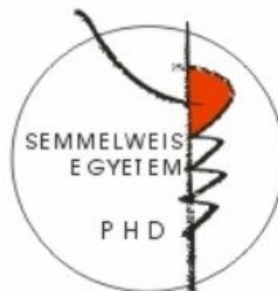


A nyomási fekély ellátásának vizsgálata a minőségi betegellátás kritériumai szerint

Doktori értekezés

Raskovicsné Csernus Mariann

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Hollós Sándor főiskolai tanár, kandidátus

Hivatalos bírálók: Kovácsné Dr. Tóth Ágnes egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Tóth Tímea főiskolai docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván egyetemi tanár, prof. emeritus
Szigorlati bizottság tagjai: Suhajdné Dr. Urbán Veronika főiskolai docens, Ph.D.
Dr. Fritz Péter főiskolai docens, Ph.D.

Budapest
2012

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	3
1. Bevezetés	6
1.1.A holisztikus szemlélet az egészségügyben és az ápolásban.....	9
1.1.1. A holisztikus egészségfelfogás kialakulásához vezető út.....	9
1.1.2. A holisztikus szemléletmód megjelenése az egészségügyi ellátórendszer különböző területein.....	12
1.2.A holisztikus szemlélet érvényesülése a nyomási fekély megelőzése és ellátása során.....	20
1.2.1. A nyomási fekély meghatározása	20
1.2.2. A nyomási fekély előfordulása	22
1.2.3. A nyomási fekély kialakulását és gyógyulását befolyásoló tényezők	24
1.2.3.1. A beteggel összefüggő tényezők	24
1.2.3.2. A nehezen gyógyuló sebbel összefüggő tényezők	28
1.2.3.3. Az egészségügyi személyzettel összefüggő tényezők	30
1.2.3.4. Az egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	34
1.3.A kommunikáció kulcskérdései az egészségügyi ellátásban, ápolásban.....	43
1.3.1. Az egészségügyi ellátás egyes szintjei közötti kommunikáció fő jellemzői	45
2. Célkitűzések	50
2.1. Hipotézisek.....	52
3. Módszerek	53
3.1. A kutatás folyamata	53
3.2. Előfordulási mutatók vizsgálatának rövid leírása	54
3.3. A betegek nyomomonkövetésének vizsgálata.....	56
3.3.1. Mintaválasztás.....	56
3.3.2. Vizsgálati módszer	57
3.4. Az ellátórendszerekben dolgozó ápolók körében készült felmérés	60

3.4.1.	Mintaválasztás.....	60
3.4.2.	Vizsgálati módszer.....	62
3.4.3.	Megelőző pilóta tanulmány és validitásvizsgálat.....	66
4.	Az eredmények bemutatása	67
4.1.	A betegek nyomonkövetési eredményeinek bemutatása.....	67
4.2.	Az ellátóterületeken dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek bemutatása	75
5.	Megbeszélés.....	107
5.1.	A beteg nyomonkövetési vizsgálat eredményeinek megbeszélése	107
5.2.	Az ellátóterületeken dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek a megbeszélése.....	112
5.3.	Hipotézisvizsgálat.....	117
5.4.	A felmérés korlátai és erősségei	119
6.	Következtetések.....	121
7.	Összefoglalás.....	129
8.	Summary.....	130
9.	Irodalomjegyzék.....	131
10.	Saját publikációk jegyzéke	144
11.	Köszönetnyilvánítás.....	147
12.	Mellékletek	149

Rövidítések jegyzéke

ANOVA	- Analysis of Variance
BSc	- Bachelor of Science
CI	- konfidencia intervallum
db	- darab
df	- szabadságfok
EMMI	- Emberi Erőforrások Minisztériuma
EPUAP	- European Pressure Ulcer Advisory Panel
Eü. tv.	- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
EüM	- Egészségügyi Minisztérium
EWMA	- European Wound Management Association
F	- F-próba értéke
H _{0K}	- null hipotézis a kezelésre vonatkozóan
H _{0P}	- null hipotézis a prevencióra vonatkozóan
Id	- Minőségi indikátor időtartamra vonatkozóan
Ip	- Minőségi indikátor időpontra vonatkozóan (negyedévenkénti adott időpontban meghatározott minőségi indikátorok számtani átlaga)
KAITO	- Központi Aneszteziológiai Intenzív Terápiás Osztály
MSc	- Master of Science
MSKT	- Magyar Sebkezelő Társaság
N	- Összes mintaszám
n	- rész minta nagyság
NM	- Népjóléti Minisztérium
NPUAP	- National Pressure Ulcer Advisory Panel
OKJ	- Országos Képzési Jegyzék
p	- szignifikancia értéke
Pd	- Összes tartamprevalencia adott évre vonatkozóan
P _D	- A vizsgált osztályokra (külön-külön) vonatkozó átlagos éves tartamprevalencia
P _{d1-4}	- Negyedévenkénti tartamprevalencia a vizsgált osztályokon

Pp	- Összes pontprevalencia (összes negyedévenkénti pontprevalencia számtani átlaga)
P _{p1-4}	- Negyedévenkénti pontprevalencia vizsgált osztályokon
R	- Pearson-féle korrelációs együttható
SD	- Szórás
SD _{PD}	- A vizsgált osztályokra (külön-külön) vonatkozó átlagos éves tartamprevalencia szórása
SD _{PP}	- A vizsgált osztályokra (külön-külön) vonatkozó átlagos éves pontprevalencia szórása
SEBINKO Szövetség	- Szövetség a Krónikus Seb és Inkontinencia Ellátás Javítására
SPSS	- Statistical Product and Service Solutions
TENS	- Transcutaneous electrical nerve stimulation (elektromos idegstimuláció)
V	- Cramer's V próba értéke
α	- Z-próba értéke
η^2	- parciális éta-négyzet értéke
λ	- Lambda értéke

A kérdőívekben alkalmazott rövidítések:

0	- egyéb
1	- ülőcsont
2	- tompor
3	- keresztcsont
4	- sarok
5	- boka
6	- sípcsont
7	- térd
8	- láb
9	- könyök

B	- bal oldal
I	- igen
I0	- nincs inkontinencia
Ik	- katéter használata
Ikp	- katéter és inkontinencia betét együttes használata
Ip	- inkontinencia betét használata
J	- jobb oldal
M	- mindkét oldal
Mké	- mozgásképtelen
Mko	- mozgáskorlátozott
N	- nem

1. Bevezetés

A nyomási fekély egyre nagyobb népegészségügyi probléma. Előfordulása növekvő tendenciát mutat, melynek okai többek között a lakosság elöregedésében és a multimorbiditás növekedésében kereshetők. Kihívást jelent a lakosság, az egészségügyi-szociális ellátórendszerek és a finanszírozók számára egyaránt.

