

„Mert az ember emberből van.” – A szubjektív ápolási diagnózisok helye és szerepe a triangulált betegvezetés modelljében

Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja bemutatni a szubjektív ápolási diagnózisok lehetséges megközelítési módját a betegvezetésen alapuló ápolási modell szerint és annak felhasználását az ápolás gyakorlatában, továbbá feltárni azok hasznosságát az ápolás oktatásában és a tudományos kutatásban.

Módszer: Az ápolási diagnózisok jellemzőit a diagnózisok ma elfogadott rendszerének és a pszichológia releváns elméleteinek egybevetésével elemeztük.

Eredmények: Az ápolási diagnózisok tartalmi elemeit, valamint az emberi rendszerhierarchia működésének törvényszerűségeit középpontba állító elméleti áttekintés eredményei azt bizonyítják, hogy új megközelítésre van szükség az emberek szubjektív reagálási módjainak azonosításához és ezáltal a szomatikus és szubjektív ápolási diagnózisok egyenértékű fontosságának megértéséhez.

Következtetés: Az emberi méltóság és autonómia támogatásához, a betegek motivációjának felkelteséhez a verbális és nonverbális viselkedésükben kódolt üzenetek pontos értelmezése nélkülözhetetlen. A szubjektív ápolási diagnózisok struktúrája az üzenetek dekódolásához nyújt segítséget. Az ápolási diagnózisok rendszerének ez irányú gazdagítása, valamint a képzési programok innovációja és a szubjektív ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetése a professzionális ápolás gyakorlatába együttesen az ápolási kultúra további fejlődésének előfeltételeként tekinthető.

Kulcsszavak: betegvezetés, szomatikus és szubjektív ápolási diagnózisok, személyközpontú ápolás

„Because the Man is Made of Human.” – The Place and Role of Subjective Nursing Diagnoses in the Model of Triangulated Patient Conducting

Kornélia HELEMBAI CSc, PhD

SUMMARY

The aim of this study is to present a possible approach to the essence of subjective nursing diagnoses according to the triangulated patient conducting model in nursing and its use in nursing practice, as well as to explore their usefulness in nursing education and scientific research.

Method: The characteristics of nursing diagnoses were explored by a comparative analysis of the currently accepted system of diagnoses and relevant psychological theoretical approaches.

Results: The results of the theoretical review focusing on the content of nursing diagnoses and the functioning laws of the human system hierarchy, demonstrate the need for a new approach to identify people's subjective ways of responding and thus to understand the equivalent importance of somatic and subjective nursing diagnoses.

Conclusion: To promote human dignity and autonomy and to motivate patients, accurate interpretation of verbal and nonverbal messages encoded in response modes is necessary. The structure of subjective nursing diagnoses helps to decode these messages. The enrichment of nursing diagnoses, the innovation of training programs and the introduction of the use of subjective nursing diagnoses into the practice of professional care can therefore be seen as prerequisites for the further development of nursing culture.

Keywords: patient conducting, somatic and subjective nursing diagnoses, person centered nursing

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

Levelező szerző

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

Beérkezett: 2024. július 15.
Elfogadva: 2024. július 20

Bevezetés

Az ápolási diagnózis terminológia bevezetése Fry (1953) nevéhez köthető, aki elsőként alkalmazta azt és nevezte meg az ápolási terv kialakításának szükséges előfeltételeként. Az Amerikai Ápolók Egyesülete (ANA) 1973-ban tette közzé az ápolás gyakorlatának irányelveit és hívta össze az első ápolási diagnózisokat középpontba állító konferenciáját.

A testület 1980-ban kiadott állásfoglalásában az ápolás lényegét már „*a tényleges vagy potenciális egészségügyi problémákra adott emberi válaszok diagnosztizálásaként és kezeléseként*” jelölte meg. Az 1982-ben megalakult Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság (NANDA) 1990 márciusában megtartott kilencedik konferenciáján hagyta jóvá az ápolási diagnózisok hivatalos meghatározását. Az ápolási diagnózis ennek értelmében az egyén, család vagy közösség tényleges vagy potenciális egészségügyi problémákra/életfolyamatokra adott válaszait fogalmazza meg klinikai ítélet formájában (Carpenito, 2013).

Napjainkban a gondos fejlesztőmunka eredményeként az ápolási diagnózisok már rendszerezett formában nyújtanak segítséget az ápolók számára az ápolási beavatkozások alapjául szolgáló klinikai ítéletek minél pontosabb felállításához. Az időközben nemzetközivé bővült és NANDA-I néven ismert szervezet 2012-ben felülvizsgálta az ápolási diagnózisok korábban kialakított és Taxonómia I. megnevezéssel ismert struktúráját. A testület meghozott döntése eredményeként jelentős változásként tekinthető a korábban külön álló „*wellness*” diagnózis törlése és egyidejűleg a tartalmának belefoglalása az újonnan kialakított egészségfejlesztés főcsoportba. A kialakult Taxonómia II. rendszerként elfogadott ápolási diagnózisok besorolásában a szakmai közösség 2020-tól 13 fő terület 47 osztályába tartozó 244 ápolási diagnosztikai címkét hagyott jóvá klinikai felhasználásra és további kutatásra (URL1).

Az ápolási diagnosztika mellett a professzionális ápolói tevékenység minőségét és megbízhatóságát további két egységbe foglalt szakmai ismerettár is támogatja. Az Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere (Nursing Interventions Classification – NIC) a felállított ápolási diagnózisokon alapuló célzott ápolói beavatkozások kiválasztásához nyújt segítséget. Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (Nursing Outcomes Classification – NOC) az ápolási beavatkozások eredményeként kialakuló és megfigyelhető viselkedései vagy észlelési reakciókat tartalmazza, amely kívánatos változások a betegek tevékenységében és

Rövidítések jegyzéke

ANA = (American Nurses Association) Amerikai Ápolók Egyesülete
 BMI = (body mass index) testtömegindex
 ICN = (International Council of Nurses) Ápolók Nemzetközi Tanácsa
 KÉM = Kognitív viszonyulás-Érzelmi állapot-Megküzdési stratégiák
 KKK = A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményei
 NANDA = (North American Nursing Diagnosis Association) Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság
 NANDA-I = (North American Nursing Diagnosis Association International) Nemzetközi Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság
 NIC = (Nursing Interventions Classification) Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere
 NOC = (Nursing Outcomes Classification) Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere
 PES = probléma-etiológia-szimptóma
 POT = probléma-ok-tünet
 SORE = szomatikus reakció
 SURE = szubjektív reakció

fejlődésében tükröződik (Sparks & Taylor, 1993; Carpenito, 2013; Ackley, et al., 2020).

A fentiekben vázolt rendszerek elegendő információt nyújtanak az ápolók számára a különböző fiziológiai és/vagy viselkedései tünetek/reagálási módok azonosításához, a fejlesztési szükséges ismeretek és készségek kiválasztásához, valamint a beteg fejlődésében megfigyelhető célok kijelöléséhez.

A fizikai állapotfelmérés a beteg jelenlegi helyzetére és egészségi állapotára vonatkozó objektív információkat veszi figyelembe. Az ápolók a betegek felmért szükségletei alapján mérlegelnek és állítják fel a megfelelő szomatikus ápolási diagnózisokat.

Az **I. táblázat** az úgynevezett triangulált betegvezetés logikai struktúráját mutatja be. A trianguláció kifejezés a tengeri navigáció szótárából ered, amely arra utal, hogy egy objektum pontos pozíciójának meghatározása három különböző irányból történő bemérés alapján lehetséges. Egy hajó biztonságos haladásához ismerni kell annak pillanatnyi tartózkodási helyét. Az aktuális pozíció koordinátáinak (a földrajzi szélesség és hosszúság), valamint a célállomás ismeretében lehet megtervezni a kívánt útirányt, illetve korrigálni a haladást a tervhez képest fellépő eltéréseknek megfelelően. A betegvezetés dimenzió-

I. táblázat: Az ápolási diagnózisok helye és típusai a triangulált betegvezetés modelljében

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

jában a „pillanatnyi tartózkodási hely” megállapításához a szomatikus és a szubjektív diagnózisok ismerete szükséges.

