit mértük fel. Célunk volt annak elemzése, hogy a beszélgetésvezetés milyen mértékben felel meg a kliensközpontú ellátás kritériumainak.

## **Vizsgálati módszer és minta**

Kutatásunk során keresztmetszeti jellegű vizsgálatot végeztünk. Mintánkat lehetőségfüggő módszerrel választottuk ki, a Szegei Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar ápoló szakán, a 2008/2009. tanév II. szemeszterében tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, nappali és levelező tagozatos hallgatók köréből. Elemzésünket 14 nappali és 41 levelező tagozatos hallgató válasza alapján végeztük el, mely 87,3%-os kitöltési aránynak felel meg a teljes évfolyamot tekintve. A nappali tagozatos hallgatók átlagéletkora 22,26 (SD 0,81) év volt, és ebben a részmintában 100% volt a női válaszolók aránya. A levelező tagozatos hallgatók átlagéletkora 34,66 (SD 5,67) év volt, és a kitöltők 97,6%-a nő. Az adatfelvétel előtt a válaszolókat tájékoztattuk a felmérés céljáról, az alkalmazott módszerről és válaszaik tervezett felhasználásáról, továbbá a válaszadónak lehetőségük volt kérdések feltételére a vizsgálatnál kapcsolatban. Az

adatgyűjtés és a vizsgálat a kutatásetika szabályainak betartásával történt.

Elemzésünk során a Helembai által kidolgozott „Cspadakeresés” módszerét használtuk. A „cspadakeresés” lényegében egy tartalomelemzési módszer, melynek segítségével a tanácsadói beszélgetés jellegzetességei, és az interakció során előforduló leggyakoribb problémák azonosíthatóak. A módszer lényege, hogy a válaszolóknak egy történetet kell folytatniuk, mely az ápoló és a beteg közötti párbeszédet írja le egy előre megadott szituációban. A módszer segítséget nyújthat a pálya interperszonális fedezetének elsajátításában a képzés ideje alatt, és a gyakorló ápolók számára is hasznos lehet a működő sztereotípiák felismerésében, a módosítás szükségességének elhatározásában és annak megvalósításában. (Helembai, 2000)

A cspadakeresés módszerével információkhoz juthatunk:

- Az összes közlések megoszlásáról: Az ápoló és a beteg hány alkalommal „jutnak szóhoz”. Az elemzés tájékoztatást ad az erőviszonyok megoszlásáról az interakció során.
- A közlések során azonosítható tartalmi jellegről: A beszélgetés szereplői által közölt kognitív és érzelmi tartalmak számáról, megoszlásáról. A vizsgálat során megfigyelhető az ápoló részéről a beteg jelzéseinek figyelembe vétele, és annak közléseire adott reakciója.
- Az ápoló betegvezetési stílusáról: A leírt közlések elemzése lehetőséget ad az általa alkalmazott vezetési stílus azonosítására. Ennek alapján az ápoló kooperatív (együttműködő), restriktív (korlátozó), agresszív (támadó), inerciás (tehetetlen) és indifferens (közönyös) módon vezetheti a beteggel folytatott interperszonális kapcsolatot, ahol a kategóriák kapcsolódásai miatt többnyire ritka a tiszta kategória. (Helembai, 1997; Helembai et al, 2000)
- A „beteg” viselkedési jellemzőiről: Mivel a cspadakeresés módszerében a vizsgált személy írja le az elemzés alapjául szolgáló történetet, így ténylegesen nem zajlik ápoló és beteg közötti kommunikáció, melyből következtetéseket lehetne levonni a beteg viselkedéséről. A megkérdezettek a „beteg” közléseibe azonban saját, ápoló-beteg inte-

rakciók során szerzett tapasztalataikat építik be, melyekről az elemzés során a képzés szempontjából hasznos elemek deríthetők fel. A „beteg” által kimondottak tulajdonképpen azokról a sztereotípiákról adnak tájékoztatást, hogy az ápoló(hallgató) milyen viselkedést „vár el” a betegtől egy adott szituációban. Ennek megfelelően az elemzés során felderíthetők azok a berögződések, melyeket figyelembe kell venni a képzés, és célzottan a tanácsadás/betegvezetés oktatása során.

Adataink elemzése során, triangulációs technikát, azaz kvantitatív jellegű, leíró statisztikai módszerek (gyakoriság, szórás, átlag), valamint kvalitatív, tartalomelemzési módszerek kombinációját használtuk.