A rendszerváltás óta eltelt két évtizedben a kórházi ellátás dominanciája továbbra is fennáll. Az egészségügy átalakításának egyik sarkalatos pontja a kórházi fekvőbeteg-szakellátás időtartamának lerövidítése. Ezzel párhuzamosan azonban biztosítani kell annak a lehetőségét, hogy az eddig intézetben végzett kezelések (pl. nehezen gyógyuló sebek ellátása) a betegek otthonában, vagy az alapellátás keretein belül elvégezhetőek legyenek. Mérlegelni szükséges, hogy a költségvetésnek mi éri meg jobban: az intézeti keretek közötti decubitus ellátás, vagy alkalmazott kezelési módszerekhez való hozzájutás elérhetőségének biztosítása az alapellátás rendszerén belül.

A nehezen gyógyuló sebek, így a nyomási fekély ellátása igen hosszú időt, hónapokat vesz igénybe. A nyomási fekélyvel rendelkező beteg ellátása az egészségügyi ellátórendszer legkülönbözőbb területeit érintheti (alapellátás, járóbeteg-szakellátás (pl. otthoni szakápolás), fekvőbeteg-szakellátás). A költséges kórházi ellátás nyomán nem biztosítható, hogy a felfekvés kezelése, annak gyógyulásáig, intézményi keretek között történjen. A kórházból távozó betegek jelentős része szociális intézményekbe, vagy otthonukba kerülhetnek. Ez utóbbi esetben a háziorvosi ellátás, vagy az otthonápolási szolgálat folytatja a szakellátást.

A nyomási fekély kialakulása és gyógyulása nemcsak az ápolás lelkiismeretességén múlik, hanem a beteg általános állapota, a krónikus seb állapota, az eszköz és a kötszerkapacitás nagyban meghatározza. Ugyanakkor a beteg életminősége, életkilátásai is romlanak, ezáltal kérdéses lehet a későbbi rehabilitálhatósága. Mindez a betegeknek további frusztrációt okoz, tovább rontja a gyakran egyébként is csökkent életminőséget,

ugyanakkor kedvezőtlenül befolyásolja az ellátók lelki állapotát is. A sikertelenség, a kudarc élménye, a beteg állapotromlásának a látványa büntudat kialakulásához vezethet, mely rombolja a gyógyításba, ápolásba vetett hitet. A nyomási fekélyrel rendelkező beteget, tehát a testi, lelki és szociális tényezők igen szoros egymásra hatása éri, mely szükségessé teszi, hogy a nyomási fekély kialakulásának megelőzése, valamint az ellátása során a holisztikus szemlélet érvényesüljön.

Az egészségügyben a költséghatékonyság törekvései mellett az eredményesség olykor háttérbe szorul. Gyakran tapasztalható, hogy a megfelelő minőségű ápolás, ellátás biztosítása ellenére a nyomási fekély gyógyulása, kimenetele nem megfelelő, a betegek jelentős része elhalálozik.

A nyomási fekély ellátásának sikere a megfelelő kezelési módszerek megválasztásától is függ. Fontos, hogy a betegek további ellátását végző ápolók pontos információkhoz jussanak a már megkezdett kezelési technikákról. Az egészségügyi ellátás egyes szinterei közötti megfelelő kommunikáció növelheti az alkalmazott kezelési módszerek eredményességét, ezáltal a holisztikus ápolói munka minőségi indikátorának tekinthető.

Az európai uniós normáknak megfelelő ápolásoktatási háttér biztosítja a megfelelő szakmai felkészültséget a nyomási fekély beteg otthonában történő ellátásához. A felfekvés minél hatékonyabb és eredményesebb ellátásának elsőrendű feltétele a beteg pontos nyomonkövetése, melynek érdekében fontos az egészségügy különböző szintereinek összefogása.

A beteget érő fizikai, lelki és szociális hatások, a kialakult nyomási fekély gyógyhajlama, az egészségügyi dolgozók szakmai felkészültsége és attitűdje, valamint az egészségügyi ellátórendszer minőségügyi érzékenysége, szervezettsége, a háttérben álló oktatási-képzési rendszer lehetőségei mellett a nyomási fekély kialakulásának megelőzését, valamint az érintett betegek ellátását befolyásolja annak folyamatossága. Ennek biztosításához olyan szervezett és fegyelmezett, szabályozott kommunikációs rendszer szükséges, amely a beteg ember érdekében történik, valamint biztosítja a minőségi ellátást.

A kutatási munka célja rávilágítani az egészségügy különböző szinterein dolgozó ápolók közötti kommunikáció fontosságára, mellyel a betegcentrikusság, a holisztikus szemlélet és a költséghatékonyság a szakmai minőség fokozásához vezet. A dolgozat az első lépés annak bemutatására, hogy az ellátóterületek közötti kapcsolat, ezáltal a kommunikáció eredményessége, hatásossága, hatékonysága befolyásolja az ellátás minőségét.

1.1. A holisztikus szemlélet az egészségügyben és az ápolásban

1.1.1. A holisztikus egészségfelfogás kialakulásához vezető út

Az egészség fogalmának meghatározása igen sokrétű, multidimenzionális és relatív (objektív és szubjektív) komponensekből áll, valamint megközelítésének módjaitól függ. (Blaxter 1990)

Az egészségdefiníciók megközelítését tekintve negatív és pozitív szemléletmódokkal találkozhatunk. A negatív szemléletmód során az egészséget úgy határozták meg, mint valamely testi-lelki betegségek hiányát. (Aggleton 1990, Clarke 2010)

Az ősi kultúrák (pl. kínai, hindu, görög stb.) egészségről alkotott felfogásában az egyéni belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotra helyeződik a hangsúly.