A viselkedés terén a „tűnet” az egyén éppen tanúsított magatartásában, reagálási módjában jelenik meg. Az „együtműködő beteg” követi a kezelési előírásokat, nyitott az új ismeretek befogadására. A „nem együtműködő” beteg gondozása többletenergia-befektetést igényel. A gyakori konfliktushelyzetek kezelése, a beteg meggyőzésére irányuló erőfeszítések alacsony hatékonysága igen nagy valószínűséggel egyaránt kedvezőtlenül befolyásolja az ápolók kompetenciaérzését, a betegelégedettséget és az ellátás hatékonyságát is (Helembai, 2019).

A szubjektív információk a beteg és a számára fontos személyek kommunikációjából származnak (Ackley, et al., 2020). A mindennapi gyakorlatban a betegek kódolt üzeneteinek megértése nélkül igencsak esetleges annak az azonosítása, hogy kihez is tartozik például a fokozott nyitottság az egészséget támogató ismeretek iránt, vagy akár a megnyilvánulások alapján felelőtlennek tűnő egészség-magatartás a kezelési előírások be nem tartása miatt. Ki is az a személy, akinek az ismeretei, készségei fejlesztést igényelnek annak érdekében, hogy támogatni tudja a saját egészségének helyreállítását; sőt mi több, aki nélkül a betegoktatás és általában az ellátás hatékonysága is csak probalisztikus módon érhető el.

Az egyes ápolási helyzetekben az emberek viselkedésének megértéséhez elengedhetetlen az aktuális magatartás hátterének feltárása. Az emberi immanencia teljességének támogatásához a fiziológiai működés sajátosságain túl szükséges annak a megismerése is, hogy a beteg miként gondolkodik és érez a felmerült egészségi problémájáról, helyzetéről, amelyek hatására valamilyen módon cselekszik. Ezért a beteg szubjektív megnyilvánulásainak értelmezésére legalább akkora figyelmet kell fordítani, mint a fizikai állapotot kifejező szomatikus ápolási diagnózi-

sok megfogalmazására azon egyszerű ok miatt, mert az ember emberből van.

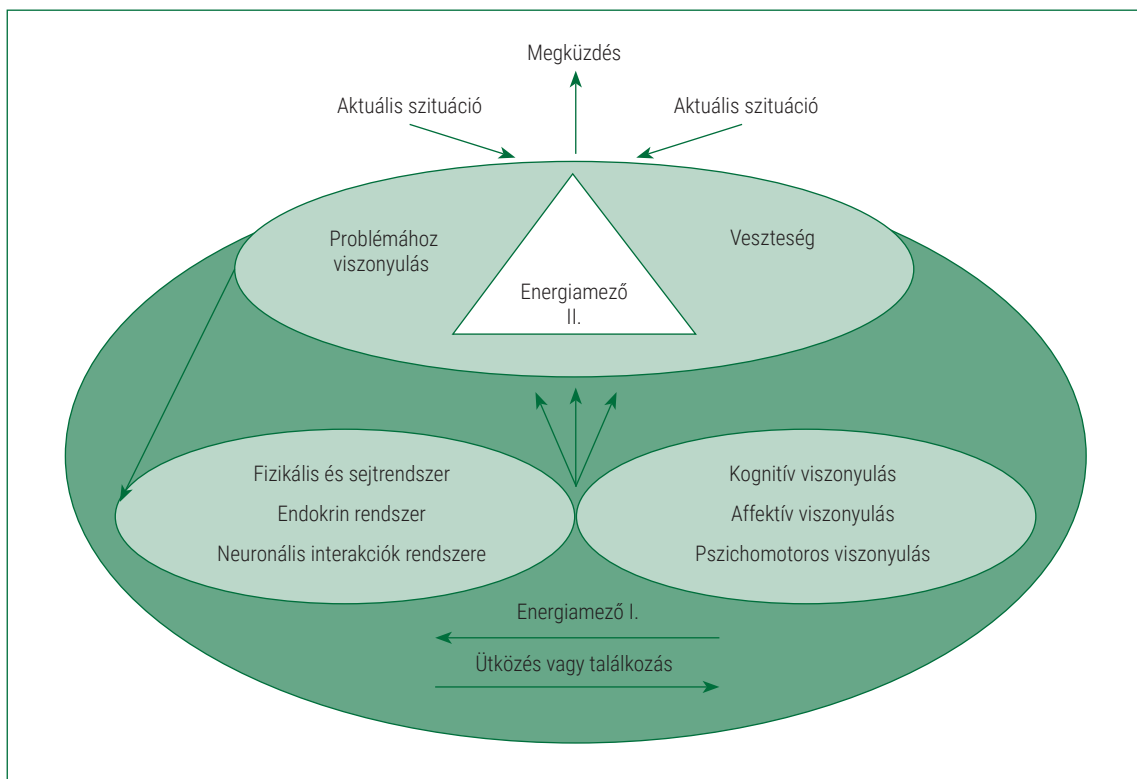
A tanulmány fő célja az ápolási diagnózisok egy lehetséges, betegvezetésre fókuszáló megközelítésének bemutatása és annak további átgondolásra ajánlása a felnőtt, mentálisan nem zavart betegekkel és a számukra jelentős, úgynevezett szignifikáns személyekkel foglalkozó ápolási gyakorlat, valamint az ápolásoktatás és a tudományos kutatás számára.

Az ápolási diagnózisok elméleti alapjai a betegvezetésben

A működő emberi rendszerhierarchia dinamikus, mivel az elemei közötti elrendezés működési irányváltozásokkal, oksági és tér-idő elrendezéssel rendelkezik. A rendszer egyrészt nyitott konstrukció, mivel külső és belső környezetével folyamatos anyag- és információcserében létezik. Továbbá többszörösen összetett, mert sok elemet és azok egymásnak megfelelő kapcsolatait tartalmazza. Másrészt úgy tekinthető, mint amelyben minden elem és kapcsolat összefügg egymással, és az emberi viselkedés többváltozós és valószínűségi vonása következik belőle (Bernstein et al., 1988). Ez utóbbi, úgynevezett probalisztikus vonás arra utal, hogy ugyanazon hatásra az emberek igencsak eltérő módon reagálhatnak. A probléma megoldásaként javasolt műtét hallatán feltörő sírás fakadhat elkeseredésből, mert műteni kell, de megkönnyebbülésből is, mert a műtéti megoldás még lehetséges.

Dinamikus energiamezőként az ember folyamatos kölcsönhatásban áll a környezetével, amelynek minden egyes mintája végtelen variációkból áll (Bertalanffy, 1968). Az ember és a környezet két olyan energiamező, amelyek között a kölcsönhatás harmóniája szükséges az egészségi állapot fenntartásához. A külső és belső energiamezők személyenként változnak, amelyek fájdalom vagy betegség miatt tovább módosulhatnak. A külső és belső környezet kölcsönhatása indukálja és mozgósítja az emberi viselkedést.

1. ábra: Az emberi rendszerhierarchia működésének sematikus vázlata (Helembai, 2021)



A szomatikus energizáló szerepe az ember-környezet kölcsönhatásban

Üljön kényelmesen egy széken! Hajlítsa ökölbe a kezét! Tegye össze a lábait! Csukja be a szemét! Nyissa ki nagyra a száját! Most mindezt tegye egyszerre és igen nagy erőfeszítéssel. Ha pontosan és gátlások nélkül követte az utasításokat, akkor megtapasztalhatta egy kiprovokált ordítás élményét.

