

VÁGÁSI TÜNDE¹ – LENGYEL INGRID² – FOGARASI KATALIN¹ – PATONAI ZOLTÁN³
– VARGA ÉVA KATALIN¹

¹Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet, ²Belügyminisztérium Integrált Jogvédelmi Szolgálat,

³Pécsi Tudományegyetem Traumatológiai és Kézsebészeti Klinika

vagasi.tunde@semmelweis.hu, <https://orcid.org/0000-0003-2320-3225>

ingrid.lengyel@ijsz.bm.gov.hu, <https://orcid.org/0000-0001-7957-5330>

fogarasi.katalin@semmelweis.hu, <https://orcid.org/0000-0003-0439-9373>

patonai.zoltan@pte.hu, <https://orcid.org/0009-0002-5909-9124>

varga.eva.katalin@semmelweis.hu, <https://orcid.org/0000-0001-9278-7952>

Vágási Tünde – Lengyel Ingrid – Fogarasi Katalin – Patonai Zoltán – Varga Éva Katalin:

A kórházi ellátás dokumentumai. Ápolási dokumentáció

Alkalmazott Nyelvtudomány, XXIV. évfolyam, 2024/1. szám, 77–93.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.2024.1.005>

A kórházi ellátás dokumentumai. Ápolási dokumentáció

This study delves into the terminological and generic characteristics of nursing documentation, a critical component of healthcare documentation. The investigation focuses on 21 anonymized patient files dated between 2019 and 2020, collected from the Department of Traumatology and Hand Surgery at the University of Pécs. The documents were categorized into sub-corpora based on the patient's admission, hospital stay, and discharge and analyzed both manually and using software.

Each individual record is considered a sub-genre, compared with analogous ones in medical documentation, marking the first terminological description of Hungarian nursing documentation. In the context of the contemporary paradigm shift towards digital documentation, we identify prevalent phraseological units, abbreviations, and unique acronyms within each nursing sub-genre. This pioneering study serves as an initial step in a comprehensive research initiative, providing insights to enhance graduate terminology training for healthcare professionals amid the evolving landscape of healthcare documentation in the digital age.

Initiated in 2020, our research team undertook a detailed analysis of healthcare documentation with a specific focus on nursing documentation within the context of inpatient care. This study contributes to understanding the structural, phraseological, and terminological characteristics of nursing documentation juxtaposed with medical documentation. The goal is to incorporate these insights directly into medical and health science language training and to facilitate contrastive translation studies.

The documentation management practices and language skills associated with these sub-genres have traditionally been acquired through on-the-job training in Hungary and other European countries. However, with the increasing importance of patient safety and legal considerations, there is a growing need for formalized training in healthcare documentation language skills.

Our findings shed light on the distinct narrative nature of both medical and nursing documentation, emphasizing their role in communication among different healthcare professionals and legal entities. Despite their differences, both serve as crucial forms of communication for ensuring patient safety and quality care. The study recognizes the ongoing transition from paper-based to standardized digital nursing documentation and highlights the importance of acknowledging the linguistic and terminological features and raising awareness of them during this transformation.

Our results demonstrate the need for a precise understanding of the structural and terminological nuances of nursing documentation, akin to medical documentation. This awareness is crucial for healthcare professionals, ensuring effective communication and seamless integration of both traditional and digital documentation methods. The results can contribute to the development of translation strategies for health science genres and emphasize the importance of adapting terminology training to the evolving landscape of healthcare documentation.

Keywords: language of medicine, nursing documentation, terminology, genre analysis, corpus analysis

1. Bevezetés

A kórházi ellátás során az egészségügyi dokumentációban az egészségügyi szaknyelv minden horizontális és vertikális rétege megjelenik (Kurtán, 2003: 46), tükrözve, ahogyan létrejön a kommunikáció minden érintett résztvevő között az ápoló személyzettől a különböző szakterületeken dolgozó orvosokig, valamint a rehabilitációt végző személyzetten át a betegekig és a hozzátartozókig. Az egészségügyi dokumentáció vezetését az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 136. §-a és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (Eüak.) szabályozza.

A fekvőbeteg-ellátáskor keletkezett egészségügyi dokumentációgyűjteményt kórlapnak nevezzük. 2020-ban kutatócsoportunk indította el Magyarországon a kórlapok részletes feldolgozását és átfogó terminológiai elemzését, amelynek első lépése 21 kórlap orvosi dokumentációjának komplex vizsgálata volt (Varga et al., 2021).

Jelen tanulmány az ápolási dokumentáció dokumentumtípusainak műfaji, terminológiai és stilisztikai elemzésére, valamint ugyanezen szempontokból az orvosi dokumentáció műfajaival való összevetésére vállalkozik. Célunk, hogy feltérképezzük az egyes alműfajok szerkezeti, frazeológiai és terminológiai sajátosságait, stilisztikai jellegzetességeit, hogy ezeket közvetlenül beforgathassuk az orvosi és egészségtudományi szaknyelvi képzésbe, valamint, hogy a magyar műfaji jellemzők leírásával és tudatosításával elősegítsük kontrasztív fordítástudományi kutatások elindítását is. Noha mind az orvosi, mind pedig az ápolási dokumentáció a betegbiztonság szempontjából (Horváth, 2023) és jogi szempontból is (Fogarasi & Patonai, 2021) kiemelkedően fontos kommunikációs formát jelenít meg, a dokumentáció vezetésének szaknyelvi készségeit mind az orvosok, mind pedig az egészségügyi szakemberek évtizedeken keresztül Magyarországon és Európa más országaiban is mintegy szájhagyomány útján, az osztályos munka során sajátították el (Bechmann, 2017: 103). 2019 óta a Semmelweis Egyetem kezdte meg az Orvosi terminológia és Egészségtudományi terminológia tárgyak keretében e szaknyelvi készségek oktatását a görög–latin terminológia közvetítésének autentikus kontextusban, eredeti, anonimizált leleteken történő bemutatásával (Barta et al., 2022).

Az ápolási dokumentáció vezetésének célja a beteg ápolási szükségleteinek, az ápolási feladatoknak naprakész dokumentálása, a nyomon követés biztosítása a jogszabályi előírásoknak megfelelően, valamint a betegellátás különböző feladatait végző személyzet közötti szakmai kommunikáció írásos rögzítése (Cseri, 2002). Az ápolási dokumentációnak minden esetben tartalmaznia kell a beteg azonosítására szolgáló adatokat (név, anyja neve, születés dátuma, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ), valamint az egészségügyi szolgáltatás helyét és idejét, továbbá az ellátásért felelős személy azonosítására szolgáló adatokat is. Az ápolási dokumentáció kötelező elemeit az 48/2009. (XII.29.) EÜM rendelet szabályozza, az intézmények azonban a kötelező elemeken túl

szakspecifikus tartalommal is kiegészítik a dokumentációt. Az egyes intézmények a jogi szabályozással összhangban maguk alkotják meg a dokumentáció vezetésének helyi eljárásrendjét, így az ellátó helyenként változó. Jelen tanulmányban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Egészségügyi dokumentáció vezetésének eljárásrendje c. dokumentumra támaszkodtunk, amelynek 7.4.6. pontja tartalmazza a teljeskörű ápolási dokumentációra vonatkozó szabályozást. Az ápolási dokumentáció kezelése a mindenkori műszakbeosztásnak megfelelően az ápoló feladata. A fent hivatkozott eljárásrend alapján (7.4.6.2) „minden ellátási eseményt annak a személynek kell dokumentálni, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.”