Az egészségügyi ellátásban a XIX. században a biomedikális (biológiai-orvosi) ellátási modell gyökerezett meg. A reneszánsz korának dualista felfogása szerint a test és a lélek elkülönültek egymástól, mely lehetővé tette a betegségek kialakulásának okaira való koncentrációt. A betegségek gyógyításakor az ember, mint biológiai lény volt a középpontban, ezáltal a beteg ellátása (gyógyítása és ápolása) csak a betegség kezelésére fókuszált. Ez a felfogás kedvezett ugyan a tudományos ismeretek bővülésének, az orvostechnika fejlődésének, azonban a beteg az ellátás passzív elfogadója volt csupán. Az ápolás is követte ezt az orvosi irányzatot, az ápoló szorosan az orvos mellett, annak kiszolgálójaként, az előírt kezelések végrehajtójaként vállalt szerepet az ellátásban. (Pearson és Vaughan 1986)

Az 1960-as évektől kezdődően szemléletváltás indult meg. A testi betegségek mellett hangsúlyt kapott az ember személyisége, valamint ezen túlmenően a betegségek kialakulásának szociális tényezői is. (Csabai és Molnár 1999)

A World Health Organisation (WHO) egészség meghatározásában a pozitív szemléletmód jelenik meg: az egészség a teljes fizikai, lelki és szociális jóllét állapota, nem csak a betegség vagy fogyatékoság hiánya. (WHO 1946) Az egészséget továbbá

alapvető emberi jogként fogalmazza meg faji, vallási, politikai meggyőződésre, gazdasági vagy társadalmi helyzetre való tekintet nélkül. Ugyanakkor a béke és a biztonság elérésében, az egyén és a tagállamok legteljesebb együttműködésén alapuló, alapvető emberi értéknek nyilvánítja. Hangsúlyozza a kormányok felelősségét a népek számára a megfelelő egészségügyi és szociális intézkedések meghozatalában. (WHO Basic Document 2012)

Az egészség funkcionalista-strukturális megközelítésében az egyén azon optimális képességét jelenti, amely szükséges ahhoz, hogy hatékonyan el tudja látni társadalmi szerepeit, feladatait (főként munkahelyi és otthoni tevékenységeit illetően), amelyekre szocializálódott. A szociológiai modell azt vizsgálja, hogy milyen társadalmi tényezők hatására alakulnak ki a betegségek, továbbá a beteg egyénhez megváltozott kötelezettségeket és jogokat rendel. (Vingender 2004)

Ehhez kapcsolódik az egészség, mint egyfajta attitűd megjelenése, ami az egyén azon törekvését és készségét helyezi az előtérbe, mellyel a változó környezethez, körülményekhez alkalmazkodik. (Aggleton 1990) Ezen készségek kibontakozásában az egyén kulturáltsága, énképe, személyközi kapcsolatai, ún. másodlagos devianciák¹, valamint a stigmatizáció befolyásoló hatásai érvényesülhetnek. (Clarke 2010)

Az egészség megjelenhet, mint árucikk, mely üzleti tartalommal is bír, nem csak elveszíthető, de meg is vásárolható (pl. egészséges étkezési és testedzési programok, luxusszintű egészségügyi ellátások stb.). (Seedhouse 1997) Az egészség ilyen jellegű megközelítésével foglalkoznak az egészségturizmus és az egészség-gazdaságtan, mint új keletű tudományágak. (Jenei 2005)

¹ *Másodlagos deviancia*: egyes betegségek esetén a beteg saját magával kapcsolatos kóros beállítódása, mely révén magatartását, szokásait befolyásolja. (pl. Egy epilepsziás beteg nem mer önállóan közlekedni a forgalmas utcán, mert fél az esetleges rosszullettől. Ez számára súlyosabb depressziós állapotot eredményez, mint maga az organikus betegsége.)

Az egészség fogalmának értelmezési lehetőségeit Pierret az alábbiak szerint foglalta össze:

1) Személyes mód:

- a) egészség és betegség: az egészség kapcsolatban van a betegséggel és a gyógyítással;
- b) egészség és termék: az egészség egy elérni kívánt tárgy, de ez az elérés különböző tényezőktől függ.

2) Személytelen mód:

- a) egészség és eszköz: az egészség, mint érték a vagyon egy formájaként jelenik meg;
- b) egészség és intézmény: az egészség a közpolitika és intézményrendszerével való kapcsolatot jelenti. (Pierret 2003)

A holizmus filozófiája az embert egészként szemléli, melyben az egyén a teljes fizikai, szellemi és szociális jóllétének (welfare) egységében van jelen. A holosz, görög eredetű szó, teljest, egészet jelent. A holisztika így egészséget, teljességet. A holisztikus egészségfelfogásban az egészség a fizikai, mentális, szellemi, lelki, szociális és szexuális dimenziókban jelenik meg. Az egyén vizsgálata kiterjed a családjára, az életstílusára, a közösségre, a szociogazdasági állapotára, a vallására, valamint minden olyan tényezőre, mellyel a személye összefügg. (Govier 2000) A holizmus egyre inkább integrálódik, beépül a gyógyító ellátásba. (Ball és Binder 2006)

Az ápolásban a holisztikus szemlélet érvényesülése a különböző ápoláselméletekben tisztán nyomonkövethető. Az ápolói hivatás fejlődése során megjelenő ápoláselméletek kezdetben a betegek felmerülő szükségleteire fókuszáltak (Virginia Henderson, Faye Abdellah). Később az ápoló és a beteg közötti kölcsönhatásra (Imogene King), interakciókra, interperszonális kapcsolatra helyezték a hangsúlyt (Hildegard Peplau). További elméletek az ápolást, mint folyamatot értelmezték (Ida Orlando, Martha E. Rogers), ahol a beteg aktív szerepet vállal, valamint részt vesz az öngondoskodási, önellátási képességeinek a fejlődésében (Dorothea Orem). Az ápolás a beteg embert, egy rendszer részeként szemléli az ún. rendszerelméletekben (Betty Neuman, Jean Watson), aki szoros kapcsolatban és kölcsönhatásban van az őt körülvevő mikro-,

illetve makrokörnyezetével. Továbbá, akinek kulturális meghatározottsága fontos befolyásoló tényezőként jelenik meg (Madeleine Leininger).

Napjainkban mindezen elméleti megfogalmazások mellett a multidiszciplináris egészségügyi rendszerekben fennáll a holisztikus szemlélet sérülésének, a dehumanizáció kialakulásának a veszélye. Az ösztársadalmi jelenségként mutakozó költségtudatosság begyűrűzik az egészségügyi ellátásba, mely ilyen módon a betegségek minél gyorsabb gyógyítására fókuszál. Az ellátás pillanatnyi jellege meghatározza ugyan annak prioritásait, ami során akár csorbulhat a holizmus szemlélete is (pl. sürgősségi, életmentő ellátás alkalmával).

A beteg személyisége, életvitele, az őt körülvevő környezeti tényezők, továbbá a betegségek multidimenzionális, több tényező befolyásoló hatására visszavezethető volta szükségessé teszik az egyén komplex, testi, lelki és szociális kontextusban való megközelítését, ezáltal kezelését és ápolását.

1.1.2. A holisztikus szemléletmód megjelenése az egészségügyi ellátórendszer különböző területein

Az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő egyén, beteg ember ellátása során különféleképpen jelenik meg a holisztikus szemlélet, melyet a következőkben bemutatásra kerülő jogszabályi elvek és szakmai megfontolások szemléltetnek.