A tárgy szemszögéből nézve világossá válik, hogy a szemlehungyásnak, a kéz összecukásának stb. közvetlenül nem sok köze van ahhoz, hogy a kiáltás boldogság vagy dühkitörés következményeként jött létre. A „produkción” szerkezete nagyon különböző elemeket tartalmaz, amelyek együttműködve más, összetettebb megnyilvánulásokhoz vezetnek. Az is tény, hogy minden egyes részre szükség van a kívánt viselkedés eléréséhez (1. ábra).

A fiziológiai rendszer működése a kölcsönhatás elsődleges energizálójaként szolgál. Az agy kétféle módon kapja az ingereket az érzékszervektől. A speciális afferensek olyan információkat szolgáltatnak, amelyeket a viselkedés és a specifikus válaszok irányítására használnak. A különálló érzékelések (fény, hő, hang stb.) mellett azt is biztosítják, hogy az információk az egyes érzékeléscsoportok közül elkülöníthetők legyenek az ingerület keletkezésének helyétől függően. Az érzékszervek csakis a nekik megfelelő ingerek

fogadására és válaszok adására képesek, amely arra az esetre is érvényes, ha az érzékszervet inadekvát hatás éri. A szem például az ütésre „csillagokkal”, a fül pedig „zúgással” képes válaszolni. A még működőképes speciális pályák teszik lehetővé a súlyos agykárosodást szenvedett betegnél egyes feltétlen reflexek kiválthatóságát is. A hozzátartozók számára ez a jelenség a remény forrása, amely tovább fokozza az elfogadhatatlan irreverzibilis állapot tényének elfogadását.

A másik típusú pályákat a nem specifikus afferensek alkotják. Serkentő hatásuk miatt alkalmasak arra, hogy elősegítsék a szállított inger terjedését az agykéreg területén. Így segítik az ingerület átvitelét a nem specifikus pályáikon a mozgatórendszerekbe. A nem specifikus afferensek hiányában a magasabb rendű pszichikus működés – mint az észlelés, emlékezet, gondolkodás, képzelet – nem lehetséges. Működésük az érzékszervi ingerek és a gondolatok által arousal- (háttér izgalmi) szintet generál és változást eredményez a viselkedésben (Bertalanffy, 1968; Hebb, 1972).

Az arousalelmélet képviselői szerint az arousal az aktivációs szintek mutatójaként a fiziológiai működés számos aspektusában megfigyelhető, mint például az izomtónus, a szív működés, az agyi elektródaaktivitás stb. változásaiban. Azt is elfogadják, hogy az arousal-intervallumon belül, amely a nyugodt, mély alvás és az izgatottság fokozatáig terjed, az ember megpró-

bál úgy viselkedni, hogy az támogassa az egyénileg optimális belső feszültségi szintjének a fenntartását (Bertalanffy, 1968; Hebb, 1972; Zuckerman, 1984; Bernstein, 1988; Fiske & Maddi, 1961). Az egyén a számára kiegyensúlyozott arousalszint állapotában jobban érzi magát és jobb eredményeket képes elérni a teljesítményében (Leary, 1957; Fiske & Maddi, 1961; Bernstein, 1988).

Az optimális belső feszültségi szint személyenként eltérő, így annak fenntartásához is eltérő inger mennyiségre van szükség. A személyiség számára nem megfelelő stimulusok mennyisége és erőssége jelentős kifáradást előidéző és fokozó tényezőként tekinthető. Egyesek számára például a folyamatos aktivitás lételem, ezért „pörgős” egyéniségként is tartják számon. Általánosan elmondható, hogy a kiszolgáltatottság, a befolyásolhatóság és bejósolhatóság hiánya a belső feszültségi szint nagymértékű megemelkedéséhez vezethet, amelynek hatására az egyén olyan viselkedést tanúsíthat, amely egyáltalán nem tekinthető rá jellemzőnek.

A szubjektív energiamező szerepe az ember-környezet kölcsönhatásban

Képzeljünk el egy programokkal gazdagon ellátott laptopot. A felhasználója pontosan ismeri az elérhető menüpontokat, a billentyűparancsokat és szívesen fejleszti

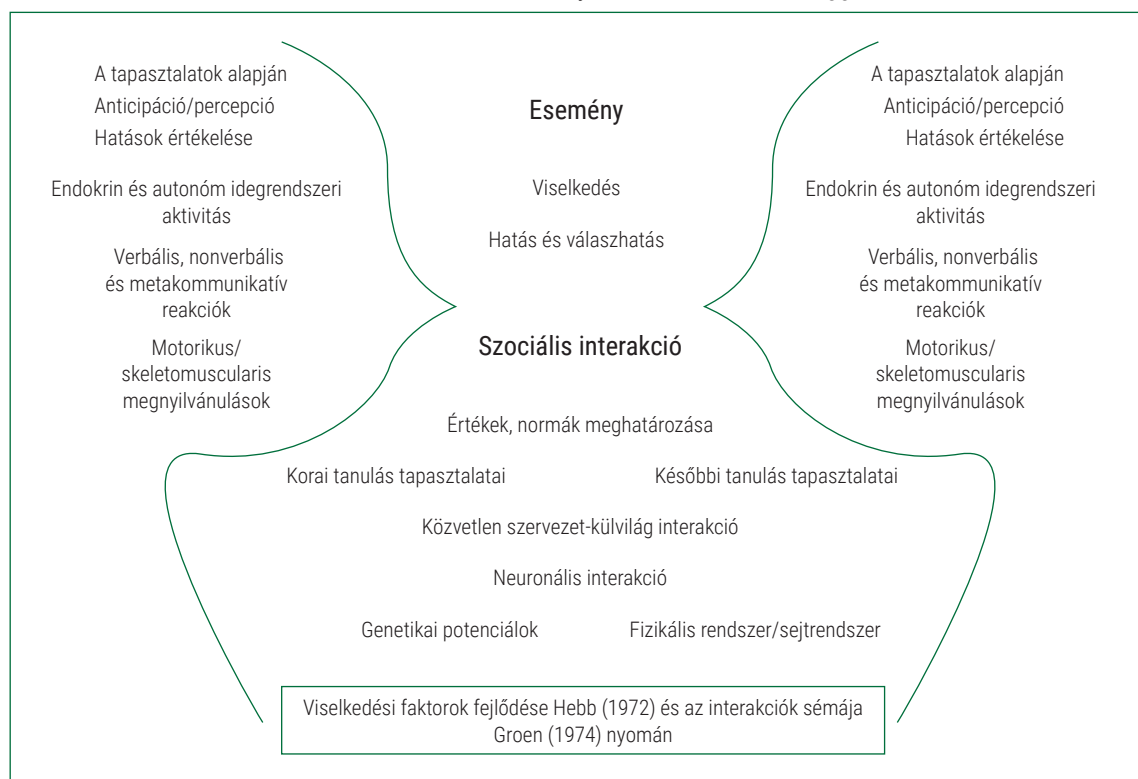
a tudását, hogy minél magasabb szinten tudja az eszközt alkalmazni a kívánt célok eléréséhez. A szükséges tudás és technikai készségek ismerete ellenére is diszfunkcionálissá válhat a készülék, ha a működéshez szükséges energiaforrás nem megfelelő, vagy nem elegendő.

Az ember autonómiára törekvő lény. Életútja során megszerzett ismeretei, készségei segítségével valamilyen szinten képes boldogulni és értékesnek érezni önmagát. Egy betegség vagy megterhelő élethelyzet a belső erőtartalekot olyan mértékben felőrölheti, hogy az a mellette álló segítő támogatás nélkül a motivációjának vagy akár az élni akarásának elvesztéséhez is vezethet.