## Eredmények

### Az összes közlések megoszlása

Elemzésünk első lépéseként megvizsgáltuk a közlések megoszlását az interakció szereplői között a megkérdezettek által leírt történetekben. Az eredményt az **I. táblázat**-ban foglaltuk össze.

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

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

A válaszolók által leírt tartalmak matematikai jellemzőinek áttekintése több érdekes adatot szolgáltat az ápolói beszélgetésvezetésről. A közlések számának vizsgálatakor lát-

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

### A közlések tartalmi jellege

Az elemzés alapjául szolgáló párbeszédekben megjelenő kognitív és affektív közlést tartalmak vizsgálatával megfigyelhető, hogy az ápoló milyen tartalmakat emel ki a beteg által elmondottakból, azaz merre orientálja „betegét”. A párbeszéd áttekintése során, az interakció szereplői által közölt tartalmak számszerűsítése mellett lényeges a leírt beszélgetések tartalmi elemzése is, mert ennek segítségével kaphatunk információt az ápoló által alkalmazott orientációs stratégiákról. A beszélgetések tartalmi jellegét érintő elemzésünket matematikai szempontból a **II. táblázat**ban összegeztük.

### II. táblázat: A közlések tartalmi jellege (N=55)

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

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

Az interakció szereplőit külön vizsgálva látható, hogy azok közel azonos számban köz-

vetítettek valamilyen – kognitív vagy affektív – tartalmat a párbeszéd során. Az ápolói csoportban a kognitív elemek dominanciáját mutatja a közlések aránya, míg a betegcsoport közléseiben ugyanez a hányados az érzelmi összetevők gyakoribb használatára utal.

A közléseket érintő vizsgálatunk során elemeztük a párbeszédekben azonosítható tartalmi köröket is. Munkánk kezdetén felállított hipotézisünk szerint mind az ápolók, mind pedig a betegek által közölt tartalmak középpontjában a beteg személye és annak betegsége áll.

Az interakciók elemzése során megvizsgáltuk a szereplők által közölteket, és azokat az érintett tartalmi körök alapján öt kategóriába soroltuk:

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

Elemzésünk során az ápolók és a betegek mondatait külön csoportonként vizsgáltuk, és eredményeinket is ennek megfelelően mutatjuk be.

Az ápolói válaszokat érintő elemzésünk arra mutatott rá, hogy az ápolók helyesen ismerték fel a betegek együttműködésének szükségességét, azonban nem minden esetben használtak megfelelő stratégiákat annak előmozdítására. A közlésekben, várakozásainkkal ellentétben, nagy számban jelentek meg az orvosra és annak utasításaira való hivatkozások, mint a restriktív kognitív módon kifejező elemek. Ezt mutatják be a következő példák:

„Á: Megkérdezhetem, mit csinál?

„B: Kimegyek a WC-re.

„Á: És miért?

„B: Hát miért, hát mert kell...”

„Á: De a doktor úr és én is most magyaráztuk el, hogy mi a kockázata annak, ha felkel!”...

„Á: Jó napot, ...!”

„B: Jó napot, nővérke! Lejöttem, mert nem bírom letenni a cigarettát!”

„Á: De hát tudja..., hogy ezt nem szabad! A doktor úr megtiltotta!”

A párbeszédekben megfigyelhető volt, hogy az ápolók a beteg érzelmi jellegű közléseire is a leggyakrabban valamilyen kognitív tartalommal reagáltak, ezáltal figyelmen kívül hagyva a másik által kívánt kommunikációs irányt. Ezt illusztrálja a következő példa:

„Á: ... bácsi, hová tetszik menni?”

„B: Cigizni szeretnék.”

„Á: De az előbb mondta a doktor úr, hogy ágyban kell maradnia!”

„B: De én nem bírok tovább feküdni!”

„Á: Tessék megérteni, hogy muszáj tovább feküdni, mert erős fejfájása lehet!”

A betegek által közölt tartalmak elemzése azt mutatta meg, hogy míg az ápolók saját szerepüket elsődlegesen a „tudás” birtokosaként határozták meg (kognitív dominancia), addig a beteget a saját állapotról való ismeretek hiánya, és a közlések érzelmi túlsúlya mentén jellemezték. Ez jelenik meg a I. táblázatban jelölt statisztikai különbözőségben, és a párbeszédekben is. Az alábbi példában mind az ápoló által használt, restriktív kifejező kognitív elemek, mind a beteg érzelmi alapú viszonyulása és ismerethiánya jól felismerhető.