Hazánkban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eü. tv.) határozza meg a betegek ellátásának ellátórendszerek szerinti szervezeti szintjeit: az alapellátást, a járóbeteg-szakellátást, valamint a fekvőbeteg-szakellátást.

Az **alapellátás** intézeten kívüli (extramuralis) ellátási forma, melyet a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében kell biztosítani, úgy, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. (Eü. tv. 88. § (1))

Az alapellátás célja a lakosság egészségi állapotának a figyelemmel kísérése, a megelőző ellátások végzése (fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képesség fokozása, szűrővizsgálatok elvégzése, korai egészségkárosodások felismerése, egyes esetekben az egészségi alkalmasság megállapítása), betegségek, vagy azok szövődményeinek a diagnosztizálása, valamint intézkedések megtétele a kóros eltérések megszüntetésére (gyógykezelés elvégzése, szakorvoshoz irányítás, gondozás, házi ápolás, rehabilitáció, beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése). (Eü. tv. 79. §, 88. § (2))

Szakmailag az egészségügyi alapellátás körébe tartozik, és egyben kötelező feladat is

- a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás,
- a fogorvosi alapellátás,
- a védőnői ellátás,
- az iskola-egészségügyi ellátás (iskola-orvosi és iskola-fogorvosi),
- az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás,
- a foglalkozás-egészségügyi alapszintű ellátás, valamint
- a házi ápolás, amelyekben a jogalkotó eltekinthet a kötelezéstől.

A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet előírásai meghatározzák a feladatok elvégzéséhez szükséges kompetenciákat, melyben külön kitér „a háziorvosi ellátáshoz kapcsolódó önálló ápolási és egyéb egészségügyi tevékenységet végzőkre is”. A 12. § (1) és (2) bekezdései értelmében az ápolási feladatok önállóan körzeti ápolói, vagy körzeti-közösségi szakápolói, vagy ápolói (OKJ szám: 54 5012 01), illetve csecsemő- és gyermekápolói (OKJ szám: 54 5012 02), vagy diplomás ápolói szakképesítéssel láthatók el. Még meg nem szerzett szakképesítés esetén a felnőtt szakápoló végzettségű ápoló kötelezettséget vállal arra, hogy jogszabályban meghatározott időtartam alatt teljesíti az előírt szakképesítési követelményt.

Az ápolói tevékenység tartalmát a rendelet 2. számú melléklete tartalmazza:

- részvétel a praxismenedzsmentben;
- a háziorvosi ellátás feladataihoz tartozó ápolási tevékenységek végzése (gyógyszerek beadása, vér- és váladékok levétele, előkészítés az egészségügyi ellátórendszer más szintjein végzett vizsgálatokra);
- részvétel a megelőzés, a szűrés és a gondozás tevékenységeiben (nyilvántartás vezetése, konkrét feladatok ellátása);
- gondoskodik az ellátás során használt eszközök előkészítéséről, fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról;
- gondoskodik a rendelőben alkalmazott gyógyszerek tárolásáról, kezeléséről;
- részvétel az egészségnevelési és egészségügyi felvilágosításban;
- segíti és támogatja az önszerveződő csoportokat;
- biztosítja vagy megszervezi a beteg testi higiéniájának a megteremtését;
- felismeri a veszélyhelyzeteket, és megkezdi a szakszerű elsősegélynyújtást;
- sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetekben önálló döntés alapján értesíti a mentőszolgálatot;
- együttműködik a szociális alapellátás körében működő házi segítőszolgálatokkal, az otthoni szakápolási szolgálatokkal és a védőnői szolgálattal.

Magyarországon az egészségügyi rendszerben elsősorban a kórházi ellátás volt a domináns, ami egy gyenge alapellátási rendszeren alapult (fejreállított piramis). Az egészségügy átalakítása a rendszerváltás óta napirenden van, melynek fő irányvonalai az egészségben eltöltött évek számának növelése, a betegségek megelőzése, gyógyítása, valamint az életminőség fejlesztése. Ez szükségessé teszi az egészségügyi alapellátás prioritásának a megteremtését. (Kincses 1989) Ennek megvalósítására a közösségi ellátás fejlesztésére, a lakosság és az egészségügyi ellátórendszer új kapcsolatainak a kialakítására van szükség, a holisztikus szemlélet figyelembevételével.

A háziorvos feladatainak teljesítésekor a szakmai megfelelés mellett a közösségi ellátói szemlélet, valamint az ellátottak személyközpontú, holisztikus ellátása jelenik meg.

Az egészségügyi szakellátás keretén belül a betegek ellátása történhet a járóbeteg-, illetve a fekvőbeteg-szakellátás (intramurális) szintjein.

A **járóbeteg-szakellátás** általános és speciális formákban jelenik meg. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg a háziorvosa, vagy kezelőorvosa által beutalással, illetve egyes esetekben saját kezdeményezése útján veheti igénybe. Az egyszeri, vagy folyamatos ellátást a beteg lakóhelyének közelében, tömegközlekedéssel biztonságosan elérhető távolságban kell biztosítani. Az általános járóbeteg-szakellátás szintén megelőző tevékenység színtere, továbbá feladatkörébe tartozik még a betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása (akár otthoni szakápolási szolgáltatón keresztül is), rehabilitációja, szakorvosi konzultációja, a beteg másik további szakorvosi vizsgálatra, illetve fekvőbeteg-szakellátásra való irányítása. (Eü. tv. 89. § (1)-(2))

A különleges szakmai tudást, speciális diagnosztikus vagy terápiás háttérrel igénylő betegek ellátása a speciális járóbeteg-szakellátás keretein belül történik. (Eü. tv. 90. § (1)(2))

Az ellátás kimenetelét tekintve a járóbeteg-szakellátás lehet:

- definitív (végleges) ellátás,
- további gondozást előírva a háziorvos felé irányítja a beteget,
- további diagnosztikus beavatkozásra irányítja a beteget,
- további terápiás beavatkozás igénye miatt fekvőbeteg-szakellátásra utalja a beteget.

Mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-szakellátás során a progresszivitás elvének kell érvényesülnie, miszerint minden beteg a betegségének és betegsége kimenetele szempontjából a legmegfelelőbb helyen, megbetegedésének és állapotának megfelelő szintű és mértékű ellátásban kell részesülnön. (2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről)

Szakmailag a járóbeteg-szakellátás körébe tartoznak

- a szakrendelések (szakorvosi rendelőintézetekben),
- a fekvőbeteg intézetek szakambulanciái,
- a foglalkozás-egészségügyi szakellátás,

- a gondozók,
- az otthoni szakápolás,
- az otthoni hospice ellátás.