Az emberi viselkedés motivációja évszázadok óta a filozófusok és pszichológusok érdeklődésének középpontjában áll. A kutatások eredményeként ma már általánosan elfogadott tény, hogy a fiziológiai működésből eredő hatásokon túl a kognitív és érzelmi működés ugyancsak az emberi viselkedést meghatározó fő motivációk forrásának tekinthetők (Petri, 1986; Hebb, 1972). Ezek a pszichikus tényezők a szomatikus működésre épülve másodlagos energiamezőként szolgálnak az ember és a környezet közötti kölcsönhatásban (2. ábra).

A világról megszerzett tudás, a szociális tanulás, az oktatás által közvetített értékek és az egyéni tapasztalatok alakítják az emberek felfogását és gondolkodásmódját a létezésről. Kognitívan az emberek

2. ábra: Az emberi rendszerhierarchia és a viselkedésfejlődési faktorok összefüggései



különbözően képezik le és gondolkodnak a természetről, a természetfeletti erőkről, az ember belső természetéről, az idő szerepéről vagy a tevékenység és az emberi kapcsolatok fontosságáról, azoknak az életben betöltött szerepéről (Campbell, 1963; Murray & Zentner, 1985). Ennek eredményeként eltérő módon viszonyulhatunk az egyes dolgok, helyzetek jelentőségéhez is, amely jelenséget a szakirodalom a minden nyelvben és kultúrában megtalálható beállítódás vagy attitűd fogalmával írja le.

Az attitűd definíciója szerint *„tapasztalat révén szerveződött mentális és idegi készenléti állapot, amely irányító vagy dinamikus hatást gyakorol az egyén reagálására mindazon tárgyak és jelenségek irányában, amelyekre az attitűd vonatkozik”* (Allport, 1935). Ezért a fiziológiai tényezők mellett az egyén attitűdje ugyancsak befolyásolja azt, hogy valaki miként viszonyul az egészségi problémájához, az egészségi állapotának alakulásához, a javasolt beavatkozásokhoz vagy a veszteségek megéléséhez.

Az attitűdkutatások azt is feltárták, hogy az emberek hajlamosak véleményt nyilvánítani olyan dolgokról, amelyekre korábban nem gondoltak (Sherif et al., 1965). A betegséggel szembesülő emberek általában kevés vagy felületese, esetleg az internetről szerzett téves információval rendelkeznek az elszenvedett veszteségük természetéről és a megoldási lehetőségekről. A kialakult helyzetet természetesen a jelen beállítódásuknak, felfogásuknak megfelelően értelmezik, amely a gyógyulást segítő és gátló hatású egyaránt lehet. Az elszenvedett egészségkárosodás esetén is különböző módon viszonyulhatnak magához a betegség tényéhez, a kezelésekhöz, előírásokhoz, amelyekhez eltérő jellegű és intenzitású érzelmeik kapcsolódhatnak. A szűrővizsgálatok jelentőségének ismerete motiválhatja az egyén részvételi hajlandóságát, míg az önmagának sem bevallott félelme az esetleg kedvezőtlen eredmény miatt a felajánlott lehetőség elmulasztásához vezethet.

Az attitűd affektív vagy érzelmi komponense, amely tisztán értékelőnek tekinthető, magában foglalja a személy pozitív vagy kedvezőtlen érzéseit az aktuális témával, eseménnyel kapcsolatban, amelyre adott reakciók intenzitása az affektív komponens erősségére utalnak. *„Az érzelem meghatározható (1) olyan élményként, amelyet (2) az ember úgy érez, mintha az énnel történe, (3) amelyet részben a helyzet kognitív értékelése generál, és (4) amelyet tanult és reflektív testi reakciók kísérnek”* (Bernstein, 1988).

Az érzelem önmagában motivációs tényező lehet, a motiváció pedig érzelmeket generálhat. A túl nagy belső feszültség miatt az érzelmileg túlfűtött ember kevésbé képes koncentrálni vagy kontrollál-

ni a gondolatait és hatékonyan cselekedni. Kutatások alapján egyértelműen bebizonyosodott az is, hogy a negatív érzelmek hátrányosan befolyásolják a fiziológiai egészséget (Cohen, 1980; Bernstein, 1988). A malignus betegségben szenvedők körében végzett összefüggés-vizsgálat a szubjektív vagy másodlagos belső energiamező pozitív érzelmi töltésének erejét bizonyítja a megküzdési stratégiák, a túlélés ideje és a túlélők számának alakulásában (Greer et al., 1979).

Az attitűd pszichomotoros (cselekvéses) összetevője a személy viselkedésében jelenik meg. Az elkeseredés/félelem (affektív komponens) könnyen vezethet „felelőtlen” döntésekhez/cselekvésekhez, amelyek súlyosan rontják az egészséget, veszélyeztetik az egyének gyógyulási esélyeit. A beállítódás területén végzett vizsgálatok azt is feltárták, hogy az emberek verbális attitűdje, vélekedése igen gyenge kapcsolatban áll egy adott helyzettel/tárggyal vagy jelenséggel kapcsolatos tényleges viselkedésükkel (Festinger, 1964).

Praktizáló ápolók naponta megtapasztalhatják azt, hogy egy beteg a korrekt tájékoztatás, oktatás eredményeként megérti és egyet is ért az elrendelt például *„szigorú ágynyugalom”* fontosságával, ennek ellenére mégis rövid időn belül *„elindul”*. A beteg nem megfelelő viselkedését több tényező motiválhatja. Az egyik ilyen gyakori ok abból adódik, hogy az elrendelt ágynyugalom a szeméremérintet és ezzel együtt a szocializáció korai szakaszában kialakult és rögzült szigorú normát *„sérti”* meg. Ennek legyőzésében a bátorító közlés, mint *„ez a mi munkánk, mi ezt már megszoktuk”*, a beteg kínélményén sokat nem változtat.

A jelenség a belső energiafedezet folyamatos utánpótlásának, támogatásának fontosságára hívja fel a figyelmet. Az embereknek az ismeretek túl további segítségre is szükségük van a helyzetük és lehetőségeik újragondolásához, mert a problémák túl közel állnak hozzájuk ahhoz, hogy tiszta képet kapjanak róla a hatékony problémamegoldáshoz (Helembai, 2019). A gondozás szempontjából ezért ugyancsak meghatározó ismeret az is, hogy az egyik attitűdkomponens hatékony megváltoztatása a többi dimenzióban is változást indukálhat (Katz & Stotland, 1959). Ebből a szempontból az affektív viszonyulás meghatározó. Ha pozitív változást kívánunk elérni valaki attitűdjében, ez esetben például az ágytálasznalat elfogadása iránt, akkor elsődlegesen az érzelmi oldal megváltoztatására kell fókuszálnunk a gátló tényezők legyőzése érdekében. Ehhez a beteg érdekeit szolgáló változások eléréséhez a triangulált betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás nyújt segítséget.

Az ápolási diagnózisok struktúrája a betegvezetésben

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) 2002-ben közzétett definíciója értelmében: *„Az ápolás felöleli a bármilyen életkorú egyének, családok, csoportok és közösségek, betegek és egészségesek önálló és együttműködésre épülő gondozását valamennyi szinten. Az ápolás magába foglalja az egészség fejlesztését, a betegség megelőzését, továbbá a betegek, fogyatékosok és haldoklók gondozását. Az érdekvédelem, a biztonságos környezet elősegítése, a kutatás, a részvétel az egészségpolitika formálásában, valamint a betegellátó és egészségügyi rendszerek vezetésében, továbbá az oktatás szintén kulcsfontosságú ápolói szerepek”* (URL2).

