

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Triangulált betegvezetés az ápolásban

Prof. Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A betegekkel és a szignifikáns személyekkel végzett közös munkában – a technikai készségek mellett – meghatározó szerepet tölt be az ápoló interperszonális tudásfedezete és felkészültsége a segítséget kérők gondozása során. A betegvezetés az ápolás értékeinek, beavatkozási módjainak interperszonális közvetítési eszköze, amelynek folyamatos továbbfejlesztése ezért ugyancsak nélkülözhetetlen az ápolás hatékonyságának növelése érdekében.

A tanulmány elsődleges célja a tengeri navigáció metaforáján alapuló triangulált betegvezetés modelljének bemutatása, különös tekintettel annak jelentőségére a mindennapok gyakorlatában.

A dolgozat további célja feltárni a betegvezetés gyakorlásához szükséges feltételek és az ápolás előtt álló célkitűzések összefüggéseit.

Az elemzés tapasztalatai egyértelműen a mielőbbi szemléletváltozás szükségességét sürgetik a rendszer valamennyi szereplője tekintetében, mivel ennek függvényeként alakul az egészségügyi ellátórendszer működtetése és a kívánt célok elérése egyaránt.

Kulcsszavak: személyközpontú ápolás, ápolási folyamat, ápolási diagnoszisek

Triangulated Patient Conducting in Nursing

Kornélia HELEMBAI CSc, PhD

SUMMARY

Working with patients and significant persons the nurse's interpersonal knowledge and preparedness play a decisive role in nursing care for those who are in need. Therefore, in addition to technical skills, patient conducting, as a tool needs for conveying the values and interventions of nursing, also indispensable to increase the efficiency of nursing.

The primary aim of the study is to present the model of triangulated patient conducting based on the metaphor of maritime navigation, with special regard to its significance in everyday nursing practice. A further aim of this writing is to explore the relationship between the working conditions required for practicing patient conducting and the objectives of nursing.

The experience of the analysis clearly calls for all actors' urgent attitude change in the system, as this will determine both the way the health care system is run and to get the desired quality change as well.


Keywords: patient centered nursing, nursing process, nursing diagnoses

Prof. Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD professor emerita, SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék, Szeged
ORCID-azonosító:
0000-0002-8214-9196

Levelező szerző

(corresponding author):
Prof. Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD
E-mail:
helembai008@gmail.com

Beérkezett: 2023. június 16.
Elfogadva: 2023. június 20.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0019> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A világ ápolóinak közössége az elméleti ismeretekre épülő gyakorlati tapasztalatok alapján már évtizedekkel ezelőtt definiálta az ápolás lényegét annak felismerésével, hogy az ápolás fogalmi meghatározása pusztán a végzett tevékenységek (skillmixek) listázásával nem lehetséges.

„Az ápolás művészetének van egy intellektuális vetülete: felismerni és megtervezni azt, amit tenni lehet és kell, továbbá egy gyakorlati aspektusa: ténylegesen el-

végezni azt. Az ápolás gyakorlati vonatkozásait gyakran delegálni lehet, míg az intellektuálisakat nem lehet” (Scott, 1994).

Napjainkban az egészségügyi szolgáltatásban központi szerepet betöltő orvoslás-ápolás relációról elfogadott felfogás kijelöli a két professzió együttműködésre épülő kapcsolatának és önállóságának differenciaspecifikáit. Az orvoslás folyamata ennek értelmében elsődlegesen a fiziológiai rendszerek szomatikus (és szubjektív) működésére, valamint a kór lefolyásának folyamatára koncentrálnak, mialatt az

ápolási folyamat fókuszra elsődlegesen a betegek kórra és betegségre adott szubjektív (és szomatikus) válaszáira irányul.

Az ápolási folyamat univerzális alkalmazhatóságának jellege azt jelenti, hogy az keretül szolgál az ápolói gondozás számára az egészségügyi ellátás valamennyi típusában/területén/bármely életkori csoporthoz tartozó „betegekért” helyett a *betegekkel* végzett munkához (Kozier et al., 2012).

Tanulmányok hosszú sora mutatja be azokat a tényezőket, amelyek a betegek bevonásának szükségességére hívják fel a figyelmet. Így például a betegek ismereteinek hiánya a tünetek felismerésében és értelmezésében veszélyeztető faktorként azonosítható, amely befolyásolja a beteg megfelelő kezelésének időben történő megkezdését (Mellor et al., 2015). Az egészségét féltő ember megnövekedett belső feszültsége, szorongása szintén veszélyeztető ágens, mivel többen, életkortól, szociális háttértől, IQ-tól, jövedelemtől és iskolai végzettségtől függetlenül a szorult helyzetükben szakavatott támogatás nélkül nem képesek megérteni vagy értelmezni a saját gyógyszerelésükhöz szükséges orvosi információkat (Kanne, 2013). A reprodukív egészség területének kutatói is a betegeket hatékonyan támogatni tudó ápolók szerepének fontosságára utalnak a compliance és az orvosi ellátás hatékonyságának megőrzése érdekében (Szatmári et al., 2021).

A betegekkel és a szignifikáns személyekkel végzett közös munkában a technikai készségek mellett az ápoló interperszonális tudásfedezete, felkészültsége meghatározó szerepet tölt be a segítséget kérők gondozásában.

A tanulmány elsődleges célja a triangulált betegvezetés alapjául szolgáló elméleti megfontolások bemutatása, különös tekintettel annak struktúrájára és tartalmára. További célja hozzájárulni az Ápolók Nemzetközi Tanácsa által a 2020–2030 közötti időszakra kijelölt tervek (URL1) megvalósításához, amelyek a szakmaközi együttműködés, a személyközpontú ellátás, a biztonságos orvosi ellátás, valamint a betegek elégedettségének, az ápolók munkahelyi elégedettségének és a rendszer hatékony működésének fokozására összpontosítanak.