„Á: ...bácsi, miért kelt fel?”

„B: Kimennék sétálni...”

„Á: De hát megmondta a doktor úr, hogy nem lehet fel a trombózisa miatt!”

„B: Tudom, kedves nővére, de én nem bírok ilyen sokáig feküdni.”

„Á: Pedig meg kellene próbálnia, mert komoly baja lehet belőle, ha nem fogadja meg a doktor úr utasításait!”

„B: Tudom én nővére, és igyekezni is fogok, csak legalább egy kicsit hadd sétáljak!”

A fenti példák és eredményeink leíró statisztikai elemzése is arra utalnak, hogy a megkérdezettek elsősorban paternalisztikus felfogásban kommunikálnak a betegekkel, ezáltal azokat passzív, az ellátást be- és elfogadó szerepbe helyezve. A vizsgálatunk során megkérdezett ápolók a betegeket leggyakrabban problémájuk kognitív oldala, azaz a tények felé orientálják, kevesebb figyelmet fordítva a beteg által kinyilvánított érzelmi tartalmakra.

### Az ápolók betegvezetési stílusa a párbeszéd alapján

Az ápolók által alkalmazott betegvezetési stratégia alapvetően meghatározza a beteg

ellátásban való közreműködését. A vezetési stílusok vizsgálata lehetőséget teremt arra, hogy képet kapjunk az adatfelvétel időpontjában, az ápolók által alkalmazott módszerekről, ezáltal a fejlesztés irányait is kijelöli. Ahogy korábban említettük, a betegvezetési stílusok ritkán jelennek meg önállóan, a valós helyzetet leginkább a stílusok valamilyen kombinációja közelíti meg. A párbeszéd elemzésekor, a minél inkább valóságghú leírást szem előtt tartva, a stílusok kombinációit is használtuk jelölésként, amennyiben a közölt tartalom ezt megkívánta. A leíró statisztika elkészítésénél a stíluskombinációkat elemekre bontva jelöltük, és az elemzés megkönnyítése végett csak „tisztá” kategóriákat használtunk. Az interakciók alapján végzett elemzésünket a **III. táblázatban** foglaltuk össze. Az adatok alapján látható, hogy a válaszolók, tagozattól függetlenül leggyakrabban kooperatív vezetési stratégiát alkalmaztak. A párbeszédekben jelentős volt még a restriktív és az agresszív stílusok aránya, míg az indifferens és inerciás stílusok csak csekély mértékben voltak azonosíthatóak.

### III. táblázat: Az ápolók betegvezetési stílusa tagozatonkénti megoszlásban (N=55)

betegvezetési stílus	tagozat		összesen
	Nappali (N1=14)	Levelező (N2=41)	
kooperatív	36	111	147
restriktív	33	77	110
agresszív	20	52	72
indifferens	1	7	8
inerciás	0	5	5

Míg az elemzés korábbi, közlések számát és tartalmi jellegét érintő részében a két tagozat válaszai között nem volt jelentős különbség, a vezetési stílusok vizsgálata rávilágított néhány eltérésre. A levelező tagozatos hallgatók válaszaiban az összesített eredményt jobban leképező arányban jelentek meg a különféle vezetési stílusok, amit a kooperatív stílus más elemekkel szembeni dominanciája is alátámaszt. A nappali tagoza-

tos hallgatók által leírt párbeszédekben ezzel szemben a kooperatív és a restriktív stílus közel azonos arányban szerepelt, továbbá az indifferens elemek minimálisan, az inerciás jegyek pedig egyáltalán nem jelentek meg az eredményekben.

A betegvezetési stílusokat érintő tartalmi elemzésünk során minden esetben arra törekedtünk, hogy az ápoló által kimondottakat, azok jellegzetességei alapján valamelyik fenti kategóriába soroljuk. A ténylegesen közölt tartalmak között azonban még azonos kategórián belül is észleltünk különbségeket, melyet egyrészt az elméleti kategóriák a valós kommunikáció során észlelhető „egybecsúsítása”, másrészt a válaszolók eltérő ápolásfelfogása és korábbi tapasztalatai okozhattak. A „kevert” kategóriák között leggyakrabban a restriktív/kooperatív csoportot azonosítottuk, mely megegyezik egy, a témában korábban végzett kutatás eredményével. (Boros, 2009) Ez a kategória inkább korlátozó, de összességében mégis az együttműködésre törekvő betegvezetési módszereket jelöli. (Helembai, 2009) A restriktív/kooperatív stílus gyakorlati megvalósulását a következő példa illusztrálja:

„B: Nem eszem, csak egy gombócot, nővére, abból biztos nem lehet baj.”