Ennek értelmében az ápolási diagnózis az ápolói gondozás központi eleme, amely vezérfonalként szolgál valamennyi ápoló számára az ellátás teljes időszaka alatt más egészségügyi szakemberekkel önálló és együttműködő funkciókban végzett munkában (Gordon, 1998; Tastan et al., 2014). A profeszsiók együttműködése tekintetében ez azt jelenti, hogy az orvoslás elsősorban a fiziológiai rendszerek működésére és a betegség folyamatára, az ápolás pedig a betegek kórra és a betegség lefolyására adott szubjektív reakciókra összpontosít (Barrett, 2002; Fawcett, 2012).

A szomatikus ápolási diagnózisok struktúrája

A szomatikus ápolási diagnózisokat tekintve a beteg teste a *„fiziológia nyelvén”* és többnyire mérhető módon mondja el, hogy mi a vesztesége, amelyet a beteg panaszként fogalmaz meg. A fiziológiai diszfunkcióra adott Szomatikus REakciók háromkomponensű, aktuális ápolási diagnózisának szerkezete magában foglalja a problémát, amely, mint *„címke”* a NANDA-I listából elérhető tömör kifejezés/mondat, például *„perifériás szöveti vérátáramlás zavara”*.

SZOMATIKUS REAKCIÓ (SORE)

Probléma-Ok-Tünet (POT)

vagy

Probléma-Etiológia-Szimpóma (PES)

Az etiológia vagy ok, a problémához kapcsolódó tényező, amely a problémát okozza vagy ahhoz hozzájárul. A jól működő egészségügyi szolgáltatások rendszerében az ápolási diagnózisban az etiológiaként feltüntetett orvosi diagnózis az interprofesszionális együttműködő funkció alapfel-

tétele. A tünetek az ápoló által az értékelés során azonosított meghatározó jellemzők.

A triangulált betegvezetés modelljének alaptétele, hogy a betegeknek ismernie kell a tünetek okát, az ajánlott vizsgálatok, beavatkozások, kezelési előírások szerepét a jelenlegi állapotának javításában és a szövődmények vagy remissziók elkerülésében. Ez a tudás javítja a kiszámíthatóság érzését (Bernstein, 1988) és megalapozza a betegek aktív részvételének lehetőségét a saját gyógyulási folyamatukban.

A szubjektív ápolási diagnózisok struktúrája

A szükségletek felmérése feltárja az ápolóval közösen elérni kívánt célokat. A cél elérésének *„eszközei”* és jellemzői azonban jelentősen eltérhetnek, mint a példában említett szigorú ágynyugalom betartása, vagy az öninjekciózás, vizsgálatok, műtétek vállalása, gyógyszeres pontos adagolása, segédeszközök használata stb. Az egészségügyi problémákkal küzdő emberek nagyon eltérő módon viszonyulnak a gyógyulás eléréséhez vezető kihívásokhoz és az elérést szolgáló eszközök elfogadásához és azok célszerű alkalmazásához.

A szubjektív ápolási diagnózis azt tárja fel, hogy a beteg miként reagál az egészségével kapcsolatos problémákra. A szubjektív üzenetek helyes értelmezése annak az azonosítását segíti, hogy ki az a személy, akihez a fiziológiai tünetek tartoznak. Más szavakkal: Miként szembesül, egyáltalán képes-e szembesülni a beteg a felmerült problémájával (kognitív attitűd). Milyen segítő vagy gátló energiafedezettel/motivációval (érzelmi állapot) rendelkezik (Carpenito, 1996). Miként próbál a személy megbirkózni a nehézségeivel (megküzdési stratégiák).

A betegvezetés során ezért meg kell ismerni a beteg/hozzátartozó vagy szignifikáns személyek adott helyzettel kapcsolatos gondolkodását, érzelmi állapotát és a megoldás érdekében alkalmazott cselekvéseit, vagyis a megküzdési stratégiáit (**3. ábra**).

A szubjektív reaklási módok területén ezért ugyancsak célszerű egy olyan irányadó elvi vonalvezetés alkalmazása, amely orientálja az ápolóterapeutát a szubjektív ápolási diagnózisok felállításában a paramedikális tanácsadás fókuszának kijelölése, valamint a segítséget kérővel az eredményes együttműködés érdekében.

SZUBJEKTÍV REAKCIÓ (SURE)

KOGNITÍV VISZONYULÁS-ÉRZELMI ÁLLAPOT-MEGKÜZDÉSI STRATÉGIA (KÉM)

(X) Kognitív viszonyulás a veszteséghez/helyzethez, amely (Y) érzelmi státusz miatt (Z) megküzdési stratégiában nyilvánul meg.

A betegek szubjektíven megélt állapotukról „kódolt üzenetek” formájában, verbális és/vagy nonverbális csatornákon keresztül számolnak be. Az üzenetek tartalmának „megfejtése” és logikus struktúrába rendezése az elfogadott tudományos megfontolások alapján lehetőséget teremt az ápolók számára a betegek szubjektív reakcióinak értelmezésére. A szubjektív ápolási diagnózisok éppen ezért a triangulált betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadási folyamat vezetésének iránytűjeként is szolgálnak.

Értékelés

Történetiségét tekintve az ápolás területén jó száz évvel az orvoslást követően, 1953-ban fogalmazódott meg és jutott érvényre az igény, hogy az ápolás az ismereti anyagát a saját rendszerező elvei alapján keretbe foglalja, megalkotva ezzel leíró tudományának taxonómiáját. A diagnózis terminológia első megjelenését követő két évtizedben az ápolási diagnózis fogalomhasználatának előfordulása a szakirodalomban sporadikusnak tekinthető (Carpenito, 2013).

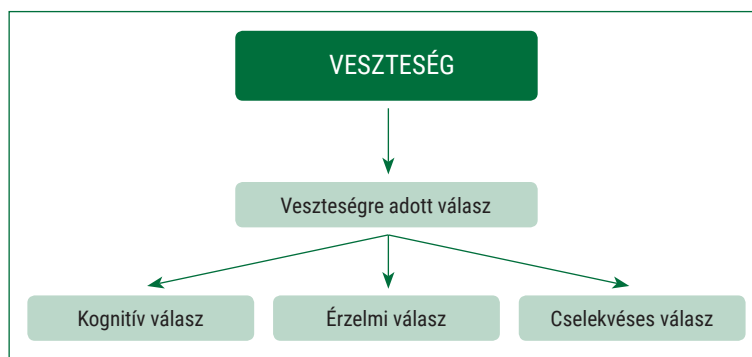
Az ápolástudomány és az ápolás gyakorlatának folyamatos fejlődése a diagnózisok megfogalmazásának „*tétjét*” megnövelte. Az időközben a világ 35 országát magában foglaló, nemzetközi szervezetté bővült szakmai közösség (North American Diagnosis Association-International – NANDA-I) 2008-ban megtartott szakmai fórumán deklarálta azt az állásfoglalását, amely szerint az ápolási diagnózisok alapján kiválasztott és alkalmazott beavatkozásokért az ápoló felelős (Carpenito, 2013).

Az ápolási diagnózisok szerkezetüket tekintve három csoportba sorolhatók:

1. Az egyrészes állítások formájában megfogalmazható ápolási diagnózisok a szindrómák, mint például nemi erőszak elszenvédését követő poszttraumás stressz szindróma. Az elfogadott konszenzus alapján az orvostudományban a szindrómák nem diagnózisokat, hanem jellemzőket és tüneteket csoportosítanak. Az ápolásban ezért a jellemzők és tünetek csoportja egy egytagú, magában álló ápolási diagnózisként szerepeltethető.

A poszttraumás stressz szindróma tünetcsoport nélkülözhetetlen a traumát elszenvedett egyén számára lényeges programok meghatározásához. Azt azonban nem árulja el, hogy a személy miként viszo-

3. ábra: A szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszere



nyul például az igazságügyi vizsgálatához szükséges mintavételhez, vagy az alvás- és koncentrációszavar, elzárkózás stb. megszüntetésére ajánlott beavatkozásokhoz.