A betegvezetés ápoláseméleti alapjai

Az egyéni bánásmód, ezáltal a betegvezetés szükségessége nem új gondolat, valójában már a kezdetektől fogva nyomon követhető az ápolási elméletek teljes fejlődési vonulatában. A klasszikus ápolási elméletet elemezve elmondható, hogy azok tartalmában megjelenik a személyközpontú gondozás és a tanácsadás öt kritériumának legalább egyike.

Peplau az ápolás terapeutikus vonását emeli ki, és

azt az interperszonális kapcsolatban szemléli. Így az ápolás magában foglalja két vagy több egyén interakcióját egy közös cél érdekében. A közös cél ösztönzőként szolgál a terapeutikus folyamat számára, amelyben az ápoló és a beteg kölcsönösen elismerik egymást mint egyéniséget, és mindketten tanulnak és gyarapodnak az interakciók eredményeként. A tanulás akkor következik be, amikor az egyén szelektálja a környezet ingereit, és még teljesebben fejlődik az ezekre a stimulusokra adott válaszok eredményeként (Peplau, 1974).

A kliensközpontú megközelítés első kritériuma: A segítő az emberi méltóság iránti érzékenység és a tudatos támogatás attitűdjével fordul a segítséget kérők felé a teljes szervezési és gondozási folyamat vonulatában. Az emberek önképüket a másoktól kapott, önmagukról szóló üzenetekből építik fel. Azok az emberek, akik értékesnek látják önmagukat, és érzik saját erejüket, általában elégedettebbek és képesek hatékonyan megbirkózni a problémáikkal (Rose, 1962).

Orlando megközelítésében az ápolási helyzetet a beteg viselkedése iniciálja. A páciens viselkedése – tekintet nélkül annak megjelenésére – reprezentálja a segítség iránti kérést. A verbális és nonverbális viselkedés konzisztenciája szükséges a hatékony közbenjárás megvalósulásához. A rutinszerű ellátást éppen ezért a minimumra kell redukálni a páciens egyéni szükségleteinek érvényesülése érdekében (Orlando, 1961).

A kliensközpontú megközelítés második kritériuma: A segítő munka gyakorlatában megkövetelt a kategorizálás elkerülésének érvényesítése. Ellenkező esetben nem csupán a betegek közötti egyéni különbségek torzulnak, hanem a beavatkozást végzők maguk is az alkalmazott besorolás alapján reagálnak az egyénekre, tehát nem az egyéni tulajdonságok szerint ítélik meg őket (Merton, 1980).

Henderson azt hangsúlyozza, hogy az embereknek a szükségletei közősek, de nincs két teljesen egyforma beteg. Ezért minden ápolónak úgy kell értelmeznie az emberi szükségleteket, hogy azok egyéni jelentőséggel bírnak az egyes személyek számára, ezért a kielégítés mértéke és módja is egyéni értelmezést kíván minden ember esetében (Henderson, 1966).

A kliensközpontú megközelítés harmadik kritériuma: Az „igény” és a „szükséglet” akkor áll legközelebb egymáshoz, ha a segítő által felmért „szükségleteket” a beteg/kliens a saját „igényeivel” azonosnak ismeri el. Amire vágyunk, amit szándékunkban áll megtenni, arra motiváltak is vágyunk (Reid, 1978).

Hall kiemeli a beteg szükségleteit, érzéseit és motivációját, amely áthatja az egész ápolási folyamatot. Az ápoló arra törekszik, hogy növelje a beteg motivációját és tudatosságát, valamint támogassa a beteg új tudatossági szintjén alapuló önálló döntéshozatá-

lát. A motivációk meghatározását követően a beteg a legalkalmasabb személy az elérni kívánt célok kitűzésére és a prioritások elrendezésére (Hall, 1955).

A kliensközpontú megközelítés negyedik kritériuma: A segítőknek igényelniük kell és el is kell várniuk a kliensek részvételét a problémamegoldásban. Az emberi méltóság és az autonómia megőrzésének ugyanis elengedhetetlen feltétele a szereppartner részvétele a közös alternatívák keresésében a problémamegoldást szolgáló tervezésben, döntéshozatalban és annak megoldásában (Dumont, 1968).

Orem az egyén önellátási képességét állítja elméletének fókuszába. Az öngondoskodást pozitív cselekvésként tekinti, amely gyakorlati és terápiás hatással is rendelkezik a zavarok leküzdésében. Az öngondoskodás terápiás hatása feltárul az egyetemes öngondoskodási követelmények eléréséhez szükséges alkalmazkodásban és az öngondoskodás új technikáinak kialakításában, továbbá az énkép és a mindennapi élet rutinjának igény szerinti módosításában (Orem, 1971).

A kliensközpontú megközelítés ötödik kritériuma: A segítőknek támogatniuk kell a segítséget kérőket erejük felfedezésében és felhasználásában. A legtöbb kliens arra törekszik, hogy proaktív, autonóm emberként mutassa be magát, aki képes javítani működését és kompetenciáját a segítő kapcsolat használatával. A betegek reakciói kedvezőbbek, ha a támogató kapcsolat a személy erősségeire épül, nem pedig a gyengeségeinek hangsúlyozásával valósul meg (Maluccio, 1979).

A professzionális segítő foglalkozások művelésének általános feltétele az adott szakterületen szerzett tudás és tapasztalat, valamint a tanácsadás ismeretrendszerének magas szintű elsajátítása. Az ápolóképzés esetében a tantervben foglalt pedagógiai és pszichológiai ismeretek alapozó jelleggel készítik elő a tanácsadás tárgykörének bevezetését és folyamatának megértését a professzionális betegvezetés gyakorlására jogosító kompetencia eléréséhez. Az ápolás gyakorlására és a tanácsadásra feljogosító integrált tudás ad választ arra, hogy a különböző tudományterületek eredményei miként hasznosíthatók az ápolás mindennapi gyakorlatában.

A segítő kapcsolat olyan eszköz, amelyet a bajba jutott embereknek ajánlanak fel a szabad választás lehetőségével, hogy azt elfogadják vagy elutasítsák (Keith–Lucas, 1972).