„Á: De ha nem lehet, akkor nem lehet! Azt hiszem, jobb lesz, ha beszélünk erről a zsír- és fűszerszegény diétáról, hogy tudja, milyen ételeket fogyaszthat és melyet nem.”

Az elemzés során, ahogy azt a III. táblázat is mutatja, több alkalommal észleltünk agresszívnek minősíthető ápolói kommunikációt. Ebbe a kategóriába soroltunk minden olyan közlést, mely során az ápoló saját akaratát erőltette rá a betegre az ellátás során, figyelmen kívül hagyva annak jelzéseit. Ezt mutatja meg az alábbi idézet:

„Á: Tessék megérteni, hogy muszáj tovább feküdnie, mert erős fejfájása lehet!”

„B: Dehogyan lesz fejfájásom. Már volt ilyen (vizsgálatom – szerz.), akkor is felkeltem.”

„Á: Akkor szerencséje volt, de lehet, hogy most fájni fog, és még tovább kell maradnia emiatt a kórházban.”

„B: Én akkor is kimegyek!”

„Á: *Magára bízom, én próbáltam, hogy megértse, hogy mi fontos magának, de ha nem érti, hát tessék, menjen!*”

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

#### A betegcsoport viselkedési jellemzői a párbeszédekben

A vizsgált párbeszédekben, a „beteg” részéről megfogalmazott közlések vizsgálata lehetőséget ad arra, hogy képet alkossunk arról, hogy a mintát alkotó ápolók hogyan látják a beteget a kapcsolat során. A közlést tartalmak minőségi elemzésével vizsgálható továbbá az is, hogy a betegek viselkedése milyen vezetési stratégia alkalmazását indukálja az ápolók részéről. A viselkedési jellemzőket érintő elemzésünk első lépéseként a párbeszéd leíró statisztikai módszerekkel megjeleníthető elemeit tekintettük át, melyet a **IV. táblázat** foglal össze.

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

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

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

vizsgálat eredményeiből az is látszik, hogy a nappali tagozatos hallgatók adiens (fokozottan félfő vagy ragaszkodó) viselkedési mintát egyáltalán nem építettek be a leírt betegkarakterbe, míg a levelező tagozatos válaszadók párbeszédeiben ez a jellegzetesség közel 15%-os arányban volt azonosítható.

## Megbeszélés

Az ápoló és a beteg közötti, mellérendeltségen és partneri viszonyon alapuló interakciók alapvető fontosságúak a beteg compliance-ja szempontjából. (Cahill, 1996) A szereplők közötti kommunikáció során ez több síkon is kifejezésre kerülhet. Az ápoló és a beteg közlésszámának vizsgálatával információhoz juthatunk arról, hogy a betegeknek lehetőségük van-e kifejezni igényeinek és szükségleteiket, melyek az ápolási terv alapját képezik. Az alacsonyabb közlésszám a betegek részéről azt is jelzi, hogy szükségleteik figyelembevétele nem valósul meg maradéktalanul, mivel nincs lehetőségük azok kifejezésére.

Az interakciók tartalmi jellegét elemezve megfigyelhető volt, hogy az ápolók nem minden esetben vették figyelembe a betegek jelzéseinek érzelmi oldalát, inkább a kognitív összetevőkre koncentráltak. A beteg egyén önbecsülése, kompetenciája szempontjából fontos jelzések elmulasztása, hasonlóan a kognitív és érzelmi közlések közötti aránytalanság miatti egyoldalúsághoz, a beszélgetésvezetés hibái közé tartoznak. (Helembai, 1997) Az ápoló részéről látható kognitív dominancia az alá-fölérendeltségi viszony egyik kifejeződése is lehet, ami a nyílt és segítő jellegű kommunikáció egyik akadálya. (Hewison, 1995) A beteg által közölt érzelmi tartalmak figyelembevétele azért is kívánatos, mert az a beteg compliance-ját bizonyítottan növeli. (Millard et al, 2006)

A párbeszéd kognitív és érzelmi összetevőinek elemzése azt is megmutatta, hogy a válaszolók önmagukat a tudás birtokosaiként, míg a beteget az ellátásba csak korlátozottan bevonható, ismerethiánnyal rendelkező egyénként ábrázolták. A „legjobb tudás” képze, mely a paternalisztikus ellátás egyik kifejeződése, ellentétes a kliensközpontúság elveivel.