A kórlapok orvosi és ápolási dokumentációhoz tartozó részei eltérő diskurzusközösségek kommunikációs formáit rögzítik. Az ápolási dokumentáció elsősorban nem az orvosok számára készül, hanem az ápoló személyzet tagjai és esetleg a jogi szereplők közötti kommunikációra szolgál (Oláh, 2020: 27), ami a teljesen eltérő szaknyelvi regiszterükben (Kurtán, 2014: 38) is megmutatkozik. Eltérő szakmai cselekvéssorokhoz kapcsolódnak, így teljesen különálló műfajnak tekinthetők. A szakmai cselekményeket és a beteggel kapcsolatos történéseket hitelesen leíró jellegük miatt mindegyik szövegtípusa narratív (Károly, 2007: 134). Emellett mindegyik fő műfaj esetében vannak a dokumentációban olyan szövegek, amelyek az orvosi vagy az ápolási dokumentáció alműfajait (Károly, 2007: 134) jelenítik meg.

Korunk technikai vívmányai kiemelt hatást gyakorolnak nemcsak az egészségügyi ellátásra, hanem az egészségügyi dokumentáció kivitelezésére is, ezért időszerű e váltás időszakában felmérni az egyes alműfajok használatát, és megfigyelni az esetleges átalakulás lépéseit. Ellentétben az orvosi dokumentációval, még nem minden ápolási dokumentumtípusban terjedt el a meghatározott sablonok alapján készített, elektronikus dokumentáció alkalmazása (Fölker, 2014). Szeretnénk tudatosítani a szaknyelvhasználókban, hogy az egyes alműfajok eddigi használata mely szakmai kommunikációs célok megvalósulását és milyen nyelvi eszközökkel tette és teszi lehetővé, és a digitalizáció által hozott változás milyen előnyökkel vagy esetleges hátrányokkal járhat. Így lehetőség nyílik a folyamatos korrekcióra, és arra, hogy a megszületőben lévő, átalakult műfajok még hatékonyabban elérjék kommunikációs céljukat, a betegbiztonság és a minőségbiztosítás elősegítését.

2. Vizsgált anyag, módszerek

Vizsgálatunk korpuszát a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikáján 2019 és 2020 folyamán rögzített 21 darab, anonimizált kórlapból állítottuk össze. A traumatológiai kórházi ellátás során keletkezett dokumentáció az egészségügyi személyzet kiemelkedően nagyszámú résztvevőjének bevonásával készül, mivel többnyire érinti a betegfelvétel, a diagnosztika, a műtetre való felkészítés és a műtéti beavatkozás

szereplőit, valamint a műtétet követő stabilizálás, rehabilitáció résztvevőit is. Ezért ezt a szakterületet választottuk a kórházi dokumentáció átfogó elemzésének megkezdéséhez a szakterület gyakorló szakorvosának (e tanulmány társszerzőjének) bevonásával.

A vizsgált kórlapok ápolási dokumentációjában 5 dokumentumtípus rögzítése történt az elektronikus rendszerben. A kézzel írt dokumentumokat formanyomtatványokra írják, ezek közül az ápolási lapon szerepel egyedi szövegalkotású megfogalmazás.

Mivel az ápolási dokumentáció alműfajai az orvosi dokumentációhoz hasonlóan végigkövetik a beteg intézménybeli tartózkodását, azaz keletkeznek dokumentumok a beteg felvételekor, kórházi tartózkodása alatt és eltávozásakor, ezeket e három csoportnak megfelelően alkorpuszokba rendeztük. Az ápolási dokumentáció alkorpuszokba foglalt dokumentumtípusait az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat. Az ápolási dokumentációhoz tartozó egyes dokumentumtípusok

Ápolási dokumentáció (21 db kórlapban)	Dokumentumtípusok	Dokumentum formája	Mennyiség
Betegfelvétel	a. ápolási anamnézis	elektronikus rendszerből kinyomtatott, gépelt	21 db
	b. állapot regisztráció (ápolási felvételi státusz)	elektronikus rendszerből kinyomtatott, gépelt	18 db nem vizsgált
	c. ápolási terv	elektronikus rendszerből kinyomtatott, gépelt	19 db
Ápolás alatt készült dokumentumok	d. ápolási lap	formanyomtatvány, kézzel kitöltve	19 db nem vizsgált
	e. ápolási jelentés (átadó) (az ápolási lap hátoldalán)	formanyomtatvány, kézzel kitöltve	5 db
	f. ápolási tevékenységek	elektronikus rendszerben rögzített	14 db (373 bejegyzés)
	g. lázlap	formanyomtatvány, kézzel kitöltve	nem vizsgált
Eltávozás	h. ápolási zárójelentés	elektronikus rendszerből kinyomtatott, gépelt	18 db

Jelen tanulmányunkban az orvosi dokumentáció már elvégzett feldolgozásához hasonlóan (Varga et al., 2021) mutatjuk be az ápolási dokumentáció egyes dokumentumtípusait. Részletesen elemezzük formai, tartalmi, stilisztikai és

terminológiai szempontból az ápolási anamnézist, az ápolási tervet és az ápolási zárójelentést.

A kézzel írt *Ápolási jelentést (átadót)* gépelt szöveggé átírtuk, majd az így létrejött korpuszt szoftveresen a Sketch Engine korpuszlekérdező rendszerrel is vizsgáltuk, gyakorisági vizsgálatot és kulcsszavas keresést végeztünk.

A terminológiai vizsgálatot minden dokumentumtípus esetében manuálisan végeztük el. Ennek során figyelmet fordítunk a görög–latin és a magyar nyelvű terminusok, valamint a betűszók használatának jellegzetességeire. Külön elemeztük az egyes dokumentumtípusokban előforduló rövidítéseket.

3. Eredmények

Az ápolási dokumentáció egyes dokumentumtípusainak műfaji elemzése során megállapítottuk, hogy az ápolási dokumentumokat megjelenítő alműfajok kommunikációs céljukat és strukturális jellemzőiket tekintve párhuzamba állíthatók az orvosi dokumentumokkal, amit a 2. táblázat szemléltet:

2. táblázat. Az ápolási és az orvosi dokumentáció párhuzamai

Ápolási dokumentáció	Orvosi dokumentáció
Ápolási anamnézis	Kórlap (betegfelvételi lap): anamnézis
Ápolási regisztráció Ápolási terv	Kórlap (betegfelvételi lap): státusz
Ápolási lap Ápolási jelentés (átadó, dekurzus) Ápolási tevékenységek	Dekurzus
Ápolási zárójelentés (eredmények)	Klinikai zárójelentés: epikrízis

Az alábbiakban az ápolási dokumentáció alkorpuszaiba tartozó egyes dokumentumtípusokat tekintjük át azok műfaji, szerkezeti, terminológiai és stilisztikai jellemzőinek részletes bemutatásával.

3.1. A betegfelvételnél keletkező ápolási dokumentumok

3.1.1. Ápolási anamnézis

Az ápolási anamnézis az elektronikus ápolási dokumentáció kötelező eleme, a személyre szabott ápolási terv készítésének alapja. A beteg ápolási előzményeire, kórtörténetére vonatkozó dokumentum nélkülözhetetlen a megfelelő ápolási terv készítéséhez és az ápolási folyamat hatékony kivitelezéséhez.