Az ápolásban a betegvezetés – mint segítő kapcsolat – a szereppartner támogatását szolgáló ápolási értékeket közvetítő eszközként határozható meg. A betegvezetés fő jellemzői alapján az ápolás/ápolási folyamat fogalmi rendszerébe integrálva az **I. táblázat** segítségével a kapcsolódási pontok jól feltárhatók.

I. táblázat: Az ápolás- és a betegvezetés kapcsolata

Ápolás	Egyének, családok, csoportok, közösségek, fogyatékkal élők és haldoklók támogatása ápolói gondozással.
Betegvezetés	Az ápolói gondozás értékeinek, beavatkozási módjainak személyközpontú közvetítési eszköze.
Ápolási folyamat	Az ápolói gondozással összefüggő szisztematikus és tényszerű információgyűjtési mód és az információk hasznosításának folyamata.
Beteg/kliens vezetés folyamata	Az ápolói gondozás értékeinek, beavatkozási módjainak személyközpontú közvetítése a paramedikális tanácsadás módszerével.

A betegvezetés célja az ápolói gondozás értékeinek, beavatkozási módjainak közvetítése az információk, gondolatok átadásával, a szereppartner egészségi állapotának megőrzése, fejlesztése és visszaszerzése érdekében.

A betegvezetés feladata az ápolási szituációval összefüggő és az ápolási (szomatikus és szubjektív) diagnózisokban meghatározott problémák megoldásának támogatása a kívánt változások eléréséhez.

A betegvezetés módszere a paramedikális tanácsadás, amely speciális interakciók formájában megfelelő keretet biztosít a problémamegoldáshoz a tanácsadás technikái és stratégiái alkalmazásával.

Az ápolásban alkalmazott paramedikális tanácsadás jellegében preventív és szupportív tevékenység és többnyire egyéni támogatási forma. Az információk nyújtása és azok feldolgozása, valamint a döntés kialakításának támogatásán kívül a paramedikális tanácsadás célul tűzi a betegekben/kliensekben meglévő erőforrások mozgósításának és összpontosításának elősegítését is. Az ápolásban a tanácsadás e formája az aktuálisan elakadt személyek segítségével alkalmazható, amely minden mozzanatában tudatos szinten zajlik. A támogatás jelenorientált és az adott ápolási helyzet problémájának kezelésére irányul.

A betegvezetésben az ápoló, a holisztikus szemléletnek megfelelően, figyelembe veszi az egyén szűkebb és tágabb környezetéből eredő multikulturális hatásokat (Helembai, 2019).

Az ápoló a betegvezetés során az alkalmazott tanácsadási technikákat a beteg döntéseinek, valamint az erőforrásai mozgósításának és összpontosításának elősegítésére irányítja. Az ápolói paramedikális tanácsadásra a tanácsadás általános etikai szabályai érvényesek (Schulz, Sheppard, G., Lehr & Shepard, B., 2006).

A triangulált betegvezetés modellje

Képzeliünk el a nyílt óceánról segítséget kérő hajót. A segélyközpont első és legfontosabb feladata informá-

II. táblázat: A triangulált betegvezetés modelljének logikai struktúrája

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 diagnosztikák felállítása		„Cél és a hozzá vezető optimális útvonal” MIT? Programcsomagok tervezése a kívánt cél elérése érdekében	
Szomatikus válaszreakciók		„A haladás útjának támogatása, korrigálása” HOGYAN? Paramedikális tanácsadás szintjeinek és módszereinek alkalmazása az ápolási folyamat fázisaiban	
		Végrehajtás	Értékelés

ciók gyűjtése a problémáról, és az objektum aktuális helyzetének meghatározása. A hajó pontos pozíciójának ismeretében ki kell jelölniük a hajó által elérni kívánt vagy egy lehetséges célállomáshoz vezető optimális útvonalat. Ezt követően a hajó irányításához számításhoz kell venniük a tervezett útvonal jellegzetességeit is, hogy az esetlegesen felmerülő veszélyek során a hajó útvonala megfelelően korrigálható legyen a biztonságos haladás érdekében.

A trianguláció jelentése háromszögelés, amelyet alkalmaznak földmérési eljárásként, valamely terület háromszögekre bontása és pontos felmérése céljából. A trianguláció módszere jól ismert a tudományos kutatás területéről is, mint adattrianguláció (az adatok több forrásból való begyűjtése); módszertrianguláció (többféle módszer alkalmazása ugyanazon kérdés megválaszolására); személyi trianguláció (több kutató, illetve a vizsgálatban részt vevő személy tapasztalatainak egybevetése a közös értelmezés kialakítása érdekében); elmélettrianguláció (az eltérő „rivális” elméleti felfogások/magyarázatok vizsgálata és kritikai elemzése). A betegvezetésben alkalmazott trianguláció kifejezés a tengeri navigáció szótárából ered (lat.: navigare – hajózni ige származéka), és arra utal, hogy egy objektum pontos pozíciójának meghatározása három különböző irányból történő bemérés alapján lehetséges: a pillanatnyi tartózkodási hely és a rendelkezési helyet megközelítő optimális útvonal meghatározása, valamint a jármű tervezett útvonalon való vezetése, irányítása (URL2). A triangulált betegvezetés modelljének logikai felépítését a **II. táblázat** mutatja be.

Ha az ápolást a tengeri navigáció metaforáján keresztül képzeljük el, akkor a háromszögelés módszerével az aktuális pozíció (szélességi és hosszúsági fok), valamint a cél koordinátáinak segítségével megtervezhetjük a kívánt útvonalat, és szükség esetén menet közben korrigálhatjuk a haladást az éppen adott viszonyoknak megfelelően.

A triangulált betegvezetés felmérési fázisa az ápolásban (KINEK?)

A beteg szervezete a „fiziológia nyelvén” mondja el a veszteségeit, mint például a fájdalom érzése. Ezek a mutatók lényegesek, azonban „arc nélküliek”, mivel semmit nem árulnak el arról, hogy ezek a panaszok valójában kibez is tartoznak.