A válaszadó ápolók vezetési stílusa, eredményeink alapján leggyakrabban restriktív/kooperatív jellegű, azonban a párbeszédekben agresszív stílusra utaló jelek is többször azonosíthatóak voltak. A stílusok megítélése a kutatási design-ból adódóan (írásbeli párbeszéd elemzése) nehézkes volt, mivel nem állt rendelkezésünkre annak lehetősége, hogy további kommunikációs jegyeket is megfigyelhessünk a beszélgetések során. Mindemellett a párbeszédekben a leggyakrabban jól azonosíthatóan jelen voltak az egyes stílusokra jellemző kommunikációs jegyek.

Az ápolói restriktív (korlátozás) sértheti a beteg önrendelkezési jogát, ennek megfelelően a kliensközpontúság szempontjából nemkívánatos az ápolásban. Az ápolás célja nem a beteg megóvása vagy eltiltása különféle magatartásformáktól, hanem a saját erőforrások és problémamegoldó-készség megerősítése oly módon, hogy a páciens önmagával kapcsolatos döntéshozatali képessége az elérhető legmagasabb szintű legyen. Ez azt is jelenti, hogy a tanácsadói beszélgetés során az ápolónak úgy kell együttműködnie a beteggel, hogy annak lehetősége legyen döntések meghozására, az ápoló által felkínált, „kész” döntések elfogadása helyett. Ebben az esetben a beteg az állapotának javításához esetlegesen szükséges korlátozásokat nem ápolói utasításra, hanem saját, tájékozottságon és önrendelkezéson alapuló döntése alapján hajtja végre. Az ápoló restriktív vezetési stílusának dominanciája, és a kooperáció alkalmával az önálló döntések támogatásának elmulasztása a beszélgetésvezetés újabb problémás elemeire hívják fel a figyelmet. (Hewison, 1995; Millard et al, 2006)

Az agresszivitás megjelenése a beszélgetésvezetésben nem csupán ellentétes a kliensközpontúság elveivel, hanem alapvető emberi- és betegjogokat is sérthet. Az agresszió jelenlétét az interakciókban a szakirodalom a szintén a hibás beszélgetésvezetési módszerek közé sorolja. (Helembai, 2009)

A betegek viselkedési jegyeit érintő elemzésünk az averzív jegyek dominanciáját mutatta mindkét csoportban. Ez összefügghet az elemzés korábbi szakaszaiban tapasztalattal, melyek szerint a válaszolók elsődle-

gesen ápolódomináns, restriktív/kooperatív jellegű kapcsolatnak látják az ápoló és beteg viszonyt. A betegség iránti közömbösség, illetve elutasítás vagy bagatellizálás interakciókban való megjelenítésével a megkérdezettek a beteg passzív, „tudatlan” szerepét fejezték ki, azaz csak korlátozottan törekedtek a mellérendeltségen, partnerségen és autonómián alapuló kapcsolat kialakítására. Ezzel szemben a tanácsadói beszélgetés sikeressége szempontjából kívánatos, hogy az ápolók olyan személynek lássák a beteget, mint aki képes a beteg szerep elfogadására és a tudatosságon alapuló együttműködésre.

## Következtetések

Eredményeink alapján a kliensközpontúság elve nem valósul meg maradéktalanul az ápolóhallgatók által megfogalmazott interakciókban. Véleményünk szerint eredményeinkben szerepet játszik az ápolásban aktuálisan is tetten érhető biomedikális szemléletű, feladatközpontú, paternalista felfogás, ami a mintát alkotó ápolók válaszaiban is megjelent. Erre utal az ápolói közlések kognitív dominanciája, a restriktív és az agresszív motívumok megjelenése a beszélgetésekben, a „betegek” alacsonyabb közlésszáma, valamint averzív jegyekkel történő

jellemzésük. A vizsgálat által azonosított problémás területek ugyanakkor kijelölik a fejlesztés irányait, melyekre az ápolóképzésnek reagálnia kell. Mivel az oktatás feladata az ápolóhallgatók felkészítése az ápolás legújabb kihívásaira, és széles körben elfogadott módszerek, ismeretek átadása, ezért lényegesnek tartjuk a kliensközpontú elveken alapuló kommunikációs és tanácsadási módszerek oktatását a képzés során.