Az ápolási anamnézis minden esetben tartalmaz egy kérdőívet, amelyben a következő kérdések szerepelnek: nyerhető-e információ a betegtől, mi a megszólítása, kórházba kerülés körülményei, cselekvőképes-e, legközelebbi hozzátartozójának neve és telefonszáma, adható-e felvilágosítás az állapotáról,

valamint hogy van-e gyógyszerérzékenysége, allergiája, dohányzik-e, fogyaszt-e kávé, alkoholt, kábítószer.

Az ápoló az anamnézis felvétele során arra törekszik, hogy a beteg a saját szavaival mondja el, hogy miért van a kórházban (autoanamnézis), vagy, amennyiben ez nem lehetséges, a hozzátartozótól vagy az első ellátótól, a mentőszolgálattól (heteroanamnézis) megtudott információkat jegyzi fel (Petrányi, 2009: 16; Pápai, é. n.). Az anamnézis ezért – az orvosi anamnézishez hasonlóan – *A beteg / páciens elmondása szerint* vagy *Elmondása szerint* kifejezéssel kezdődik, majd az utána következő dátummal adja meg a panasz kezdetét, illetve a baleset vagy a panaszokat kiváltó esemény időpontját: „A beteg elmondása szerint 2019. 12. 28-án otthonában elesett, jobb válla, jobb csípője, mellkasa sérült”. Fontos, hogy az ellátó nyelvi eszközökkel is egyértelműen jelezze a betegtől nyert információtól való egyértelmű elhatárolódását, amire a magyar nyelvben egységesen e formulák szolgálnak, míg más nyelvekben (pl. a németben) akár e célt szolgáló külön igemód használata is előfordul (Halász & Fogarasi, 2018).

Az anamnézis feltárja a beteg előző betegségeit: *Ismert hypertonia* [magas vérnyomás], *COPD* [krónikus obstruktív tüdőbetegség], *allergiás rhinitis* [orrmagyhártya-gyulladás]; a műtéteket, baleseteket, maradandó elváltozást okozó betegségeket, mint „2019. 05. 29. Spinál anesztézia [gerincvelői érzéstelenítés]: bal combfej necrosis [elhalás] miatt Girdlestone plastica [(csípő)kialakítás] történt”. A beavatkozásokat az időpont közlése után általában latinul adják meg: *2016-ban appendectomia* [vakbélműtét]; *Gyerekkorban tonsillectomia* [mandulaműtét]. Feljegyzik a korábban és a jelenleg szedett gyógyszereket és a gyógyszerérzékenységet is (farmakológiai anamnézis).

A jelen panaszoknál rögzítik a panaszok kezdetét és az esetleges változás beálltát: „2019 augusztusában szűnyog megcsípte a jobb kéz II. ujját. Szeptember eleje óta csípés helye fájdalmassá vált, duzzadt, kisebbedett”; valamint az eddig elvégzett vizsgálatok eredményeit: „Rtg [röntgen] csontdestrukciót nem igazolt”.

A vizsgált dokumentumokban az anamnézis gyakran a jelen panaszok között szerepel, például: „Jelen panaszai: OMSZ [Országos Mentőszolgálat] szállítja SBO-ra [Sürgősségi Betegellátó Osztály]. A beteg a történetekre nem emlékszik. OMSZ dokumentáció szerint 2019. 12. 26-án elesett, jobb oldali csípőtájék sérült”. Más esetekben a jelen panaszok megfogalmazása igen rövid: „Jobb bokája fáj”; „Jobb kéz sebe fájdalmas”.

3.1.2. Állapotregisztráció (ápolási felvételi státusz)

Az állapotfelmérés az alapinformációk ismeretében már szakmaspecifikusan készül. Az ápolási helyzetfelmérés során különböző megfigyeléseket és vizsgálatokat végeznek el. A felvételt végző ápoló köteles rögzíteni a páciens kardinális tüneteit (vérnyomás, pulzus, hőmérséklet) (Papp & Újváriné, 2014: 36), tudati állapotát, valamint a fájdalomra, életmódra, önellátóképességre

vonatkozó adatokat. A dokumentumot szakápoló tölti ki a saját megfigyelése és a NANDA [North American Nursing Diagnosis Association 'Észak-Amerikai Ápolási Diagnózis Társaság'] irányelvei alapján, és az adatokat egy kérdőívben rögzíti pontértékkel megadva a válaszokat.

3.1.3. Ápolási terv

A feljegyzett adatok alapján elkészül az ápolási terv, amely három részre tagolódik: tartalmazza a NANDA osztályozási rendszerének megfelelő (Carpenito, 1996) ápolási-gondozási diagnózisokat, valamint az ápolási-gondozási célokat, az utasításokat és tevékenységeket, a tervezett ápolói beavatkozások összességével együtt. A megfelelően elkészített ápolási terv biztosítja az ápolás gyakorlati kivitelezését. Az ápolási diagnózis „klinikai véleményalkotás a tényleges és lehetséges egészségi problémákra, vagy életeseményekre adott egyéni, családi, vagy közösségi reakciókról” (Papp & Újváriné, 2014: 37). Feljegyzésük priorizálás alapján történik a beteg egyéni igényeire koncentrálva. Az ápoló az egészségügyi ellátási csoport többi tagjával együttműködve határozza meg a célokat.

Az ápolási diagnózisok és az ápolási célok formális, kötött, konvencionizált mintákat követnek. Az ápolási diagnózis elkülönül az orvosi diagnózistól, a betegség által kiváltott állapotra adott reakciókra összpontosít, és kiegészíti az orvosi diagnózist. Az ápolási terv tartalmazza a felmért humán- (ápoló személyzet, dietetikus, gyógytornász, terápiais munkatárs) és tárgyi erőforrásokat. Az ápolási terv időbeli meghatározással különíti el a feladatokat: rövid távú (1–3 napig tartó), középtávú (3–30 napos) és hosszú távú (30 napon túli) terveket fogalmaz meg (Papp & Újváriné, 2014: 39).

Az ápolási terv első része, az ápolási diagnózis a felvételtkor stáusz leírását tartalmazza. A 19 ápolási tervben összesen 56 különböző ápolási diagnózis és azokhoz tartozó ápolási cél adatolható. Végig nagybetűs címszavakban adja meg a beteg állapotának ápolási szempontból lényeges jellemzőit, például „SZÁRAZ BŐR, IDÜLT FÁJDALOM, FOGPROTÉZIS, HÓLYAGKATÉTER, KÖRÖM, MOZGÁSKORLÁTOZOTT, MOZGÁS NEM MEGFELELŐ, HELYVÁLTOZTATÁS SEGÉDESZKÖZZEL, CSÖKKENT [LÁTÁS]/szemüveggel, VÁLTOZÓ ÉRZELMI ÁLLAPOT, VIZELET INKONTINENTIA” [sic!]. A címszavak után felsorolja a beteg állapotából következő lehetséges kockázatokat, leíró névszói szerkezetekkel, sokszor -ás/-és képzős igéből képzett főnevekkel (*szorongás, csökkenés, önellátás, károsodás, fertőzés*). Leggyakoribb szava a *kockázat* (349), például *Baleset kockázata* (51), *Sérülés kockázata* (23), *Fertőzés kockázata* (75). Ezt követi a *csökkent* (113) melléknévi igenév (többnyire *Az erőkifejtés csökkent türése* kifejezésben) (54). Gyakori még a *zavar* (100) szó (például: *Társas kapcsolatok zavara; Gondolkodási folyamatok zavara*). Gyakoriságban a következő *fertőzés* (75) és a *fájdalom* (63), ezt a *szorongás* (62) és az *önellátás* (51) szavak követik (az

Önellátás hiányának tünetegyüttese rögzítése miatt), valamint az *elégtelen* (45) (például az *előírások elégtelen megvalósítása*).