1. A szomatikus állapot felmérése során a páciensek saját nézőpontjukból fogalmazzák meg az elszenvedett veszteségeiket, saját szükségleteiket, amelyek általában a megélt panaszok megszüntetésére korlátozódnak. A betegek által jelzett problémákon kívül ezért figyelembe kell venni azokat a tényezőket is, amelyek azonosítására a betegek nem képesek, mivel nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel és/vagy a probléma túlságosan énközel azok tudatos észleléséhez.

Az ápolók szemszögéből felmért szükségletek száma ezért – a szakmai ismereteknek köszönhetően – sokkal szélesebb, így jóval meghaladhatja a beteg által kifejezett szükségleteket. A beteg fizikai állapota és mutatói, mint például a vérnyomás, BMI stb. mérhető és regisztrálható. E paraméterek alapján megfogalmazható a szomatikus ápolási diagnózis, kijelölhető a szükséges beavatkozási módok, továbbá ellenőrizhető a végrehajtásuk, és így a hibák következményei is tényként detektálhatók.

2. Az emberek betegségekre adott fiziológiai eltérései többnyire valamilyen mértékkel megadhatók. A szubjektív válaszreakciók azonban nem küldhetők laboratóriumi elemzésre és „látélet” sem készíthető az emberi méltóságot, önazonosságot sértő nem megfelelő bánásmód következményeiről. A beteg a problémákra, az egészségi állapotával összefüggő ellátási javaslatokra adott viszonyulási módja kizárólag a szubjektív válaszreakciók felmérésével közelíthető meg.

Az egyén szubjektív válaszáadásának módja árulhatja el azt, hogy ki a panaszok „tulajdonosa”, vagyis a beteg miként gondolkodik, érez és cselekszik az

adott egészségi problémájával kapcsolatban. Következésképpen a szomatikus reakciókhoz hasonlóan a szubjektív válaszok felmérése is nélkülözhetetlen.

A fizikális állapot felméréséhez hasonlóan először javasolt a beteg által megélt veszteségek számbavétele. A veszteségek típusai objektív szempontból is rendszerbe foglalhatók, amelynek szintjei a következők: a) külső tárgyak és erőforrások, b) megszozott környezet, c) fontos személyek, d) az én fontos eleme, e) a saját vagy jelentős személy életének elvesztése (Potter & Perry, 1996). A betegek veszteségeikre adott szubjektív válaszainak pontos felmérése és azonosítása a trianguláció módszerével érhető el. Az egészségi problémára adott szubjektív válaszok megfelelő értelmezése a professzió öndefiníciójának alappilléreként is tekinthető (Scott, 1994).

A triangulált betegvezetés diagnózisalkotási fázisa az ápolásban (MIÉRT?)

„Az egyéni válaszreakciók minden pillanatban arra figyelmeztetnek, hogy a törött kisujj végén mindig ott fityeg az ember.”

1. *Szomatikus reakciók diagnózisa.* Az emberi szervezet fiziológiai működésének ismerete részben a professzió művelésének, másrészt az együttműködő funkció eredője az ápolás-orvoslás relációjában. A szomatikus ápolási diagnózisok alapul szolgálnak a beteg számára felkínált programok kialakításához, amelyek segítségével az egyén gyarapíthatja az ismereteit a betegsége természetéről és a nemkívánatos következmények megelőzésének lehetőségeiről. A beteg a paramedikális tanácsadás támogatásával kapcsolódhat be a programok megvalósításába. Az ellátás folyamatában biztosított aktív részvétel eredményeként a beteg az öngondoskodás fejlesztéséhez szükséges tudást és készségeket sajátíthat el.

2. *Szubjektív reakciók diagnózisa.* A szubjektív ápolási diagnózis azt tárja fel, hogy miként reagál a beteg az egészségi állapotával összefüggő problémákra, ellátási javaslatokra, akihez a felmért fiziológiai tünetek tartoznak: miként képes, egyáltalán képes-e a beteg szembesülni a problémájával (kognitív viszonyulás). Milyen segítő vagy gátló energiafedezettel rendelkezik a személy (érzelmi státusz). Milyen módon próbál megbirkózni vagy tervezi megoldani a nehéz helyzetét (megküzdési stratégiák).

A betegek szubjektíven megélt állapotokról verbális és/vagy nonverbális panaszokat, vélekedéseket fogalmaznak meg, amelyeket kódolt üzenetek formájában közölnek az ápolókkal (Helembai, 2019).

A kognitív viszonyulás dimenziójába tartozó válaszolási formák fő csoportjába sorolható adekvát attitűd esetén a betegek elfogadják az egészségügyi problémáikkal kapcsolatos szabályokat és kötele-

zettséget, hogy erejüket a gyógyulásuk elősegítésére fordítsák.

Az averzív (elkerülő) viszonyulás azt tükrözi, hogy a beteg még nem áll készen arra, hogy szembenézzen a betegségével, amely különböző viszonyulási módok megjelenésében nyilvánulhat meg.

a) A beteg közömbösen fogadja egészségi állapotának meggyengülését, úgy viselkedik, mintha nem érdekelné saját sorsának, egészségének alakulása.

b) A beteg elismeri a probléma létezését, amelynek belső feszültséget indukáló hatását a következmények bagatellizálásával igyekszik csökkenteni.

c) Bizonyos esetekben az egyén az önazonosságát veszélyeztető állapotot a betegség tagadásával képes csak elviselni.

Az ápolói gondozásban az adiens (közelítő: betegségtől fokozottan féltő és betegséggkereső) válaszreakciók jeleinek felismerése a beteg mielőbbi pszichiátriai, klinikai szakpszichológusi ellátásának megkezdése szempontjából lényeges.

Az érzelmi státusz milyensége ugyancsak meghatározó. Az érzelmek áthatják egész életünket, amelyek jelentőségük függvényében tudatosulnak és meghatározó motivációs forrásokká válhatnak.

Az energiamobilizáló érzelmi státusz esetén az ember képes a belső erőforrásainak mozgósítására, és így szembenézni a felmerült kihívásokkal. A nehéz helyzetek gondjait kedvezőtlenül befolyásoló, gátló érzelmi állapotok, mint a szorongás, a tehetetlenség/reménytelenség érzése, valamint az alacsony önértékelés szintén megjelenhetnek az interakciók során, amelyek a meghatározó ismertetőjegyek segítségével azonosíthatók.