Az egyrészes klinikai állítások másik nagy csoportját az egészségfejlesztésre vonatkozó ápolási diagnózisok alkotják. Jellegüket tekintve az idesorolható klinikai ítéletek kifejezik egy személy, család vagy közösség motivációját és vágyát a jóllét és az emberi egészségben rejlő potenciálok mozgósítása iránt, mint például nyitottság az új ismeretek befogadására, megküzdési stratégiák, kommunikáció fejlesztésére, gyakorlatok elsajátítására stb. Az érintettek ennek érdekében mozgósítják belső erőforrásait, amely kifejeződik a személyek készenlétében az egészség-magatartásuk javítására (Carpenito, 2013).

A kívánt eredmény elérése felé vezető úton azonban ez esetben is igencsak különböző módon reagálhatnak az emberek kognitív, érzelmi és cselekvéses módon egyaránt. Eltérően gondolkodhatnak a táplálék minőségének jelentőségéről, az étkezés érzelmileg betöltött szerepéről a saját életükben vagy a szükséges ellenőrzések elvégzésének, mint a testsúly mérése, BMI (testtömegindex) követéséről. A nyitottság diagnózisa önmagában nem árul el semmit az egyén kezelési tervében foglalt ajánlásokhoz, beavatkozásokhoz való viszonyulásáról. Az ápoló számára az egyéni reagálási módok azonosítása biztosít lehetőséget a beteg kódolt üzenetének megértésén túl a megfelelő paramedikális tanácsadási technikák kiválasztásához is.

2. A kockázati ápolási diagnózis felállítása az ápolási folyamat fontos részének tekinthető. A kockázati diagnózisok tartalmi és megbízhatóságot fokozó hozzájárulást nyújtanak a személyközpontú ápolói gondozás megtervezéséhez. Alkalmazásuk abban az esetben szükséges, ha nem áll rendelkezésre elegendő információ a megalapozott ápolási diagnózis megfogalmazására vagy a kockázat lehetőségének elvetésére.

Hagyományosan a kétrészes, úgynevezett kockázati diagnózisok a nem kívánt szomatikus és/vagy viselkedési reakciók elkerülése érdekében megfogalmazott klinikai ítéletek. A kockázati diagnózis első tagjaként a fennálló probléma, azaz a veszély szerepel, amelyek bekövetkezésére egy adott helyzetben a) valós vagy b) magas, illetve c) lehetséges mértékben számítani lehet.

A kockázati diagnózis második tagjaként feltüntetett ok egyaránt utalhat a probléma patofiziológiai/biológiai, kezeléssel/medikációval, szituációval (környezeti vagy személyi okból), vagy érési folyamattal összefüggő hátterére.

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata mélyvénás trombózis miatt.*” (Patofiziológiai ok.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata immobilitás miatt.*” (Kezeléssel összefüggő ok, például szigorú ágynyugalom esetén.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata a keringő vér mennyiségének csökkenése miatt.*” (Érési folyamattal összefüggő ok, például dehidráció időskorban.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata túlzott mértékű dohányzás miatt.*” (Személyi ok, például mélyvénás trombózis esetén.)

A triangulált betegvezetés modelljében a kockázati diagnózisok elsősorban a professzió gyakorlóí számára nyújtanak iránymutatást a szükséges és lehetséges gondozási terv és a beteg számára felajánlott programok kialakításához. A betegvezetésben a felmérést követően kerülhet sor a programtervezet időkeretbe is foglalt felajánlására. A beteggel együtt áttekintett programok stabil tájékoztató pontként tekinthetők az ápoló-orvos-beteg relációjában egyaránt, amelyek a megvalósítást követően módosíthatók a célszerűségnek megfelelően.

A beteg fejlődését célzó és keretbe foglaló programcsomagnak ezért tartalmaznia kell azokat az alprogramokat is, amelyek hozzásegítik a beteget a kockázatok bekövetkezésének megelőzéséhez, például a folyadékpótlás szerepe a szervezet működésében. A megküzdés ugyanis csak akkor lehet hatékony, ha az egyén számára világosan látható, hogy mit, miért és mikor kell tennie, mire és hogyan lehet az erőfeszítéseket irányítani.

Az egyes programok középpontjában a betegség természete, valamint az egyén által tapasztalt tünetek, kezelések, vizsgálatok közötti összefüggések megértését szolgáló ismeretek feldolgozása áll. Ebből következően a kockázati tényezőként megfogalmazott „ismerethiány” a személyre szabott programok és ezzel együtt a betegvezetés hiányára utal.

3. A háromrészes vagy aktuális ápolási diagnózisok átfogó módon írják le az egyének egészségi állapotra vagy az életeseményekre adott válaszainak konkrét összetevőit (Carpenito, 2013; Ackley et al., 2020). A háromkomponensű ápolási diagnózisban etiológiaként megjelölt orvosi diagnózis egyrészt az együttműködő funkció megalapozójaként, másrészt az önálló funkcióként végzett ápolói gondozás előfeltételeként tekinthető. Ennek alapján történhet meg ugyanis az ápoló felelősségi körébe tartozó beavatkozások kiválasztása az intervenciók tárából (NIC). Az orvosi diagnózis ismeretében határozhatók meg egyértelműen például az artériás vagy vénás trombózisban szenvedő beteg ellátása során alkalmazott ápolói beavatkozások és a kapcsolódó programok, mint az új ismeretek feldolgozása és a készségek kialakítása. A beteg fejlődésében kívánatos és reális változások meghatározásához a kimeneti eredmények osztályozásának rendszere (NOC) nyújt segítséget, amely célok eléréséhez időterv kialakítása is szükséges.

A háromtagú szomatikus ápolási diagnózisban ugyancsak szerepelhet problémát kiváltó okként patofiziológiai/biológiai, kezeléssel/medikációval, szituációval (környezeti vagy személyi okból) vagy érési folyamattal összefüggő tényező. Az *„elégtelen perifériás szöveti vérátáramlás mélyvénás trombózis miatt, amely az érintett végtag bőrének cianózisában, meleg tapintatúságában és a skálán mért 7-es erősségű fájdalomában nyilvánul meg”* patofiziológiai okot tartalmazó ápolási diagnózis struktúrájában és tartalmában egyaránt korrekt. Az egyén szubjektív viszonyulásának azonosításához azonban nem tartalmaz információt, amely a szomatikus válaszreakciók esetén nem is lehetséges.

Az ápolási diagnózisok bevezetésének időszakában az általánosan elfogadott nézet szerint az ápolási diagnózis orvosi diagnózist csak ráutalással tartalmazhatott. A napjainkban már meghaladott szabályhoz ragaszkodás még mindig érezhető valamilyen formában a diagnózisok megfogalmazásában. A kockázati diagnózisok terén például *„elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata másodlagosan a mélyvénás trombózishoz kapcsolódva”* (Carpenito, 2013). A problémát kiváltó ok ismeretében az állítás aktuális (háromkomponensű) diagnózisként is megfogalmazható, például: *„Elégtelen perifériás szöveti vérátáramlás másodlagosan a mélyvénás trombózishoz kapcsolódva, amely az érintett végtag bőrének cianózisában, meleg tapintatúságában és a skálán mért 7-es erősségű fájdalomában nyilvánul meg.”*

Belegondolva, ennek alapján nem zárható ki az, hogy a *„másodlagosan a trombózishoz kapcsolódva”* állításban a trombózis és a másodlagosság orvosi vagy

ápolói megállapításon alapul-e, mint ahogyan a kockázati diagnózis esetében sem. Természetesen a közös konszenzus alapján a „trombózis” egyértelműen az orvos által felállított diagnózisa utalt és így már ápolási diagnózisként vált elfogadottá. A mai fejlett és magas szinten kvalifikált szakembereket foglalkoztató, valamint a professziók egymáshoz való viszonyának fejlődését követő egészségügyi ellátórendszerben ez a formáció már inkább csak hosszú és nehézkes.