Az ápolási terv a dokumentum második felében az ápolási célokat fogalmazza meg. Az ápolási diagnózisok kockázataira reflektálva szerepelnek az ápolási célok, például „A beteg együttműködésének elnyerése; A higiénés szükségletek kielégítése, az önellátási deficit megszüntetése”. Az *-ás/-és* képzős igéből képzett főnevek itt is dominálnak: *szorongás megszüntetése; kóros vizeletürítés kezelése; zavartság csökkentése; inaktivitás mérséklése*.

3.2. *Ápolási lap, Ápolási jelentés (átadó, dekurzus) és Ápolási tevékenységek*

Az ápolási folyamat kivitelezésének lényeges része a pontos írásos dokumentáció vezetése a beteg állapotváltozásainak megfelelően. A beteg osztályon való elhelyezésekor nyitják meg az *Ápolási lap* című formanyomtatványt, amelyet minden esetben hagyományosan, kézírással vezetnek. Többek között itt rögzíthetik a rendelt diétát, a vérnyomást, pulzust, hőmérsékletet, kezeléseket és egyéb rendelkezéseket.

Az *Ápolási lap* hátoldalán található az *Ápolási jelentés* vagy *dekurzus*. A formanyomtatványon egy táblázatban, nappali (6-tól 18 óráig) és éjszakai (18 órától reggel 6-ig) műszakra bontva kézírással jegyzik fel az aznapi ápolási eseményeket, a beteg állapotában bekövetkezett változásokat. Az ápolásért felelős szakdolgozó a műszak végén összegezve rögzíti a beteggel kapcsolatos megfigyeléseket, ezzel átadja a következő műszakban dolgozónak, ezért nevezik ezt az alműfajt *átadónak* is. Minden esetben tartalmazza a bejegyzést író ápoló aláírását is.

Az általunk vizsgált anyagban használtak egy *Ápolási lap BE-06* elnevezésű formanyomtatványt is, amelyhez nem tartozik szabad megfogalmazású szöveges *átadó*, de a másik típusú *Ápolási lap*-hoz képest több kézzel írt bejegyzést tartalmaz. Az ápolók a dátum és a 6–18, illetve 18–6 időszak feltüntetésével kézzel alakítják ki a nappalos és az éjszakai műszak beosztását. Külön oszlopai vannak a vérnyomás, a pulzus, valamint a bevitt és az ürített folyadékmennyiség beírására. Három oszlopban, a *Vizitrendelések*, az *Ápolási problémák, megfigyelések* és az *Ápolási tevékenységek* alatt találunk rövid, szabadon megfogalmazott bejegyzéseket. Az utóbbi oszlopban szinte mindig az „Áp. [ápolási] lap eMedSolban” bejegyzés szerepel, ami azt jelzi, hogy az *Ápolási tevékenységeket* az elektronikus rendszerben rögzítették. Az utolsó oszlopban az ápoló aláírása található.

Jelen tanulmányban az *Ápolási jelentés* részletes elemzésével foglalkozunk, mivel csak ez tartalmaz összefüggő, szabadon megfogalmazott szövegrészleteket.

3.2.1. *Ápolási jelentés*

Az *Ápolási lap* hátoldalán kézírással vezetett *Ápolási jelentés* az orvosi dekurzushoz hasonlóan naplószerűen követi a beteg állapotváltozásait. Tartalmazza a beteg állapotára vonatkozó megfigyeléseket, valamint azt, hogy a beteg az ellátásban önálló, együttműködő vagy függő funkcióban vett részt. Feljegyzik benne az orvosi rendeléseket és különböző ellátásokat, az elvégzett tevékenységek idejét, és az ápoló aláírását. Az alábbi példák az ápolási jelentés leggyakoribb tartalmi elemeit szemléltetik:

„R [Reggel] Vitális paraméterei ell. [ellenőrizve]. Gyógyszereit bevette. Evett. Ivott. Dr. X. sebét átkötötte, sebleoltás kiküldve. Mai napon RTG [röntgen] készült. Lába polcolva, jegelve. Nyársápolás történt. Holnap op. [operáció]? vérkeresés tárolásra kiküldve. LMWH [Low-molecular-weight heparin 'kis molekulású heparin'] megadva. Panaszt nem jelzett. Láztalan.

E [Este] Vitális param. [paraméterei] és VC. [vércukor] ell. [ellenőrizve]. Vacsorázott. Gyógyszereit, inzulint magának adja. Végtag polcolva. Éjfélől nem eszik, nem iszik. Holnap műtét lesz. Éjszaka aludt, panaszt nem jelzett. Láztalan, kacsába volt vizelete.”

„R [Reggel] Vit. [vitális] paraméterei, vércukra ell. [ellenőrizve]. Kötését cserélte, drainekeket exelte Dr. X. Gyógyszereit beszedte, inzulint megkapta (reggel, délben) evett, ivott. Antibiotikum lecsepegett. Vizelete ürült kacsába. LMWH [Low-molecular-weight heparin 'kis molekulású heparin'] megadva. Subfebrilis [hőemelkedése van]. Panaszt (hidegrázást) nem jelez.

E [Este] Vitális paraméterei ellenőrizve, esti gyógyszerével ellátva, önállóan mosakodott, részleges ágynemű csere történt. Jegelés alkalmazva. Hő ellenőrizve. Előírt insulink beadva. AB. [antibiotikum(ot tartalmazó infúzió)] rendben lefolyt! Jól aludt. Reggeli AB. [antibiotikum(ot tartalmazó infúzió)] lefolyt. Branülje [vénás kanül] jól vezet.”

Az *Ápolási jelentés* leggyakoribb szavai az *ellenőrizve* (137), a *paraméter* (134), valamint a *vitális* (116). Az ápolási jelentés kötött szókapcsolatai közül ez a három szó legtöbbször együtt szerepel: *Vitális paraméterei ellenőrizve*, rendszerint rövidítésekkel: *vitális paraméterei ell. / vit. par. ell. / Vit. paraméterei ell.* Ezekkel a kifejezésekkel rögzítik a beteg kardinális tüneteinek – a vérnyomás és a pulzus, valamint a testhőmérséklet – ellenőrzését, amelyet egy nap többször is elvégeznek. Ez után következik a *gyógyszer* (123) főnév, majd a *bevette* (77) ige a *gyógyszer* szóval alkotott szókapcsolatban: *gyógyszereit bevette* (71). A 6. leggyakoribb szó a *nem* (76), valamely tény hiányát jelezve: *láza nem volt, panasza nem volt, nem volt széklete, anticoagulánst nem kapott*; gyakrabban azonban a beteg cselekvéseit leíró igei szószerkezetekben adatható: *panaszt nem jelzett, nem eszik, nem iszik, nem akar, nem fogadott el, nem kért.*

Ebben a narratív szövegtípusban az események leírására igék használata jellemző, például *bevette* (77), *megkapta* (71), *aludt* (58), *mosakodott* (34) stb. Egyaránt használnak jelen és múlt idejű alakokat, például *evett-ivott* (29) *eszik-*

szik (16). Az ápolási tevékenységek és események közül kiemelendő a *cserél* (40), *vezet* (25), *lecsepeg – csepeg* (16; 12). Az infúziós, illetve transzfúziós terápiák megtörténtét a *lefolyt* (55) – *infúzió / AB* [antibiotikum] / *vér lefolyt* –, valamint a *csepeg / csepegett* (12), *lecsepegett* (16) igealakokkal fejezik ki.