A betegek otthoni körülmények közötti ellátása nem újkeletű. Az emberiség történelmével egyidős hagyományos ápolás a beteg otthonában, családi környezetében valósult meg. A professzionális „látogató ápoló” fogalma az 1800-as évek közepétől terjedt el. Florence Nightingale (1820-1910) filozófiáját tükrözve a betegek ellátásának helyszínéeként az otthoni ápolás a beteg holisztikus megközelítésének egy klasszikus példája. Az ápolók a beteg fizikai igényei mellett, lelki támaszt nyújtottak a betegeknek, azok saját szociális miliójében.

Európában – így hazánkban is – a XX. században, a I. világháborút követően tolódtott el a betegellátás a kórházak irányába. A kórházak képezték ki az ápolók jelentős részét, akik a körzeti orvosi munkahelyek létesítését követően körzeti ápolóként is elhelyezkedtek. Feladatkörüket tekintve az otthonukban fekvő betegeket ápolták, valamint adminisztrációs feladatokat láttak el. (Farkas 2003)

Néhány évig tartó szakmai előkészítést követően 1996-ban megszületett az otthoni szakápolási tevékenység rendeleti szintű jogi szabályozása. A betegek otthonában, vagy tartózkodásának helyén lehetőséget biztosít szakápolói feladatok ellátására, melyek:

- szondán át történő táplálás és folyadékbevitel végzése és megtanítása;
- tracheális kanül tisztítása, betét cseréje és megtanítása;
- állandó katéter cseréje, vagy rendszeres katéterezés, hólyagöblítés szakápolói feladatainak elvégzése;
- intravénás folyadék- és elektrolitpótlás, parenterális gyógyszerbeadás szakápolói feladatainak elvégzése,
- műtétek utáni szakápolási feladatok végzése, valamint az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, és a mozgás segítése;
- nyitott és zárt sebek, sztómatéria és drének kezelése, szakmaspecifikus szájápolási feladatok végzése műtétet követően;
- dekubitálódott területek, fekélyek szakápolói feladatainak elvégzése;

- betegség következtében az átmenetileg vagy véglegesen csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez, vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok (gyógyászati segédeszközök, a mozgási és a mozgatóeszközök használatának megtanítása, a hely- és helyzetváltoztatás segítése) végzése;
- kiegészítő speciális eljárások (inhalálás, légzésterápia, oxigénterápia, szívóberendezés) alkalmazása;
- tartós fájdalomcsillapítás szakápolói feladatainak végzése;
- beszédterápia alkalmazása, illetve gyógytorna, elektroterápia biztosítása;
- haldokló beteg ellátása;
- otthoni parenterális táplálás végzése krónikus bélelégelenség esetén, szükség esetén dietetikus bevonásával.

Mindezen feladatokon kívül külön kitér a rendelet a beteg pszichés támogatására, valamint „mindazon tevékenységek megtanítására, amelyet a beteg és/vagy családja megtehet a beteg egészségének megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért”. A szakápoló feladatkörébe utalja és kiemeli a folyamatos dokumentálási és jelentési kötelezettséget, melyekhez standard dokumentáció-formákat ad meg. Külön hangsúlyt kap a házi-, illetve kezelőorvossal, továbbá a beteg ellátásában résztvevőkkel történő rendszeres kommunikáció. (20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről)

Otthoni szakápolási tevékenységet 3 éves szakmai gyakorlattal rendelkező diplomás ápoló, vagy más egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező személy, ápoló (OKJ szám: 60 4 3210 12 1 0 04), illetve szakápoló végezhet, aki arcképes igazolvánnyal rendelkezik. A szolgálat vezetését legalább 3 éves szakmai gyakorlattal, OKJ ápoló képesítéssel, vagy egészségügyi főiskolán szerzett intézményvezetői, szakoktatói szakképzettséggel rendelkező ápoló végezheti. Az otthoni szakellátás működtetésének tárgyi feltételiről külön mellékletben szól a jogszabály.

A népesség elöregedése, az orvosi technológia fejlődése, valamint a kórházi ellátás megemelkedett költségkihatásai miatt megnövekedett a társadalmi igény az otthoni szakápolási szolgálatok kialakítása iránt. (Heiligermann 2003)

A **fekvőbeteg-szakellátást** hasonlóan a járóbeteg-szakellátáshoz általános és speciális formákban határozza meg az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény. Az

általános fekvőbeteg-szakellátás a beteg lakóhelye közelében található, ahol fekvőbeteg gyógyintézeti keretek között történik a betegek ellátása, az alábbi módon:

- folyamatos benntartózkodás alatt végzett diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs vagy ápolási céllal történő ellátás,
- folyamatos benntartózkodás nélkül, azonban az előbbiekkal hasonló célból, meghatározott napszakokban történő ellátás (pl. művese kezelés),
- egyszeri, vagy kúraszerű ellátás, beavatkozás, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, vagy azonnali beavatkozás biztosított (pl. egynapos sebészet).

Az általános fekvőbeteg-szakellátást háziorvosi, folyamatos kezelést végző szakorvosi, illetve saját kórházi szakambulancia általi javaslatra, továbbá sürgősségi alapon, saját kezdeményezés alapján veheti igénybe a beteg.

A speciális fekvőbeteg-szakellátás keretén belül, meghatározott lakosságszámra történik a speciális diagnosztikai és terápiás feltételeket, valamint a magas szintű, összetett szakmai ismereteket igénylő ellátások nyújtása. A speciális ellátást a beteg a betegségének speciális volta miatt a háziorvos, a járóbeteg-, illetve a fekvőbeteg-szakellátásról a kezelőorvos, sürgős szükség esetén, valamint a területi ellátási kötelezettség figyelembevételével a beteg ellátását végző orvos, mentőorvos, vagy mentőtiszt beutalása után veheti igénybe.

A gyógyító tevékenységek körében vannak olyan területek, ahol továbbra is a biomedikális szemléletmód van és szükséges is, hogy a középpontban legyen. Ezt a jogi szabályozás is megköveteli, mint pl. a sürgősségi betegellátásban. Az intenzív betegellátás keretei között szintén a biológiai-orvosi modell a hangsúlyos, azonban a humanizmus filozófiája itt is megjelenik például az élet vége szituációkban, a holizmus szemlélete pedig a családdal való kapcsolatokban mutatkozik meg.