A szubjektív válaszreakciók diagnózisának felállítására az aktuális diagnózisok esetében is megfontolásra érdemes. Klasszikus példaként említhető diagnózis *„A kezelési előírások betartásának elégtelensége (megfigyelhető 'tünet') az elrendelt heti vérnyomáskontroll jelentőségének megértési képtelensége miatt [ok], amely a beteg »Nem megyek el ellenőrzésre, ha elfoglalt vagyok« szóbeli közlésében (a tünet verbális formája) nyilvánul meg»* (Carpenito, 2013).

A három tagból álló diagnózisként strukturálisan az eredmény a „tünet-ok-tünet”, amely az elfogadott főszabálynak (probléma-etiológia-szimptóma) nem felel meg. A személy viselkedésében, közléseiben megjelenő válaszreakciók közül kizárólag a gyógyulást gátló viselkedési komponens azonosítható, a kognitív viszonyulás és az érzelmi állapot viszont nem.

A mindennapok gyakorlatában többféle aktuális diagnózisváltozattal is találkozhatunk, mint például: *„Kezelési előírások betartásának elégtelensége ismerethiány miatt, amelyet a beteg szóban közöl.”* A beteg kijelentésének tartalma a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás szempontjából mindösszesen annyit árul el, hogy a személy még nem áll készen arra, hogy adekvát módon szembesüljön a megváltozott állapotával és emiatt az autonómiájának visszaszerzését támogató ajánlások elfogadására sem képes. Az érzelmi státusz azonosítása nélkül a viselkedés hátterében meghúzódó motivációs tényező is ismeretlen. Ennek alapján a hasznos, betegoktatáshoz szükséges témakör kiválasztható, didaktikailag jól felépített formában az edukáció maradéktalanul meg is valósítható. A beteg kognitív és affektív viszonyulásának ismerete nélkül azonban személyközpontú ápolásról nem beszélhetünk, és így a beteg viselkedésének megváltoztatására irányuló ápolói erőfeszítések mértéke többnyire nincs arányban az elért eredményekkel.

Általánosan elmondható, hogy az *„ismerethiány miatt”* tartalommal megfogalmazott diagnózisok célszerűsége igencsak kérdéses. Szomatikus diagnózisok keretében az ilyen tartalmú klinikai állítás nem értelmezhető, mivel fiziológiailag az ismerethiány nem okoz sem fertőzést, sem perifériás vérátáram-

lás-elégtelenséget. Szubjektív ápolási diagnózisként megfogalmazni ugyancsak felesleges, mert semmit nem árul el arról, hogy miként érez, gondolkodik és cselekszik az a személy, aki az *„ismerethiány tulajdonosa”*.

Következtetés

Az orvoslás a szervezet működésében tapasztalt diszfunkciók, tünetek, vizsgálati eredmények alapján állítja fel a kiváltó okot tartalmazó diagnózist és határozza meg a lehetséges terápiát. Az ápolás az orvosi diagnózisban meghatározott ok ismeretében fordul a fiziológiai és szubjektív reagálási módokban megjelenő egyéni válaszreakciók befolyásolása felé.

A szakmaközi kapcsolatok relációjában az úgynevezett függő funkció kivezetését a medicina területéről az ápolóképzés tartalmába emelt ismeretek tették lehetővé. Az ápolás és betegellátás alapképzési szakápolás szakirányának képzési és kimeneti követelményei (KKK) tételesen és részletesen tartalmazzák a professziók közötti együttműködő és önálló funkciók gyakorlásának alapjául szolgáló tudásfedezetet. Többek között: *„Széleskörűen ismeri a fizikális állapotfelmérés fogalmát, a betegségek kórismézésében használatos fizikális, laboratóriumi és modern képalkotó vizsgálatok alapelemeit, alkalmazási lehetőségeit, indikációit, kivitelezési technikáit, az egyes vizsgálatok korlátait, a vizsgálatok során nyert paraméterek helyes értékelését, az eltérések értelmezését. ... Részletesen ismeri a megbetegedések okát, tüneteit, diagnosztikáját, terápiáját, szakápolástanát, transzkulturális aspektusait, valamint az ezekkel kapcsolatos betegoktatási feladatokat az ellátás minden szintjén”* (URL3).

A személyközpontú, kimeneti eredményeken alapuló ápolás hatékonysága az érintett egyénnel közösen kiválasztott céloktól és a betegnek a kezelési folyamatba való bevonásától függ, mivel köztudott, hogy nincs olyan szakember, aki képes lenne a beteg helyett meggyógyulni. Ezért a betegnek is aktív résztvevőjének kell lennie az ápolási folyamat minden szakaszában, amelyet a *„beteggel és nem a betegért végzett munka szellemében végeznek”* (Kozier et al., 2012).

A KKK a személyközpontú ápoláshoz ugyan csak megfelelő tudásfedezetet biztosít azáltal, hogy az ápolás és betegellátás alapképzési szakon végzett hallgató *„részletesen ismeri a kommunikáció alapelemeit, formáit, irányait, csatornáit, az életkornak megfelelő kommunikációs stratégiákat... a személyiség fogalmát, a személyiségtípológiákat, az érett személyiség jellemzőit, az önismeret és önértékelés aspektusait, az egészségpszichológia alapjait, a különböző életszakaszok*

fejlődéslelektani alapjait, a konfliktusok fajtáit, okait... Átfogóan ismeri a pszichológia vizsgálati területeit, módszereit, a pszichológia legfontosabb irányzatait, tudományterületeit, illetve ezek alapproblémáit... 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...” (URL3)

A tudás önmagában csak potenciális lehetőséget biztosít az ápolás ügyének szolgálatára. A tudás tartalma és alkalmazásának minősége azonban szemléletfüggő is, vagyis függ az ápolástudomány és a minőségi ápolás jelentőségének felismerésétől.

A világ ápolóinak közvéleménye az elméleti ismeretekre épülő gyakorlati tapasztalatok alapján már régen definiálta az ápolás lényegét annak a felismerésével, hogy az ápolás fogalmának megalkotása pusztán a végzett tevékenységek (skill-mixek) listázásával nem lehetséges (Scott, 1994).

Az orvoslástól átadott tevékenységek alapján igen kevés a valószínűsége az ápolásról alkotott társadalmi megítélés kedvező változásának. A betegek és a hozzátartozók részéről pedig meglehetősen indifferens, hogy az ápolók tevékenysége milyen új feladatokkal bővül. Számukra ugyanis a legfontosabb az, hogy nehéz helyzetükben miként őrizhetik meg emberi méltóságukat és önazonosságukat, valamint önrendelkezési és minden egyéb jogukat (Illyésné Rajki, 2000).

A szomatikus ápolási diagnózisok egy szervezet működésének jellemzőit és a valószínűsíthető kockázatokat tárják fel, azonban a szubjektív válaszreakciók azonosításához más szempontok figyelembevétele szükséges. Az ápolási diagnózisalkotás területén ezért időszzerűvé vált a szemléleti és szabályalkotási konszenzus megújítása az ápolástudomány fejlődésének megfelelően.

Ajánlás

Az ápolási diagnózisok jelentőségének felismerése és kidolgozása mérföldkőnek tekinthető az ápolástudomány és az ápolási kultúra fejlődésében. A korszerű ápolásról alkotott szemlélet meghonosítása, valamint az ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetése a hazai ápolóképzésbe és az ápolás mindennapos gyakorlatába *Sövényi Ferencné* hivatás iránt elkötelezett munkásságának köszönhető. Országos főnövéként ugyancsak ő „*hozta haza*” 1996-ban *L. J. Carpenito*, 1995-ben elkészített Ápolási diagnózisok kézikönyvét, amely ebben a tárgykörben azóta is az egyetlen magyar nyelven elérhető forrásmunka.