Az ápolói cselekvéseket nominális mondattal vagy *-va/-ve* határozói igeneves alakokkal írják le: *csere* (27): *ágynemű csere* (sic!), *cserélve* (29): *ágynemű / lepedő cserélve*, *levéve* (24): *teljes labor / vérkép / haemokultúra levéve*. A gyógyítók és az ápolók tevékenységét igéből képzett főnevekkel és a *történt/megtörtént* igealakokkal fejezik ki: *nyársápolás történt, műtét altatásban történt, ágynemű csere történt*.

A melléknevek közül többnyire a pozitív jelentéstartalmúak szerepelnek: *lázatlan* (63); *jól* (43): *jól vezet, jól aludt, jól ürült*; *bőven* (10): *vizelete bőven volt / ürült*.

3.2.1.1. Terminológiai elemzés

Az ápolási jelentésben kizárólag magyar anatómiai neveket használnak, rendszerint az oldaliság megjelölésével: *jobb / bal kézfej; bal kéz II. ujját, bal karjába, lábát terheli, lábán kötéscsere, lebeny melegítve*, egy korábbi, baleseti sebészek anatómiai névhasználatával kapcsolatos vizsgálat eredményeihez hasonlóan (Fogarasi, 2016: 329). Összességében kevés a latin terminusok száma: *subfebrilis* [hőemelkedéses], *per os* [szájon át], *anticoagulans* [véralvadástgátló], *haemokultúra* [a vér mikrobiológiai vizsgálata], *hyperaemiás* [vérbő]. Az eszközök nevei között megtalálható a latin *infúzió*, a görög eredetű *katéter*, az angolból átvett *drain*, a francia eredetű *redon* (< Redon francia sebész nevéből), a *kanül* és a *fixateur* (*fixator* írásmóddal) (Mány & Varga, 2022), valamint a Braun cég vénás kanüljének kizárólag Magyarországon használatos *branül* (<*Braun* + *kanül*) elnevezése.

Az ápolási jelentésekben az egészségügyi nyelvhasználat szleng rétegébe sorolható igék, szórövidülések is előfordulnak: *exel* [kihúz], *negál* [nem jelez], *trafó* [transzfúzió], *anesztes* [aneszteziológus], *ECHO* [echographia], *postop.* [postoperatív 'műtét utáni']. Találunk igei értékben használt latin prepozíciókat is, mint *PVK. in* [perifériás vénás katéter be], *katéter ex* [ki].

A terminológia körébe tartoznak a betűszók is, mint például *EKG* [elektrokardiográfia], *CT* [komputertomográf], *RTG* [röntgen], *AITI* [Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet]. A traumatológiai osztályon végzett eljárások betűszavai között sok az angol eredetű, például *LMWH* [Low-molecular-weight heparin 'kis molekulású heparin'], *VAC* [vacuum-assisted closure 'vákuum asszisztált sebkezelés'].

3.2.1.2. Helyesírási kérdések

Az ápolási jelentés írásgyakorlatában tükröződnek a magyar orvosi nyelv helyesírásának nehézségei. Egyrészt ingadozik és következetlenséget mutat a terminusok idegenes és magyaros írásmódja, ami nem normatív, hibrid írásmódhoz vezet (Ludányi, 2021). A latinosan írt szótó és magyarosan írt szóvégződés megfigyelhető a görög–latin szavak toldalékolásában, szóképzésében és összetételeiben is: *anticoagulánst megkapta, hypoglikémiás, hypertóniás, haemokultúra*.

A másik nehézséget a különírás-egybeírás jelenti. Ezen a területen jellemző a nem normatív különírás, amely nem jelzi a tagok közötti összetételi viszonyt (Ludányi, 2013): *kötés csere, ágynemű csere*. Különösen abban az esetben figyelhető ez meg, ha az előtag idegen szó vagy rövidítés: *fixator csere, infúzió szerelék, oxigén terápia, RTG vizsgálat, foly. pótlás* [folyadékpótlás], *fájd. csill.* [fájdalomcsillapítót] *igényelt*.

A normatív helyesírást nem követő írásmód az ápolási dokumentáció egészére jellemző, beleértve az elektronikus rendszerben választható menüpontok írásgyakorlatát, például az *Ápolási tevékenységekben: Segítség az akaratos hólyag és bélürítéshez; Hólyag katéter behelyezése; Hólyag katéter kivétel*.

3.2.1.3. Rövidítések

A helytel és az idővel való takarékoság érdekében az ápolási jelentés sok rövidítést használ. Ugyanazon kifejezéseknek különböző rövidítései lehetnek: *vit., vitál.* [vitális], *par., param.* [paraméterei], *AB, antibiot.* [antibiotikum], *T.L.* és *TL* [teljes labor]. Mindezek alapján megállapítható, hogy egységes, intézményre jellemző rövidítésjegyzéket nem használnak, ugyanakkor a különböző rövidítésvariánsok nem jelentenek problémát a szöveg megértésében.

Az ápolási jelentésre jellemző a betűszószerűen, szóköz és pont nélkül, csupa nagybetűvel írt rövidítések használata, mint *VC* [vércukor], *AB* [antibiotikum], *TL* [teljes labor], *FV* [felső végtag], *OP AV* [operált alsó végtag]. A rövidítésszerű jelek közé tartoznak a mértékegységek: *E* [egység] (Ludányi & Varga, 2021).

3.2.2. Az Ápolási tevékenységek

A papíralapú *Ápolási lap BE-06* elnevezésű formanyomtatványon szereplő *Ápolási tevékenységek* oszlopban az „Áp. [ápolási] lap eMedSolban” bejegyzés jelzi, hogy elektronikusan rögzítették. Az elektronikus felületen egy listából választhatók ki az elvégzett tevékenységeket tartalmazó menüpontok, például *Pulzus mérése, Vérnyomás mérése, Légzésszám számolása, Testhőmérséklet mérése*. Lehetséges szabadon megfogalmazható bejegyzések beírása is, az *Ápolói megfigyelések, események* menüpont alatt, például *éjszaka aludt, panaszt nem jelzett; panaszmentes, láztalan*, és a kódokkal kiválasztott tevékenységek menüpontjai mellett is, például az *Infúziós terápia* mellett beírható a beadott készítmény neve és mennyisége: *1500 ml Isolyte*.