Az egészség megromlása az ember belső egyensúlyát megzavarva befolyásolja a problémához való viszonyulás cselekvéses oldalát is. A megküzdési stratégiák ezért ugyancsak figyelmet igényelnek a betegvezetési diagnózis felállításában, valamint a betegvezetés teljes folyamatában.

A beteg részéről a problémaközpontú megküzdési stratégia alkalmazása akkor lehetséges, ha az egyén rendelkezik a betegsége, kezelésére vonatkozó ismeretekkel és készségekkel. Az új tudásfedezet lehetővé teszi a beteg számára a segítő tényezők felismerését és a változások kezdeményezését belső és külső világában, ezáltal az autonómia lehetséges mértékű gyakorlását.

Az érzelmeközpontú stratégiák a problémamegoldás helyett az érzelmek kezelését szolgálják. Ezek közé tartozik a *kérdő stratégia*, amely a beteg múltbeli, jelen vagy jövőjével kapcsolatos eseményekre vonatkozó aggodalmait közvetíti. Az *elterelő stratégia* lényege a belső feszültség redukciója az érzelmi-leg kevésbé megterhelő elfoglaltság megkeresésével. A *negatív elkerülő megküzdési stratégia* a személy

elkeseredett menekülését jelző viselkedési forma (Helembai, 2019).

A betegvezetési diagnózisok felállítása a háromrészes szomatikus diagnózis struktúrájának logikáját követi:

– Kognitív viszonyulás valamely helyzethez/vesztéshez (probléma), amely az aktuális érzelmi státusz (ok) miatt a megküzdési stratégiák (tünet) valamely formájában nyilvánul meg.

– A szubjektív diagnózisok megfogalmazása az ápolóktól újszerű látásmódot és a képzés során elsajátított ismeretek magas fokú integrációját igényli.

– A problémamegoldásra összpontosítani akkor lehetséges, ha az egyén rendelkezik a befolyásolhatóság és bejósolhatóság érzésével és lehetőségével. Az érzelempontú megküzdés, a kedvezőtlen érzelmi státuszok és a helyzetről alkotott egyéni felfogásmód meghaladásához a betegvezetés során felkínált programcsomagok nyújthatnak hatékony segítséget.

A triangulált betegvezetés tervezésének fázisa (MIT?)

Emelje fel a kezét szemmagasságba és nézze meg jól a tenyerét: a vonalak tisztán láthatók. A tenyerét most lassan közelítse és finoman helyezze az orra hegyére. A kép egyre homályosabbá válik, mert túl közel van ahhoz, hogy világos képet alkothasson róla.

A tervezési fázis egyik minőségi mutatója a beteg és az ápoló közös munkájának eredményeként összegyűjtött „problémalista”, amelynek alapján olyan „programcsomagok” tervezhetők, amelyek tartalmazzák a beteg igényeit és az ápoló által összehangoltan felmért szükségleteket egyaránt. A közös tervezés segíti a betegeket abban, hogy megértsék a helyzetüket, valamint az ápolási diagnózisok nyomán javasolt beavatkozások céljait és azok jelentőségét. Az ápolók által felmért szükségleteket a betegeknek saját igényeként kell elfogadniuk, ezért a programcsomagok megtervezéséhez a szükségletek és a felmért igények egyeztetése az együttműködés mérföldkövének tekinthető. Az ellátás okainak, folyamatának ismeretében a betegek a megszerzett tudásuk és készségeik felhasználásával, a gyógyítóteam tagjaként tudatos irányítóivá válhatnak saját egészségi állapotuk alakításának. A segítséget kérők aktív részvétele egyrészt segíti a terapeutákat a betegek fejlődésének szisztematikus nyomon követésében. Másrészt a betegek számára a gondozási folyamatban biztosított aktív részvétel a saját ellátásuk kiszámíthatóságának és befolyásolhatóságának érzését adja, amely a szorongás mérséklésének hatékony eszköze. Az egyes napokra kidolgozott speciális programok segítségével a betegek tudatosan részt vehetnek saját gyógyulási folyamatukban, nem érezve, hogy kiszolgáltatott helyze-

tükben csupán az ápolói/orvosi előírásoknak engedelmeskednek vagy követik kényszerűségéből. Ennek hiányában a szituációs nyomás hatására a beteg átmenetileg „engedelmes” magatartást tanúsíthat. A mások helyett meghozott döntések, utasítások követe az alárendeltség és a kiszolgáltatottság érzését indukálja, amely a beteg „nem együttműködő” regresszív viselkedésében nyilvánulhat meg (Helembai, 2019).

A betegek szubjektív válaszainak jellemzői jelentősen eltérhetnek az egyes programpontok esetében, akár napról napra vagy óráról órára is. Ezért a betegvezetés során a különböző problémákhoz és diagnózisokhoz rendelt feladatok megvalósításakor az ápolóknak folyamatosan tisztázniuk kell és figyelemmel kell kísérniük a betegek/hozzá tartozók aktuális helyzetéhez való viszonyulását, a döntéseiket befolyásoló érzelmi állapotukat és megküzdési stratégiáikat.

A triangulált betegvezetés megvalósításának és értékelésének fázisa (HOGYAN?)

Mondani – nem azt jelenti, hogy hallani! Hallani – nem azt jelenti, hogy odafigyelni!

Odafigyelni – nem azt jelenti, hogy megérteni! Megérteni – nem azt jelenti, hogy egyetérteni!