Az ápolás területének fejlődésére visszatekintve sürgetően időszzerűvé vált az ápolási diagnózisok kézikönyvének továbbfejlesztése a szubjektív ápolási diagnózisok bevezetésével valamennyi ápoló számára elérhető formában. A szubjektív ápolási diagnózisok lényegének ismerete egyrészt az egyénre szabott ápolási terv elkészítésének előfeltétele. Másrészt a szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszere teszi lehetővé a beteg üzeneteinek, motivációinak pontos megértését, amely az ápoló-beteg konfliktusok megelőzésének legfőbb eszköze.

A képzési szintek differenciálásának alapjaként döntően a medicinától átvett kompetenciák tekinthetők. A személyközpontú gondozás azonban az ápolás valamennyi területén és az eltérő kvalifikációval rendelkező ápolók tevékenységével szemben azonos követelményként jelenik meg. A szubjektív ápolási diagnózisok általános bevezetése a különböző szintű ápolóképzések ismeretanyagába segítheti az előrelépést az eltérő kvalifikációval rendelkező ápolók együttműködése és betegvezetési tevékenységének harmonizálása felé vezető úton, amely egyúttal a kedvező munkahelyi légkör, valamint a munkával való elégedettség és a betegelégedettség elérése felé is vezet.

A szomatikus ápolási diagnózisok ismeretében tervezhető az ápolási folyamat, amelyet a NIC és NOC ajánlásai egyaránt támogatnak. A szubjektív ápolási diagnózisok irányítóként szolgálnak a betegvezetési és paramedikális tanácsadási folyamat számára. Éppen ezért a szubjektív ápolási diagnózisalkotáshoz szükséges célzott tananyag és gyakorlatok előzetes kidolgozása ugyancsak az ápolás előtt álló feladat. A betegvezetés ismeretrendszerének közreadása a tárgykörben felkészült, ápolói képzettséggel is rendelkező oktatók biztosításával lehetséges, ezért számukra továbbképzések biztosítása szükséges.

A területi mentorok számára szervezett továbbképzések ugyancsak nélkülözhetetlenek a képző- és ellátóintézmények együttműködése, valamint a napi gyakorlatban élénken élő, mára már meghaladott tradicionális szemléleten alapuló úgynevezett „*rejtett curriculumok*” (Ludwig et al., 2018) hatásának méréséle érdekében.

További, fajsúlyában azonos jelentőségű feladat az ápoló- és orvosképzési tantervek harmonizálása a szakmaközi együttműködéshez a nélkülözhetetlen „közös nyelv” és attitűd megteremtése érdekében.

A szubjektív ápolási diagnózisok és betegvezetés területéhez köthető kutatások ma még gyakorlatilag az említett tudástartalom hiányát, illetve annak az ápolói ellátás során tapasztalt nemkívánatos következményeit mutatják be. Ezek a gyenge pontok jól

ismertek. A feltárt kedvezőtlen jelenségek egyetlen pozitívumaként tekinthető, hogy a fejlődéshez szükséges szemléletváltoztatásra hívják fel a figyelmet. A „humán faktor” társadalmi értékének, megbecsülésének függvényében alakulhat csak az érdemi kutatásokat megalapozó integrált tudásanyag biztosítása és annak alkalmazása iránti igény, amely a professzionális ápolás és az egészségügyi szolgáltatás minősé-

gi fejlődésének legfőbb előfeltétele és mozgatója is egyben.

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

Érdekeltségek: A szerzőnek 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.
- Allport, G. W. (1935). Az attitűdök. In: Halász, L., Hunyadi Gy., Marton, L. M. (szerk.). *Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései.* Budapest: Akadémiai Kiadó; 1979. p. 49.
- Barrett, E. A. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51–60. <https://doi.org/10.1177/089431840201500109>
- Bernstein, D. A., Roy, E. J., Srull, T. K. & Wickens, C. D. (1988). *Psychology.* Boston, MA: Houghton Mifflin Company; p. 81–117.; 445; 472–503.
- Bertalanffy, L. (1968). *General Sytem Theory.* New York, NY: George Braziller.
- Campbell, D. T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioral dispositions. In: Koch, S. (ed.). *Psychology: a study of science.* New York, NY: McGraw-Hill; p. 94–172.
- Carpenito, L. J. (1996). *Ápolási diagnózisok.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnoses Application to clinical practice* (14th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cohen, S. (1980). After effects of stress on human performance and social behavior: a review of research and theory. *Psychological Bulletin*, 88(1), 82–108.
- Fawcett, J. (2012). Thoughts about nursing science and nursing sciencing on the event of the 25th anniversary of Nursing Science Quarterly. *Nursing Science Quarterly*, 25(1), 111–113. <https://doi.org/10.1177/0894318411429072>
- Festinger, L. (1964). Behavioral support for opinion change. *Publ Opin. Quart* 28, 404–417.
- Fiske, D. W., Maddi, S. R. (1961). *Functions of varied experience.* Homewood, IL: Dorsey Press.
- Gordon, M. (1998). Historical perspective: the National Conference Group for Classification of Nursing Diagnoses (1978, 1980). *Nursing diagnosis: ND: the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 9(2 Suppl), 27–31.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet (London, England)*, 2(8146), 785–787. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)92127-5)
- Groen, J. J. (1974). The challenge of the future: the prevention of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1–6), 283–303. <https://doi.org/10.1159/000286651>
- Hebb, D. O. (1972). *Textbook of psychology.* (3rd ed.). W. B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto.
- Helembai, K. (2019) Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge J Nurs*, 4(1): 139–144. DOI: 10.18689/mjn-1000125
- Helembai, K. (2021). Essence of Subjective Nursing Diagnoses and Its Utilization. *Saudi J Nurs Health Care*, 4(6): 148–157. <https://doi.org/10.36348/sjnhc.2021.v04i06.002>
- Illyésné Rajki, V. (2000). Adalékok a laryngectomia műtéten átesett betegek ápolásához. *Nővér*, 13(1), 13–16.
- Katz, D., Stotland, E. (1959). A pleminiray statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch S. (ed.) *Psychology: a study of a science*, vol. 3. NY: McGraw-Hill, 423–475.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. Snyder, S., Harvey, S. & Morhan-Samuel, H. (2012). *Fundamentals of Nursing. Concept, process and practice.* (2nd ed). Harlow, UK: Pearson Education Ltd.; p. 40–257.
- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Stastka, 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>
- Murray, R. B., Zentner, J. P. (1985). *Nursing Assessment & Health Promotion Strategies Through the Life Spain* (4th ed.). USA, NJ: Englewood Cliffs; p. 3–42.
- Petri, H. L. (1986). Motivation: Theory and research (2nd ed.) Belmont, CA: Wadsworth. Sherif, C. W., Sherif, M. & Nebergall, R. E. (1965). *Attitude and attitude change.* Philadelphia, PA: Saunders.
- Scott, P. (1994). A sárkányok birodalma. In. *Ápolóképzés a jövőnek.* (szerk.: Slevin, O. & Buckenham, M.) Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 188–199.
- Sparks, S. M., Taylor, C. M. (1993). *Nursing Diagnoses Reference Manual.* (2nd ed.). USA, PA: Springhous Corporation.
- Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human approach. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 413–471.
- URL1: Ápolási Diagnózis Útmutató (2021). Teljes Lista & Bemutató. Hippocrates Guild.
- URL2: Nursing definitions (2002). ICN – International Council of Nurses.
- URL3: A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményei (2024). VIII. Orvos- és Egészségtudomány Képzési Terület 84. Ápolás és Betegellátás Alapképzési Szak. 512–530. <https://dd8943e58cb6bb4ad545f091af0ed16eafe415e.pdf> (kormany.hu)