3.2.3. Lázzlap

A lázzlapot az orvos és az ápolók közösen vezetik a hagyományos papíralapú formanyomtatványon, ezért ez az alműfaj egyaránt részét képezi az orvosi és ápolási dokumentációnak. A lázzlapnak tartalmaznia kell a beteg azonosítóján és kórisméjén kívül az orvos által előírt gyógyszereket és beavatkozásokat, a vitális paramétereket, laboreredményeket, a felvett és ürített folyadék mennyiségét, valamint a lázgörbét. Az orvos tölti ki az étrenddel kapcsolatos utasításokat, a diagnózis meghatározásához szükséges vizsgálatokat, a terápiás előírásokat, gyógyszerek elrendelését, valamint a gyógyszeradagolást.

3.3. Ápolási zárójelentés

A beteg otthonába vagy másik intézménybe történő eltávozásakor egy összefoglaló dokumentumot készítenek, amelynek tartalmaznia kell az ápolás időtartamát, az elbocsátás dátumát, a zárást végző szakdolgozó és az osztályvezető ápoló aláírását, az elbocsátáskori állapotot, a további szakápolási igényt, továbbá az életmódot érintő tanácsokat. Az elhelyezéstörténet (ápoló napok száma, bekerülés dátuma, kórházba kerülés oka) után a zárójelentésben a klinikai diagnózisok felsorolása következik, amit a távozásra vonatkozó adatok megadása követ: távozás típusa, módja, valamint a vitális paraméterek (vérnyomás, pulzus, testhőmérséklet) és a tudatállapot. Az ápolási zárójelentés tartalmazza a beteg bekerülése óta történt változásokat és az elért eredményeket; a gyógyszerek és az ajánlott étrend leírását.

A dokumentum *Eredmények* részének leggyakoribb szavai az *otthon* (28), *igényel* (20), *beteg* (20), *állapot* (18), *segítség* (18). Ezeket követik az elbocsátás körülményeit leíró kifejezések: *(orvosi) utasításokkal ellátva* (32), *zárójelentést megkapta* (16), illetve a további, otthoni kezelésekre vonatkozó utasítások: *segédeszköz használatára való betanítás* (10), *tornát továbbra is végezze* (10).

A kórházba kerülés oka is megtalálható a zárójelentésben. Az anamnézishez hasonlóan rendszerint az *elmondása szerint* (16) kifejezéssel kezdik. A kórházba kerülés okai egyeseken tartalmaznak magyar és latin diagnózisokat és kórelőzményeket, például *mindkét oldali sacroiliacalis arthrosis* [csípőkeresztcsonti ízület porckopásos betegsége] *műtéti ellátása céljából*, vagy: „a jobb kéz III. ujj bőrelhalását mutatták demarkációval [elhatárolódás], emiatt osztályos felvételét követően ...-én necrectomiát [elhalt szövetelemek eltávolítása], majd amint a sebalap lehetővé tette ...-én félvastag bőr pótlást végeztünk”. Gyakorik az *otthonában elesett* (7), illetve a *(testrésze) sérült* (10) kifejezések, valamint a *jobb* (15) és a *bal* (8) szó a sérülés oldaliságának megjelölésére. Feltüntetik azt is, hogy hogyan került a beteg az ambulanciára: *OMSZ [Országos Mentőszolgálat] szállítja/szállította* (9).

Az ápolási zárójelentésekben összesen 21 klinikai diagnózist találtunk. Az állapotok vagy beavatkozások megnevezésére görög–latin terminusokat, latin rövidítéseket és a diagnózisok BNO kódját használták. Az ápolási zárójelentés

korpuszában összesen 11 kóddal jelölt beavatkozás fordult elő. Csupán néhány esetben szerepelt magyarul a diagnózis: *A szeméremcsont törése S3250*. Ugyanazon beteg különböző diagnózisai vegyesen, magyarul és latinul is szerepelhetnek: *A keresztcsont törése S3210; Decollement femoris l.d.* [jobb comb súlyos lágyrész sérülése] *S7010*. Egy korábbi vizsgálat eredményeivel megegyezően (Fogarasi 2018) az ápolási zárójelentésben szereplő magyar diagnózisok egyetlen esetben sem voltak specifikusabbak, mint a latinul megfogalmazott diagnózisok. A latin diagnózisok terminológiai szempontból kivétel nélkül jóval pontosabbak voltak, mind a sérülés típusának meghatározásában, mind pedig az oldaliság megjelölésében, például: *Necrosis cutis phal. prox. dig. III. m.d.* [Necrosis cutis phalangis proximalis digiti tertii manus dextrae 'a jobb kéz középső ujj alappercének bőrelhalása'].

A közvetlenül a betegnek szóló utasításokat a klinikai zárójelentés epikríziséhez hasonlóan felszólító igealakok fejezik ki: *a gyógytornász által betanított tornát továbbra is végezze*; néhány esetben tiltás formájában: *Végtagját ne keresztezze!*

Rövidítések elsősorban a diagnózisokban szerepelnek, ahol legtöbbször az orvosi dokumentációban általános rövidítéseket használják, például *st. p.* [status post 'utáni állapot']; *l.d.* [lateris dextri 'jobb oldali']; *l.s.* [lateris sinistri 'bal oldali']. Ezen kívül előfordulnak a mértékegységek általános rövidítései: °C [Celsius-fok], *mg* [milligramm], és az ápolási folyamat során használt kezelések rövidítéseit: *inj.* [injectio 'injekció'], *szuszp.* [szuszpenzió]. A magyar eredetű betűszavak és rövidítések elsősorban az intézmények neveiből alakultak ki: *SBO* [Sürgősségi Betegellátó Osztály], és az *OMSZ* [Országos Mentőszolgálat], *eü.* [egészségügyi].

4. Megbeszélés

Az ápolási dokumentáció bemutatott dokumentumtípusai funkciójukat tekintve párhuzamba állíthatók és megfeleltethetők az orvosi dokumentáció betegellátás során keletkező dokumentumaival, mint az anamnézis, státusz, dekurzus, zárójelentés (epikrízis); azonban formai, tartalmi, stilisztikai és terminológiai téren számos különbséget tapasztalhatunk. A legfontosabb eltérés az, hogy az orvosi dokumentáció fent említett műfajai kivétel nélkül szabadon megfogalmazott szövegalkotással jönnek létre, míg az ápolási dokumentációban csak az *Ápolási jelentést* írják ilyen módon.

Az ápolási anamnézis többnyire átveszi és megismétli az orvosi anamnézis szövegét. Talán ezzel is magyarázható, hogy az orvosi nyelv görög–latin terminusait, illetve az egyre nagyobb tért nyerő angol betűszókat használják. Fontos azonban megjegyezni, hogy az ápolási anamnézis mindig tartalmaz egy kérdőíves részt is, míg az anamnézis felvételének ez a formája csak az utóbbi időben jelent meg az orvosi dokumentációban (Barta & Varga, 2023).

Az orvosi státusz megfelelőjének tekinthető *Állapotregisztráció* és *Ápolási terv* összeállítása adatgyűjtés útján történik, amely történhet a beteg megfigyelése, a vele való kommunikáció, valamint vizsgálatok, mérések (testhőmérséklet, pulzus, testen levő elváltozás megfigyelése) útján (Papp & Újváriné, 2014: 36). Az adatok rögzítésének sorrendje az orvosi státuszéhoz hasonló, de az utóbbi mindig a fizikális vizsgálatok tapasztalatait és eredményeit követi (Varga et al., 2022). Szövegtípusát tekintve mindkettő leíró (Károly, 2007: 134).