És egyetérteni – egyáltalán nem jelenti azt, hogy be tartani! (H. Lasswell)

1. *A triangulált betegvezetés megvalósításának fázisa.* Az ápolási folyamat megvalósítása során a betegek magatartásának támogatására alkalmazott paramedikális tanácsadási stratégiák segíthetik a betegeket a gyógyulás iránti elkötelezettségük és a gyógyítókba vetett bizalom megerősítésében. Ennek hiányában a meggyőzés többnyire „nyaggatás”, a bátorítás pedig „noszogatás” válik. Ebben a formában a hatalmas energiabefektetés ellenére az eredmény általában rendkívül szerény. A betegek passzívan követik az utasításokat, frusztráltak, amely a gyógyítókban a befektetett energiák hiábavalóságának és így a szakmai elégtelenségnek az érzését okozza. Ezért a megfelelő tanácsadási stratégiákat kell alkalmazni, hogy a betegek és hozzátartozóik tisztában legyenek jelenlegi helyzetükkel. Segítség nélkül a problémák gyakran túlságosan közelről érintik a bajban lévőket ahhoz, hogy reálisan fel tudják mérni az őket segítő és gátló tényezőket és a rendelkezésre álló lehetőségeiket. A klasszikus értelmezés szerint a segítő kapcsolat a segítő szakmák eszköze, amelyben az egyén a hivatásos tanácsadó segítségével halad a probléma megoldása felé. Az ápolói gondozás olyan interakciók sorozata, amelyek az ápolási helyzethez kapcsolódó konkrét problémák megoldását segítik elő. A problémák megoldásához információáramlásra van szükség, amely elsősorban a paramedikális tanácsadáson keresztül a különböző

facilitáló és szupportív stratégiák alkalmazásával valósul meg (Hackney, Cormier, 1988).

A biztonságos betegellátás egyik alapvető garanciája a betegek bevonása és aktív részvételének elvárása a gyógyulási folyamatban. A paramedikális tanácsadás abban segít, hogy a közvetíteni kívánt tartalmakat az érintettek saját szemléletükbe és élményrendszerükbe integrálják. Ennek eredményeképpen a gondozásban részesülőknél lehetőségük nyílik arra, hogy tudatosan reflektáljanak saját helyzetükre és jövőbeli lehetőségeikre, és képessé váljanak azok tudatos alakítására. Éppen ezért az ápolók tanácsadásban betöltött szerepének és jelentőségének felismerése elengedhetetlen ahhoz, hogy az ápolók ne a „betegeikért” vagy „klienseikért” dolgozzanak, hanem velük együtt a közösen kitűzött célok eléréséért (Kozier et al., 2012).

2. A triangulált betegvezetés értékelési fázisa.

Képzelnék el egy főzőtanfolyamot, ahol valakinek segítünk a főzési ismereteinek fejlesztésében az általa hozott nyersanyagok felhasználásával. A nyersanyagok függvényében számba kell vennünk a lehetséges menüket és kiválasztani azt, amelyiket el akarjuk készíteni. Meg kell határozni az ehhez szükséges hozzávalókat, eszközöket és fűszereket is. A közösen kiválasztott menü elkészítési módjának és lépéseinek tételes megbeszélését követően együtt és olyan módon dolgozunk, hogy a készülő enniival közel álljon az egyén ízléséhez, mert végül is az ételt annak kell elkészítenie és megennie, aki a segítségünket kérte.

A felkínált programok teljesítésének folyamatában nyomon követhető a beteg/szignifikáns személyek ismereteinek, készségeinek fejlődése, valamint a problémák megoldásához alkalmazott megküzdési stratégiáik változása. A tanácsadói munka elméleti ismereteinek és készségeinek hatékony gyakorlati alkalmazása jelentősen hozzájárul a segítő kapcsolat fontosságának tudatosításához, amely a beteg és valamennyi szereplő szempontjából meghatározó tényező. Az emberek, ha úgy érzik, hogy a segítők bíznak a képességeikben, jobban ki tudják használni erőforrásaikat. A programok segítségével elért fejlődés tapasztalatainak kölcsönös összegzése meghatározó mozzanat a páciens saját erőforrásainak tudatosításában és az ápolói gondozás jelentőségének felismerésében egyaránt. A terapeuták hiteles értékelő visszajelzése a közösen elvégzett munkáról nagyban segíti az egyéneket emberi méltóságuk és identitásuk megőrzésében, valamint az autonómia visszaszerzésében és/vagy megtartásában.

A betegek fejlődése a terapeutamunka más paraméterekkel nem azonosítható eredményeit is visszatükrözi. A gondozásban részesülő személy szomatikus és szubjektív reagálási módjainak ápolási diagnózisokkal igazolt fejlődése mintegy „kézzelfoghatóvá teszi” a betegvezetés energiamobilizáló erejét az ápoló számá-

ra, amely változásokat a beteg önjeléből nem érhetett volna el. A betegek/szignifikáns személyek gondozásáról megfogalmazott tapasztalatai a szakmai értékesség érzés megélésének legfőbb forrásaként, valamint a hivatás presztízsének hiteles fokmérőjeként is tekinthetők. A betegvezetés során megszerzett tapasztalatok hozzájárulnak továbbá az ápolók egyéni betegvezetési stílusának kidolgozásához és a paramedikális tanácsadás egyre magasabb szintű műveléséhez. Ahogy nincs két egyforma ember, úgy nincs két egyforma eset sem. Az ápolóterapeuták munkája ezért nem algoritmizálható, és ez a jellegzetesség együttesen alakítja a szakma szépségét és nehézségét, valamint nagyfokú szabadságát és felelősségét.

Következtetés

A triangulált betegvezetés egyrészt egy lehetséges keretet kínál a személyközpontú ápolás minőségének fejlesztéséhez, másrészt meg hozzájárulást nyújthat az ICN 2020–2030 közötti időszakra kijelölt tervek megvalósításához a „humán faktor” jelentőségének és erejének középpontba állításával (URL1).

Az ellátásban részesülőknél olyan magatartást igényelnek a professzió gyakorlóitól, amelynek segítségével tudást és erőt meríthetnek a belső erőforrásaik mobilizálásához a nehézségek leküzdése érdekében. A betegek számára ugyanis a legfontosabb az, hogy miként őrizhetik meg emberi értékesség érzetüket önmaguk és mások szemében, amelyet nagyban befolyásol az, hogy a gyógyítók miként tekintenek rájuk (Rajki, 1999). Éppen ezért az ápoló a beteg emberi méltóságát, értékesség érzetét támogató légkörben végzett tevékenysége a betegek elégedettségének egyik legfőbb forrása. Ebben a tekintetben az ápolói gondozás folyamata olyan együttműködésre építő konduktív kapcsolat, amelynek légkörében a segítséget kérő értékesnek, fontosnak érezheti önmagát, valamint hasznos tudást és készségeket sajátíthat el az autonómiaja lehetséges mértékű fokozása érdekében.