A beteg autonómiájának feltétlen tisztelete a holizmus jellegének egy megnyilvánulási formája. A „tájékozott beleegyezés” kritériumainak megfelelően a beteg szabadon dönthet a kezeléséről, választhat a különböző kezelési lehetőségek közül.

A holisztikus ellátás a legpregnásabban mutatkozik meg a közösségi ellátás során, ahol az egyént, legyen akár egészséges, akár beteg, a teljes testi, lelki és szociális valójában vesz részt. A fizikai adottságai mellett figyelembe kell venni gondolkodását, szellemi, értelmi és érzelmi képességeit, beállítódását, valamint az őt körülvevő mikro- és makrokörnyezetet is.

A fekvőbeteg-szakellátás igen magas költségigénye, az ellátás által biztosított magas szakmai és technikai színvonala ellenére, ugyanakkor a megfelelő számú és képzettségű szakdolgozói létszám hiánya miatt, elvész a beteg holisztikus megközelítésű ellátásának a gyakorlata. A betegségek tömeges gyógyítására, a beteg csupán fizikai jóllétének a biztosítására helyeződik a hangsúly. A lelki és a szociális tényezők részlegesen, vagy teljesen háttérbe kerülnek. A beteg-ápoló arány befolyásolja az ápolás minőségét (Aiken és mtsai 2002), így az alacsony ápolói létszám a betegek elégedettségére is kedvezőtlenül hat. (Zrinyi és Zékányné Rimár 2005)

A beteg ember ellátása érdekében az egészségügyi ellátórendszer különböző területeinek (alapellátás, járóbeteg-szakellátás, otthonápolás, fekvőbeteg-ellátás) együttműködése alapvető fontosságú az eredményesség és a hatékonyság biztosítása érdekében.

A krónikus betegségek, valamint az idős emberek, betegek ellátása, ápolása kapcsán az egészségügyi ellátással szoros kapcsolatban lévő szociális gondozás is a holisztikus, komplex ellátás részeként jelenik meg. A nyomási fekély kezelése, a betegek ellátása az egészségügyi, valamint a szociális ellátás területein egyaránt megjelenik, azonban a dolgozat jelenleg az egészségügyi ellátóterületek vizsgálatára korlátozódik.

1.2. A holisztikus szemlélet érvényesülése a nyomási fekély megelőzése és ellátása során

A nehezen gyógyuló sebek, így a nyomási fekély ellátása szintén több ellátóterület munkáját érinti. Ebben a fejezetben a nyomási fekély (decubitus) meghatározását, az előfordulás mutatóit, valamint a kialakulásában szerepet játszó tényezőket kívánjuk bemutatni, mellyel – mind a megelőzés, mind a kezelés tekintetében – a holisztikus szemlélet szükségességét kívánjuk hangsúlyozni.

1.2.1. A nyomási fekély meghatározása

A nyomási fekély fogalmának, valamint súlyossági besorolásának meghatározására két nemzetközi szervezet (European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP; National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) együttműködéseként létrehozott közös definíciókat választottam. Ezek megfogalmazása szerint:

A nyomási fekély (decubitus) a bőr és/vagy a bőr alatti szövet lokális sérülése, amely rendszerint csontos alapon jelentkezik, és a nyomás, vagy a nyomás és a nyíróerő kombinációja okoz. (EPUAP és NPUAP 2009a, 2009b)

A stádiumok (kategóriák, fokozatok) meghatározása már nem mutat teljes egységet, mivel az EPUAP besorolásban a mély szöveti sérülést IV. stádiumúnak nevezik, melyben nem jelenik meg a váladék mennyisége. Ennek kiküszöbölésére az irányelv, az Európában elfogadott besorolást követően az Amerikai Egyesült Államokban alkalmazott további kategóriákat is bemutatja. Ez a különbség akkor okozhat problémát, amikor országok közötti adatokat kell összehasonlítani.

Egységesen négy különböző stádiumot különböztetnek meg:

- I. stádium: Ép bőrön, rendszerint csontos kiemelkedések felett kialakuló nem-elfehéredő kivörösödés (erythema). A bőr elszíneződik, fájdalmas, oedemás, melegebb vagy hűvösebb, puhább vagy keményebb tapintatú, mint a környező szövetek. Sötétebb bőrfelületen kevésbé látható az elfehéredés, ezért sötétebb*

bőrű egyéneknél nehezebb észrevenni, mely miatt a betegek fokozottabb ellenőrzést igényelnek.

- II. stádium:* Részleges bőrhiány, hámphány. A károsodás a hámot, az irhát vagy mindkettőt magában foglalja. Megnyilvánulhat felületes, nyílt fekélyként vöröses-rózsaszín sebalappal, valamint ép vagy nyílt (felszakított), vérrel- vagy véres-savós váladékkal megtelt hólyag formájában is megjelenhet. Kinézetre fényes vagy száraz, sekély fekély, váladék vagy mély szöveti sérülés nélkül. Ezen kategória alá nem sorolhatók a felszakadt bőr, a ragtapaszok okozta mechanikai sérülések, az inkontinenciához társuló dermatitis, a maceráció vagy a kidörzsölődés.
- III. stádium:* Teljes vastagságú bőrhiány, bőr alatti szövetelhalással. A bőr alatti zsírszövet láthatóvá válhat, de a csont, a szalagok vagy az izom nem. Váladék jelen lehet. Kráter alakulhat ki, a sebszélek alávájtak. Ebben a stádiumban a nyomási fekély mélysége eltérő, attól függően, hogy mely testtájon helyezkedik el. Az ornyergen, a fülön, a nyakszirten és a bokán, mivel ott nem található subcutan zsírszövet, a nyomási fekély sekély lehet. Ezzel ellentétben a zsírosabb területeken rendkívül mély, III. stádiumú nyomási fekély is kialakulhat. A csontok, szalagok nem láthatóak vagy közvetlenül nem tapinthatóak.
- IV. stádium:* Kiterjedt szövetelhalás, teljes vastagságú bőrhiánnyal. A károsodás az izomzatra, csontra vagy támasztó struktúrákra terjed ki. Váladék vagy pörk is jelen lehet. Gyakran alávájt és tasakos. Mélysége szintén eltérő attól függően, hogy mely testtájon helyezkedik el. Az ornyergen, a fülön, a tarkón és a bokán nincs subcután zsírszövet és így a nyomási fekély ebben a stádiumban is sekély lehet. A IV. stádiumú fekély az izmokig, és/vagy a test vázszerkezetéig is kiterjedhet (pl. támasztó szövet, ínshalag vagy ízületi tok), így előfordulhat csonthártya-, vagy csontvelőgyulladás is. A csontok/izmok láthatóak, vagy közvetlenül tapinthatóak.