Az ápolási anamnézis és az állapotregisztráció alapján állapítják meg az ápolási diagnózisokat, amelyek nem azonosak a klinikai diagnózisokkal: céljuk ugyanis az ápoló önálló kompetenciájába tartozó, aktuális vagy fenyegető egészségi probléma írásbeli megfogalmazása. Az ápoló feladata a problémának, és nem annak okának a megoldása (Papp & Újváriné, 2014: 37). Az ápolási diagnózisok konvencionalizálódott, kötött, nominális szókapcsolatok, amelyeket ápolóink a NANDA osztályozása szerinti *Ápolási diagnózisok* (Carpenito, 1996) magyar fordítása alapján tanulják meg a képzésük során, míg az orvosok az orvosi státusz konvencionalizált kifejezéseit a gyakorlatban sajátítják el.

A klinikai zárójelentéssel párhuzamba állítható ápolási zárójelentés tartalmazza az elhelyezéstörténetet (megfeleltethető az orvosi anamnézissel), valamint a változásokat, elért eredményeket, és az ápolás befejezésének az okát vagy folytatásának az indokát. Az utóbbiakat ápolási epikrízisnek tekinthetjük. A *Változások, elért eredmények* az ápolási terv megvalósulását tükrözik: „A beteg kielégítő ált. [általános] állapotban betegszállítóval otthonába távozik. Sebe rendben. Kötése tiszta. Járókeret segítségével sétál. Decubitusa [felfekvés] nincs”. A betegedukáció során elsajátított készségeket is itt rögzítik: „Önellátó, mobilis [mozgási] képességét visszanyerte. Fájdalma megszűnt. LMWH [vérárvadásgátló] beadását elsajátította. Láztalan. Gyógytorna keretében elsajátított gyakorlatokat önállóan is elvégzi”. Annak ellenére, hogy az ápolási zárójelentés nem kerül a beteg kezébe, a rá vonatkozó utasításokat is beleírják, függő idézetként vagy felszólító alakkkal: „Felvilágosítást kapott, hogy otthonában a gyógytornász által betanított tornát továbbra is végezze”; „Végtagját ne keresztezze!”.

Az ápolási dokumentáció egyetlen szabad szövegalkotású dokumentuma a *dekurzus*nak is nevezett kézzel írt *Ápolási jelentés*, ezért érdemes részletesen összehasonlítani az orvosi dekurzussal. Mindkét dokumentum naplószerűen, dátummal ellátva sorolja fel a beteggel kapcsolatos eseményeket, azonban az orvosi dekurzust a kezelőorvos egyedül vezeti napi egy alkalommal, az ápolóit pedig az adott nappali és éjszakai műszakban szolgálatot teljesítő ápolók, ezért napi 2 bejegyzést tartalmaznak. Az orvos a gyógyító tevékenység szempontjából írja le a beteg állapotára és az elvégzett beavatkozásokra vonatkozó információkat: „11. 29. Általános állapotában szignifikáns változás nincs, vitális paramétereit tartja, láztalan. Novum panaszt nem említ. Kötése rendben”; „12. 11. Tegnap transzfúzió [vérátömlesztés] szövődménymentesen megtörtént.

Pszichiátriai konzílium alapján esti Frontin dózis megemelésre került. Beteg mától látványosan jobb kedélyállapotban. Csípőjét továbbra is nem megfelelően mozgatja, luxatioprofilaxis [ficammegelőzés] céljából instruáltuk [oktattuk]. Egyébiránt jó általános állapotban, láztalan, kötése száraz”. Az ápolói dekurzus ezzel szemben a beteg jólétére és emellett az ápolói feladatok elvégzésére koncentrált: „12. 13. E [este] Vitális param. [paraméterei] és VC. [vércukor] ell. [ellenőrizve]. Vacsorázott. Gyógyszereit, inzulint magának adja. Végtag polcolva. Éjfél után nem eszik, nem iszik. Holnap műtét lesz. Éjszaka aludt, panaszt nem jelzett. Láztalan, kacsába volt vizelete”.

Az orvosi dekurzus több olyan görög–latin terminust használ, ami nem adathozható az ápolási jelentésben: „12. 12. Láza nem volt. Kötéscsere. Nyársak rendben. Az I-es metatarsusból [lábközepcsont] eltávolított nyárs helyén pus [genny] ürül. Talpi felszínen középső harmadban egy 2x2 cm-es hyperaemiás [vérbő] terület jelent meg. Sebek egyebekben reakciómentesek (Dr. X. látta). RTG [röntgen] készült”. Egyes cselekvések latin és magyar terminusokkal is szerepelnek: *opus* (6), rövidített formában: *op.* [opus ’műtét’], valamint magyar megfelelője, a *műtét* (14) is. Az *emissio* [elbocsájtás] (20) / *emisszió* (7), *konzílium* (12) / *consilium* [orvosi tanácskozás] (2), *obszerváció* [megfigyelés] (4) esetében kizárólag a latin terminust használják. Szóképzési dublettet figyelhetünk meg a *mobilizáció* [beteg mozgatása] (22) és a *mobilizálás* (21) esetében.

Az orvosi dekurzusban kevesebb a rövidítés. Megtalálható benne például a latin *op.* [opus ’műtét’], *postop.* [post operationem / postoperativ ’műtét után(i)’], vagy a magyar *ált.* [általános], *VC* [vércukor], *RTG* [röntgen], *K* [kötés]. Gyakoriak az általános rövidítések is: *cm* [centiméter], *db* [darab]. Az ápolási jelentésben használt rövidítésekkel összevetve kitűnik, hogy közősek az általánosan használt mértékegységek rövidítésszerű jelei, mint *E* [egység], valamint néhány intézmény neve: *AITI* [Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet], *Kh* [kórház], eljárások neve: *Mrtg* [mellkasröntgen], illetve az angol eredetű betűszavak: *VAC* [vacuum-assisted closure ’vákuum asszisztált sebkezelés’], *CRP* [c reaktiv protein ‘c-reaktív fehérje’]. Közősek az egészségügyi nyelvhasználat szleng rétegébe sorolható kifejezések is, mint *katéter ex* [katéter ki].

5. Összegzés

Vizsgálatunk a traumatológiai ellátás során keletkezett ápolási dokumentáció műfaji, terminológiai és stilisztikai elemzésére irányult. A korpusz orvosi dokumentációt tartalmazó részét egy korábbi terminológiai elemzés során részletesen leírtuk (Varga et al., 2021), ami lehetőséget nyújtott e tanulmány keretében az ápolási dokumentáció egyes alműfajainak az orvosi dokumentáció kapcsolódó dokumentumaival való strukturális és terminológiai összevetésére.

Kutatásunk aktualitását alátámasztja az a tény, hogy a korpuszunk gyűjtésével párhuzamosan kezdődött meg az ápolási lap digitális rögzítése, így elsőként volt lehetőségünk leírni azokat a szaknyelvi és terminológiai jellegzetességeket,

amelyek a még teljes mértékben használatban lévő papíralapú, valamint a már standardizált, digitális formában történő dokumentációt jellemzik.

A vizsgált korpuszban található dokumentációs alműfajok egyértelműen igazolják, hogy az ápolási dokumentumok szövegtípusuk tekintetében, strukturálisan, továbbá a megbízottság szempontjából is párhuzamba állíthatók az orvosi dokumentációban szereplő alműfaj párjaikkal, hiszen kommunikációs céljuk és terápiás fontosságuk azonos, noha tartalmukat, diskurzusközösségüket és terminológiai, frazeológiai egységeiket és stilisztikai jegyeiket tekintve eltérnek egymástól.