Az ápoló magas szintű betegvezetési munkáját visszatükröző betegelégedettség meghatározó tényezőként tekinthető az ápolás presztízsének emelkedésében, valamint az ápolók munkahelyi elégedettségének és ezáltal az egészségügyi rendszer hatékony működésének fokozásában egyaránt.

Világosan látható a szakmaközi együttműködés jelentősége is. Szűkebb értelemben az orvos-ápoló együttműködésének gyengesége vagy hiánya a betegek vonatkozásában a gyógyítóba vetett bizalom meggyengüléséhez és a másodlagos pszichés iatrogénia kialakulásához vezet. Napjaink felfogása szerint értelmezett és elvárt szakmaközi együttműködés nem megfelelő minősége a biztonságos orvosi ellátás egyik veszélyeztető forrásaként tekinthető. Az

ápoló-orvos kapcsolat aspektusából szemlélve a tradicionális függő funkció alapuló szakmai kooperáció a harmadlagos pszichés iatrogénia megjelenésének, valamint a szakmai értékesség érzés folyamatos sérülésének okozója, és ezáltal az ápolók munkahelyi elégedettségének egyik permanens gátló tényezője is (Helembai, 2019).

Az egészségügyi rendszer hatékony működése, benne a biztonságos orvosi ellátás pusztán az objektív feltételek javításával nem oldható meg, ahhoz a „rendszer egészét működtető humán faktor” fejlesztése szintén nélkülözhetetlen.

Ajánlás

Napjainkban az ápolás öndefinícióját megalapozó tény, hogy az „*emberi tényező*” jelentősége egyfajta útmutatóként is tekinthető az ápolóképzés és az ápolói gondozás minőségi változásához. Támogató feltételként szolgál az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelménye, amely a betegvezetés ismeretét az ápoló és betegellátó szakemberektől elvárt közös tudásként fogalmazza meg: „*Részletesen ismeri a terapeutamunka alapelveit, jellemzőit, intervenciók szintjeit, az ápolási és betegvezetési folyamat összefüggéseit, a betegvezetés elméleti alapjait, formáit, a paramedikális tanácsadás szintjeit, készségeit és stratégiáit, személyiségének és szakmai felkészültségének folyamatos, tervszerűen tudatos fejlesztésének lehetőségeit*”(URL3 p. 506.).

Az ápolók technikai készségeinek folyamatos szinten tartásához hasonló módon szükséges a betegvezetési/tanácsadási ismeretek fejlesztése is az ápolásterapeuta bevonását megalapozó betegvezetési/tanácsadói szakmai kompetencia eléréséhez.

Az ápolástudomány területén elért tudományos eredmények és azok visszacsatolásával megerősített ápolási gyakorlat a medicina és az ápolás közötti partnerség, valamint a társadalomtól elvárt minőségi szolgáltatás alapja. A betegvezetés témakörében végzett elméleti, képzési és a betegágy melletti kutatások mielőbbi megkezdése szükséges az ápolás minőségi fejlődéséhez. A szakmaközi együttműködés feltételeként tekinthető az ápoló- és orvosképzési tantervek harmonizálása a „közös nyelv” és attitűd megteremtése érdekében.

A betegvezetési ismeretek tárgykörben hangsúlyozottan ajánlható a továbbképzések biztosítása a képzőintézményekben oktatók és a területi mentorok, valamint a praktizáló ápolók számára a napi gyakorlatban érvényesülő „rejtett curriculumok”, vagyis az idejét múlt, de még mindig élénken élő sztereotípiák hatásának mérséklése érdekében (Ludwig et al., 2018).

Az egészségügyi ellátás hatékonyságának foko-

zása a társadalom szemléletformálását is megkívánja, amely egyedülként a szolgáltatást nyújtóktól nem várható el. Az oktatási rendszer valamilyeni szintjének a hozzájárulása ugyancsak nélkülözhetetlen ahhoz, hogy az egészségükért tenni akaró vagy egészségügyi problémával szembesülő emberek az elérhető támogatások tudatos felhasználóivá válhassanak.

Köszönetnyilvánítás

Az első ápolási tanszéket a Szegedi Tudományegyetembe integrálódott Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Tanácsa alapította 1993-ban azzal a fő céllal, hogy az szolgálja a diplomás ápolók (napjainkban BSc és MSc szintű) képzését, és járuljon hozzá az ápolás gyakorlatának fejlődéséhez, valamint az ápolástudomány műveléséhez.

Az ápolás fejlődését befolyásoló faktorok sorában alapvetően meghatározó jelentőségű az a szakmaspecifikus emberi tényező, amely a lehetséges út felismerésével és a hivatás iránti mély elkötelezettséggel konzekvensen képviseli a professzió haladásának irányát. Köszönet *Sövényi Ferencné* országos főnövér definitív részvételéért a szakmai politika alakításában, az ápolóképzés vertikális struktúrájának építésében betöltött ápolás- és képzéstörténeti jelentőségű munkásságáért, *dr. Szél Éva* főiskolai főigazgató intézményfejlesztést kezdeményező és támogató szerepvállalásáért és *dr. Doris M. Modly*, a WHO konzultánsának szakértői hozzájárulásáért az ápolóképzés tartalmi megújításához, curriculumának kidolgozásához.

Az MTA rendszerében az ápolástudományt képviselő első ápolástudományi munkabizottság létrehozása 1994-ben Szeged nevéhez fűződik, míg az Ápolástudományi Társaság életre hívását 1995-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara karolta fel.

A hivatás felemelkedését, valamint a magasan képzett ápolók identitását erősítő és kutatási tapasztalataik megosztását közvetítő *Főiskolát és egyetemet végzett ápolók találkozója* rendezvénysorozatot 1998-ban a Debreceni Egyetem indította útjára a Nyíregyházi Egészségügyi Kar gondozásában.