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

## Irodalomjegyzék

1. Boros K. (2009) Tanácsadás az ápolásban – sztereotípiák a valóságban. *Acta Sana*, 3(1):29-32.
2. Cahill J. (1996) Patient participation: A concept analysis. *J Adv Nurs*, 24:561-571.
3. Cahill J. (1998) Patient participation: A review of the literature. *J Clin Nurs*, 7:119-128.
4. Cleary M, Edwards C. (1999) 'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6:469-477.
5. Fitzpatrick JM, While AE, Roberts JD. (1992) The role of the nurse in high quality patient care: A review of the literature. *J Adv Nurs*, 17:1210-1219.
6. Fosbinder D. (1994) Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *J Adv Nurs*, 20:1085-1093.
7. Hagerty BM, Patusky KL. (2003) Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Nurs Scholarsh*, 35(2):145-150.
8. Helembai K. (1995) Az ápolási és a tanácsadási folyamat kapcsolata. *Nővér*. 8(3):5-10.
9. Helembai K. (1997) „A mi kis csapdáink.” hibás sztereotípiák a betegvezetésben. *Nővér*, 10(5):3-7.
10. Helembai K. A tanácsadói attitűd jellemzői diplomás ápolók körében. In: Pető É (szerk.), *Tanulmányok az Ápolástudomány köréből, SZOTE Népegész-*

- ségtani Intézet, Manchester Metropolitan University, British Council, Szeged, 2000:164-178.
11. Helembai K, Kis K, Tulkán I. Characteristics of nurses' communication for patients' problem solution. 10th biennial conference workgroup of european nurse researchers (WENR), Conference Book, Reykyavik, Iceland; 2000: 161-170.
  12. Helembai K. Általános ápoláslélektan. A beteg-kliensvezetés pszichológiája. Medicina, Budapest, 2009.
  13. Hewison A. (1995) Nurses' power in interactions with patients. *J Adv Nurs*, 21:75-82.
  14. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. (2005) Nurses' assessments and patient perceptions: Development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. *Int J Nurs Stud*, 42:569-578.
  15. Kettunen T, Poskiparta M, Gerlander M. (2002) Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Educ Couns*, 47:101-113.
  16. Luker K, Austin L, Caress AL, Hallett C. (2000) The importance of „knowing the patient”: Community nurses constructions of providing palliative care. *J Adv Nurs*, 31(4):775-782.
  17. Meehan T. (1995) Development of an instrument to assess consumer satisfaction with mental health services and treatment. Unpublished thesis.
  18. Meehan M. (1999) Nursing roles: Advice, counselling or therapy? *Paediatr Nurs*, 11(6):30.
  19. Millard L, Hallett C, Luker K. (2006) Nurse-patient interaction and decision-making in care: Patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*, 55(2):142-50.
  20. Porter S. (1994) New nursing: The road to freedom? *J Adv Nurs*, 20:269-274.
  21. Potter PA, Perry AG. Az ápolás alapfogalmai. In: Potter PA, Perry AG, (eds.) *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. 3.kiadás. Medicina, Budapest, 1996:24-131.
  22. Shattell M. (2004) Nurse-patient interaction: A review of the literature. *J Clin Nurs*, 13:714-722.
  23. Xu KT. (2004) The combined effects of participatory styles of elderly patients and their physicians on satisfaction. *Health Serv Res*, 39(2):377-391.

### Trends in nurses' conversation-leading skills

László Papp PhD, Erika Nagy

#### Summary

**Aim of the study:** The authors, in the course of their survey, assessed the conversation-leading skills of nursing students. Their objective was to analyse the extent to which the students' conversational skills fulfil the criteria for client-oriented treatment.

**Methodology and sample:** The sample for the cross-section survey, conducted using the triangulation method, was selected using random sampling from among third-year students at the Nursing Department of Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. The sample consisted of 55 full-time and correspondence nursing students. For the data gathering they used Helembai's Trap Test method. The data was analysed using a combination of qualitative and quantitative methods.

**Results:** The results pointed to domination of the studied conversations by the nurses. In the course of the communication the nurses primarily attributed cognitive communications to themselves, and affective communications to the patients. The nurses correctly recognised the importance of the principles of client management, which is shown by their effort to achieve a cooperative conversation-leading style.

**Conclusions:** Based on the results, the principle of client-orientation is not fully upheld in the interactions of everyday nursing practice, a role in which is played by the biomedical focus and task-centred, paternalist approach that can still be observed in nursing today.

**Key words:** nursing student, conversation-leading skills, client-orientation, nursing practice