Az orvosi dokumentációhoz hasonlóan az ápolási dokumentáció terminológiai szempontból pontos vezetése is szükségessé teszi az egyes alműfajok strukturális és terminológiai sajátosságainak pontos ismeretét, valamint a rájuk jellemző konvencionizált rövidítések és szaknyelvi mintázatok használatát. A Semmelweis Egyetem gyakorlatorientált képzésében szükségesnek látjuk, hogy hallgatóink már e szaknyelvi készségek birtokában kezdjék el pályájukat egészségügyi dolgozóként, és az ellátást végző munkacsoport hatékony tagjaiként vegyenek részt a betegek felépülését segítő folyamatokban. A hosszabb ideig kézírásos formában készített dokumentációról az egységes digitális dokumentációs formára történő átváltást is megkönnyítheti a két rendszer adta szaknyelvi és tartalmi dokumentációs lehetőségek tudatosítása, és így a régebbi és az új módszer előnyei kombinálhatókká válhatnak.

Jelen tanulmány az ápolási dokumentáció átfogó elemzésének első szakaszát foglalja össze, és eredményei az egészségtudományi terminológia-oktatás fejlesztésén túl egészségtudományi műfajok fordítási stratégiájának kidolgozását is előmozdíthatják.

Irodalom

- Barta A., Varga É. K. & Fogarasi K.** (2022). Game of Bones: Gamification in Medical Terminology. In McDonnell, D. (ed.), *Conference Proceedings: INCOLLAB International Conference Series 2021*. (34–38). Prága: Czech Technical University in Prague. Letöltés: https://12f1bd4d-443f-4e1e-b5eb-ad20a8bfb8a4.filesusr.com/ugd/529bc2_464fb407e5ae4628b4ded11176e431fe.pdf#page=34
- Barta Andrea & Varga Éva Katalin** (2023). *Szakorvosi terminológia*. Budapest, Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet.
- Bechmann, S.** (2017). Die Sprache der Arztbriefe: Ethnomethodologische Ansätze in der Fachtextanalyse klinischer Arztbriefe. In Bechmann, S. (ed.), *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation* (101–130). Berlin: Frank & Timme Verlag für Wissenschaftliche Literatur.
- Carpenito, Lynda Juall** (1996). *Ápolási diagnózisok*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Cseri Lászlóné** (2002): *Az ápolási folyamat dokumentálása a gyakorlatban*. Letöltés: https://epa.oszk.hu/04700/04711/00014/pdf/EPA04711_nover_2002_02.pdf
- Fogarasi Katalin** (2016). Anatómiai terminusok használatának problémái látletei sérülésleírásokban. In Reményi Andrea Ágnes, Sárdi Csilla & Tóth Zsuzsa (szerk.), *Távlatok a mai magyar alkalmazott nyelvészetben* (322–332). Budapest: Tinta.
- Fogarasi Katalin** (2018). A diagnózis jelentése és jelentősége a beteg szemszögéből. In Dombi Judit, Farkas Judit & Gúti Erika (szerk.), *Aszimmetrikus kommunikáció – aszimmetrikus viszonyok* (774–804). Bicske: SZAK.

- Fogarasi Katalin & Patonai Zoltán** (2021). Az egészségügyi dokumentáció szerepe és jelentősége. Az akut ellátással, sérülésekkel és a halál okával kapcsolatos orvosi dokumentumok. In Fóris Ágota & Bölcskei Andrea (szerk.), *Tartalomfejlesztés és dokumentáció. Nyelvészeti kutatások* (265–288). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó.
- Fölker Juszti** (2014). *A Pécsi Tudományegyetem medikai rendszerének mobil alkalmazása*. Letöltés: <http://nws.niif.hu/ncd2014/docs/ehu/063.pdf>
- Halász Renáta & Fogarasi Katalin** (2018). Arztbriefe im medizinischen Fachsprachenunterricht Deutsch. Eine kontrastive Textsortenanalyse. *Journal of Languages for Specific Purposes*, 5, 87–102.
- Horváth Á.** (2023). Translations for patient safety communication: Vital documents in the Hungarian health sector. *STRIDON: Studies in translation and interpreting*, 3(1), 5–27. doi: 10.4312/stridon.3.1.5-27
- Károly Krisztina** (2007). *Szövegtan és fordítás*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Kurtán Zsuzsa** (2003). *Szakmai nyelvhasználat*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kurtán Zsuzsa** (2014). Szaknyelvi regiszterek és nyelvhasználati szinterek. *Porta Lingua*, 35–46.
- Ludányi Zsófia** (2013). Többszörös (?) összetételek a magyar orvosi helyesírásban. *Magyar Orvosi Nyelv*, 1, 30–35.
- Ludányi Zsófia** (2021). A szaknyelvek helyesírásának szabályozásáról. Elmélet, gyakorlat, dilemmák. In Fóris Ágota & Bölcskei Andrea (szerk.), *Tartalomfejlesztés és dokumentáció. Nyelvészeti kutatások* (147–174). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan Kiadó.
- Ludányi Zsófia & Varga Éva Katalin** (2021). A szemészeti dokumentáció jellegzetességei. In Fóris Ágota & Bölcskei Andrea (szerk.), *Tartalomfejlesztés és dokumentáció. Nyelvészeti kutatások* (327–360). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó.
- Mány Dániel & Varga Éva Katalin** (2022). Francia eredetű szakkifejezések a magyar orvosi nyelvben. *Magyar Orvosi Nyelv*, 21(1), 18–21.
- Oláh Mónika** (2020). Az ápolási dokumentáció hatékony alkalmazásának aspektusai. *Acta Sana*, 13(2), 22–31. doi: 10.14232/actasana.2020.2.22-31
- Pápai Tibor** (é.n.). *A betegvizsgálat és felvétel ápolási specialitásai*. Letöltés: <https://tankorterem.wordpress.com/2019/03/06/a-betegvizsgalat-es-felvetel-apolasi-specialitasai/>
- Papp Katalin & Ujváriné Siket Adrienn** (2014). *Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei*. Digitális Tankönyvtár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. Letöltés: <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/3319>
- Petrányi Gyula** (2009). *Belgyógyászati diagnosztika*. Budapest: Medicina.
- Varga Éva Katalin, Fogarasi Katalin & Patonai Zoltán** (2021). A kórházi ellátás dokumentumai. In Fóris Ágota & Bölcskei Andrea (szerk.), *Tartalomfejlesztés és dokumentáció. Nyelvészeti kutatások* (289–326). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó.
- Varga Éva Katalin, Gyenes Gábor & Fogarasi Katalin** (2022). A státusz terminológiai jellemzői. *Porta Lingua*, 2, 79–90. doi: <https://doi.org/10.48040/PL.2022.2.8>

Források

1997. évi CLIV. törvény (Eütv.). Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
1997. évi XLVII. törvény (Eüak.). Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700047.tv>
- 48/2009. (XII.29.) EÜM rendelet. Letöltés: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/198/fajlok/48_2009_eumr_feldolgozott.pdf
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Letöltés: <https://nanda.org/publications-resources/publications/nanda-international-nursing-diagnoses/>
- Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Egészségügyi dokumentáció vezetésének eljárásrendje. Elérhető: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