Az egyetemi oklevelesápoló-képzés a Pécsi Tudományegyetemen indult elsőként 2000-ben, és ugyancsak ez évtől kezdhették meg tanulmányukat az MSc képesítéssel rendelkező ápolóhallgatók a PTE és SE doktori iskoláiban.

A fiatal tehetségek megjelenésével 2009-ben a releváns tudományterület munkáinak bemutatására – a korábbi megnevezés bővülésével – már az Orvos- és Egészségtudományi Szekcióban kerülhetett sor az OTDK keretében.

Az ápolástudomány anno és jelen művelői, oktatói, valamint a felsőfokú képzésben részesülő és/vagy már végzett BSc-, MSc-, PhD-hallgatók valamennyien az ápolás jövőjét hatékonyan inspiráló szakmai nagyságrendek szellemi gazdagságának kedvezményezettjei.

A szerző

Dr. Helembai Kornélia professzor emerita több, mint 50 évvel ezelőtt egészségügyi védőnőként kezdte pályafutását. A pedagógia és a pszichológia területén folyamatosan fejlesztette tudását, szerzett egyetemi végzettségeket. Tudományos előmenetele során egyetemi doktori címet, majd kandidátusi, 1994-ben PHD fokozatot ért el. Mindezek megalapozták a Szegedi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai képzésének indításakor oktatói előmenetelét. Magyarországon az első Ápolási Tanszék alapítója 1993-ban, melyet 22 éven keresztül, nyugdíjba vonulásáig vezetett. Ezt követően is aktív, meghatározó tagja a hazai ápolástudományi életnek. 14 éven keresztül volt

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

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

tagja az Ápolási Szakmai Kollégiumnak és más hazai tudományos, akkreditációs bizottságnak. Nemzetközi kapcsolata kiterjedt, úttörő szerepet vállalt a hazai otthonápolás elindításában, képzési programok fejlesztésében. Nevéhez kötődik a családgondozó ápoló szakirányú továbbképzés elindítása is. Munkássága során korábban megszerzett végzettségeit és szakmai tapasztalatait példa értékűen integrálja, számos hazai és nemzetközi publikáció szerzője. Az elmúlt 25 évben kiemelt szerepet vállalt az ápolóképzés fejlesztésében, az oktatói utánpótlás nevelésében. Szakmai irányítása alatt több kolléga szerzett tudományos fokozatot az ápolás- és egészségtudomány területén.

Irodalomjegyzék

- Dumont, M. (1968). *The Absurd Healer*. New York, NY: Viking Press.
- Hackney, H. L., Cormier, L. S. (1988). *Counseling Strategies and Interventions*. New Jersey, NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Hall, L. E. (1955). Quality of Nursing Care. *Public Health News*. New Jersey: State Department of Health.
- Helembai, K. (2019). Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge Journal of Nursing*, 4(1): 139–144. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000125>
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. New York: The Macmillan Company.
- Kanne, J. (2013). Health Literacy: Many patients don't understand what their doctors mean. *Georgia Health News*. <http://www.georgiahealthnews.com/2013/03/poor-health-literacy-georgians-understand-doctors/#sthash.JiqUz2Pn.dpuf>
- Keith-Lucas, A. (1972). *The Giving and Taking Help*. (pp. 47–65). Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., Harvey, S., Morgan-Samuel, H. (2012). *Fundamentals of Nursing. Concept, Process and Practice*. (pp. 210–257). Harlow, UK: Pearson Education Ltd.
- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Statka, H. (2018). The search for attitude – a hidden curriculum assessment from a central European perspective. *Wiener klinische Wochenschrift*, 130(3–4), 134–140. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1312-5>
- Maluccio, A. N. (1979). *Learning from Clients: Interpersonal helping as viewed by client and social workers*. New York, NY: Free Press.
- Mellor, R. M., Bailey, S., Sheppard, J., Carr, P., Quinn, T., Boyal, A., Sandler, D., Sims, D. G., Mant, J., Greenfield, S., & McManus, R. J. (2015). Decisions and delays within stroke patients' route to the hospital: a qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(3), 279–287.e3. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.018>
- Merton, R. K. (1980). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Orlando, I. J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship. Function Process and Principles*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Peplau, H. E. (1974). Basic Principles of Patient Counseling. *Nursing, Feb.(74)* 4:2
- Potter, P. A., Perry, A. G. (1996): *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Rajki, V. (1999): Az ápoló szerepe a laryngectomizált betegek pszichés vezetésében. In.: *XXIV. Országos Tudományos Diákköri Konferencia, Előadáskivonatok*, p. 80. https://otdk.hu/RezumeKotetek/Orvosi/Orvostudomanyi_1999.pdf
- Reid, W. J. (1978). *The Task-Centred System*. New York, NY: Columbia University Press.
- Rose, A. M. (1962). *Human Behavior and Social Process*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Schulz, W. E., Sheppard, G. W., Lehr, R., Shepard, B. (2006): *Counselling Ethics: Issues and Cases*. Ottawa: Canadian Counselling Association.
- Scott, P. (1994). A sárkányok birodalma. In: Slevin, O., Buckenham, M. (szerk.). *Project 2000: Ápolóképzés a jövőnek. Újításkor az ápolástan tantervében*. Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 190.
- Szatmári, A., Helembai, K., Zádori, J., Dudás, I. E., Fejes, Z., Drótos, G., & Rafael, B. (2021). Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 457–474. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1724918>
- URL1. *ICN's strategic priorities*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities>
- URL2. Navigáció https://hu.wikipedia.org/wiki/Navig%C3%A1ci%C3%B3#A_navig%C3%A1ci%C3%B3_alapfeladatai
- URL3. *A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések, valamint hitéleti képzések a 2022/23-as tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneti követelményei*. Innovációs és Technológiai Minisztérium, p. 506. <https://cdn.kormany.hu/uploads/document/5/55/557/5571bfebf0ecbc7e4ba775b0e875832b6977b583.pdf>