Az Amerikai Egyesült Államokban a további kategóriákat határoztak meg:

- *Osztályozatlan: teljes vastagságú bőr- vagy szövethiány – ismeretlen mélységű*

Teljes vastagságú szövethiány, melynek a tényleges mélysége bizonytalan a sebágyban lévő váladék (sárga, testszínű, szürke, zöld vagy barna), és/vagy pörk (testszínű, barna

vagy fekete) miatt. A valódi mélységet addig nem lehet meghatározni, amíg annyi váladékot és/vagy pörköt el nem távolítanak, hogy láthatóvá váljon a sebalap. Azonban a III. vagy IV. stádiumú (száraz, tapadó, erythema és váladékozás nélküli), sarkon található pörk, „a test természetes (biológiai) védőrétege”, ezért az eltávolítása nem javasolt.

- *Mély szöveti károsodás gyanúja – ismeretlen mélységű*

Lilás vagy gesztenyebarna színű, jól elkülöníthető, elszíneződött ép bőrfelszín, vagy vérrel megtelt hólyag, a lágy szövet mögötti nyomásból és/vagy nyírásból következően. Az ilyen terület melletti szövet fájdalmas, kemény, pépszerű, vizenyős, melegebb vagy éppen hűvösebb, mint a környező szövetek. Sötétebb bőrárnyalatú betegeknél a mély szöveti sérülést nehéz lehet felismerni. Kifejlődhet a sötét sebágy felett vékony hólyag is. A seb tovább fejlődhet és vékony pörkszerű képződmény fedheti be. Kezelés mellett is gyorsan további szövetrétegekre is kiterjedhet.

(EPUAP és NPUAP 2009a, 2009b)

1.2.2. A nyomási fekély előfordulása

A nyomási fekély (decubitus) az egészségügyi ellátás hangsúlyos eleme, minőségi mutatója. Népegészségügyi jelentősége nem vitatott. A népesség előregedésével, a multimorbiditás növekedésével előfordulási gyakorisága emelkedik.

A nyomási fekély előfordulását a prevalencia, valamint az incidencia mutatókkal lehet objektíven szemléltetni. (Paksy 1995, Komáromi 2008)

Az incidencia meghatározza adott időtartam alatt előforduló új megbetegedések számát, míg a prevalencia ezzel szemben az adott idő alatt megjelenő összes megbetegedett egyének arányát mutatja a teljes népesség vonatkozásában. (Iverson és mtsai 1998)

A mérőszámok között összefüggések is kimutathatók (Paksy 1995):

- A tartamprevalencia a megfigyelési időszak elején megállapított előfordulás (P_0), valamint az incidencia (I) összegével egyenlő.
- A prevalenciát az incidencia nagysága, valamint a betegség lefolyásának időtartama határozza meg. Ha a betegség (decubitus) tartama nem rövid (és

általában sajnos ez a jellemző), illetve ha az incidencia (új esetek előfordulása) nagy, akkor valószínűleg a prevalencia is magas.

- Ha a decubitus lefolyása lassú, hosszú időt (éveket) vesz igénybe (pl. III-IV. stádium esetén), akkor alacsony incidencia esetén is magas prevalencia érték jelentkezik.
- A betegség átlagos időtartama kifejezhető a prevalencia és az incidencia hányadosaként (ekkor a két mutató abszolút számban történő alkalmazása előnyös).

Becsült adatok szerint az előfordulás Európában 18% körüli (Vanderwee és mtsai 2007), az Amerikai Egyesült Államokban 15,2% (Runy 2005). A decubitus gyakorisága országonként, egészségügyi intézményenként, ellátási formánként (akut, krónikus), betegségcsoportonként változó. (Halfens és mtsai 2001, Shahin és mtsai 2008, Tannen és mtsai 2008, Tannen és mtsai 2009) Az 1. és a 2. táblázatok néhány kiemelt irodalmi adat megjelenésének éve alapján szemléltetik a nyomási fekély eltérő prevalencia és incidencia mutatóit.

1. táblázat: A nyomási fekély (I-IV. stádium) kórházi előfordulásának kitekintése

A felmérés színhelye	Hivatkozás	Kórházi előfordulás, %	
		Akut osztály	Krónikus osztály
Ausztrália	<i>Pearson és mtsai 2000</i>	6	
	<i>Gardner és mtsai 2009</i>	28,2 (pontprevalencia)	
Hollandia	<i>Bours és mtsai 2002</i>	23,3	
USA	<i>Runy 2005</i>	1999: 14,8; 2005: 15,2	
Németország	<i>Lahmann és mtsai 2006</i>	24,6	13,9 (ápolási otthon)
Belgium	<i>Paquay és mtsai 2008</i>		6,8 (ápolási otthon)
Brazília	<i>Chacon és mtsai 2009</i>	10,95	
Kanada	<i>Thein és mtsai 2010</i>	9	

2. táblázat: A nyomási fekély incidenciája akut osztályon, %

A felmérés színhelye	Hivatkozás	Incidencia akut osztályon, %
Kanada	<i>Davis és Caseby 2001</i>	2,7-29,5
Indonézia	<i>Suriadi és mtsai 2006</i>	33,3
	<i>Suriadi és mtsai 2008</i>	27 és 31,6

Magyarországon, a SEBINKO Szövetség 2000. év I. negyedévében, 668 decubitusos betegek körében készült felmérés adatai alapján, a nyomási fekély prevalenciája 1,3-39,0%, incidenciája 0-4,6% közötti. (Salczerné Hok 2003)

Az akut betegellátásban, azon belül is a sebészeti betegek körében, újabb kutatások kiemelt jelentőségűnek tulajdonítják a műtét közben, valamint a közvetlenül a műtéti beavatkozást követően kialakuló nyomási fekélyek arányát. (Walton-Geer 2009, Connor és mtsai 2010)

Reddy és mtsai (2006) összefoglaló tanulmányukban megállapították, hogy a nyomási fekély előfordulása az akut betegellátásban 0,4-38%, a krónikus betegellátásban 2,2-23,9% és az otthoni szakellátásban 0-17% között van.

1.2.3. A nyomási fekély kialakulását és gyógyulását befolyásoló tényezők

A beteg egészségi, egyensúlyi állapotában bekövetkező fizikai, lelki és szociális elváltozások, betegség kialakulásához vezethetnek. A nyomási fekély kialakulása, valamint gyógyulása több tényező együttes jelenlététől függ. Ezen tényezők Vowden és munkatársai (2008) szerint a következők:

1. a beteggel összefüggő tényezők,
2. a sebbel összefüggő tényezők,
3. az egészségügyi személyzettel összefüggő tényezők, valamint
4. az egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők.

1.2.3.1. A beteggel összefüggő tényezők

A nyomási fekély kialakulásában közvetlenül szerepet játszó *fizikai tényezők* a nyomás, a nyíró erő, valamint ez utóbbi részjelenségeként megjelenő súrlódás. A legyengült, mozgásában korlátozott, vagy mozgásképtelen beteg saját testének súlyánál fogva préselődik a fekhelyhez. A nyomás erősségétől, időtartamától, valamint a szövetek tűrőképességétől függően válik veszélyeztetetté a szövetek épsége. A megnövekvő

külső nyomás hatására a szövetek vérellátása megromlik, majd tartós károsodás, elhalás alakulhat ki. (Anton 2005, Caliano 2007, Sprigle és Sonenblum 2011) Tam (2003) kutatásában kimutatta, hogy a nyomás és a nyíró erő együttes jelenléte megnöveli – a szövetekre kifejtett hatása révén – a nyomási fekély kialakulásának kockázatát. A nyíró erő káros érvényesülése általában akkor figyelhető meg, amikor a beteg lecsúszik az ágyban, illetve felhúzzák benne. Részjelenségeként jelenik meg sűrűlódás, amikor a bőr felső szarurétege megsérül, és felületen horzsolódás jelenik meg. Ez a hatás leginkább, a macerált bőr (pl. nedvesség következtében) esetében figyelhető meg. (Gibbon 2009)

A nyomási fekély gyógyulását a fenti fizikai hatások mellett, a beteg biológiai és pszicho-szociális tényezői befolyásolják.

A **biológiai tényezők** között a fizikai, mikrobiológiai, kémiai tényezők, mint a sebgyógyulás általános befolyásoló faktorai, valamint a beteg állapota, alapbetegsége, meglévő társbetegségei jelennek meg. (Moffatt és Vowden 2008)

Ezek a hajlamosító tényezők, a keringés romlását, a bőr ellenálló képességének csökkenését, valamint – ehhez kapcsolódóan – az érzéskiesést (a fájdalomérzet csökkenését) okozzák.

Az életkor előrehaladásával csökken a bőr sejtjeinek a regenerálódási képessége, csökken a rugalmassága, elvékonyodik a bőralatti kötőszövet, megrövidülnek az izomkötegek, és lecsökken a bőralatti vérellátás és oxigenizáció. (Van der Kerkhof és mtsai 1994) Az életkor és a nyomási fekély előfordulása között teljes összefüggés mutatható ki. (Bours és mtsai 2001, Meraviglia és mtsai 2002, Gardner és mtsai 2009) Allman (1989) vizsgálatában kimutatta, hogy az előforduló nyomási fekélyek 70%-ában a betegek életkora meghaladta a 70 évet.

A beteg mozgásképességének csökkenését, valamint az immobilitást igen szoros kapcsolatot mutató kockázati tényezőként tekinti az irodalom (Davis és Caseby 2001, Lindgren és mtsai 2004, Kwong és mtsai 2009, Cox 2011)

A tápláltsági állapot és a nyomási fekély kialakulása közötti összefüggésekről szóló kutatásokat vizsgálva Chan és mtsai (2008) megállapítják, hogy ugyan nem mutatható

ki közöttük kapcsolat, azonban a Braden-skála szenzitivitásának, valamint specificitásának vizsgálatakor Halfens és mtsai (2000) eredményeikből arra következtettek, hogy a nem kielégítő tápanyagellátás a nyomási fekély kialakulásának egyik kockázati tényezője.

A vizelet inkontinencia szintén megnöveli a decubitus kialakulásának kockázatát. Az inkontinencia következtében a beteg bőre macerálódhat, mely a korábban említett súrlódással együtt előidézhetik a bőr felületének a sérülését. (Davis és Caseby, 2001, Bours és mtsai 2001, Terekeci és mtsai 2009) A nyomási fekély és az inkontinencia kapcsolatára vonatkozóan Salczerné Hok (2005) 7.574 beteg körében készült vizsgálatában 19%-os inkontinencia és decubitus súlyossági arányt mutatott ki. (Salczerné Hok 2006)

Lepistö és mtsai (2001) vizsgálatukban 164 nyomási fekélyvel rendelkező beteg közül 10%-nak húgyúti fertőzést írtak le, továbbá a betegek 10%-ánál regisztráltak lázas állapotot.

Akut és krónikus megbetegedésekhez egyaránt társulhat a nyomási fekély kialakulása, mint pl. diabetes mellitus, krónikus obstruktív tüdőbetegség, stroke, Parkinson-kór, reumatoid arthritis, tüdőgyulladás, daganat. (Pearson és mtsai 2000, Bours és mtsai 2001, Henoch és Gustafsson 2003, Gardner és mtsai 2009, Kwong és mtsai 2009) A kardiovaszkuláris megbetegedések szintén rizikótényezőt jelentenek idős betegek esetében. (Capon és mtsai 2007, Essex és mtsai 2009, Lucena és mtsai 2011)

Tudományos kutatások további összefüggéseket vizsgálnak a hasmenés, a székletinkontinencia, az elhízás, törés, demencia, hipoalbuminémia, anaemia, a dohányzás, mint rizikótényezők előfordulásával. (Allman és mtsai 1986, Berlowitz és mtsai 1989, Davis és Caseby 2001, Reed és mtsai 2003, Scivoletto és mtsai 2004, Mecocci és mtsai 2005, Kwong és mtsai 2009, Terekeci és mtsai 2009)

Az egészségügyi ellátás során kialakult nyomási fekély gyakran társul thrombophlebitis-szel, cellulitis-szel, fascia necrosissal, osteomyelitis-szel és szepszissel, melynek letalitása átlagosan 55 %. (Országos Epidemiológiai Központ 2009)

Azon gyógyszereknek, amelyek csökkentik a szervezet immunvédekezését, illetve a szöveti keringést, valamint tompítják a beteg reakcióit, aktivitását, szintén növelik a nyomási fekély kialakulásának kockázatát. Ilyenek pl. a szteroidok, antidepresszánsok, szedatívumok, izomrelaxánsok, analgetikumok (Tsokos és mtsai 2000, Bours és mtsai 2001, Henoch és Gustafsson 2003, Jaul 2010, Cox 2011).

A nyomási fekély kialakulásában szerepet játszó tényezők komplex jelenlétének súlyosbító hatásain túlmenően, kiemelt jelentősége van az akut és krónikus betegségek együttes meglétének, melyek fokozott kockázatot jelentenek.

A nyomási fekély, elhúzódó sebgyógyulásból adódóan egy krónikus állapotot jelent. Ebből adódóan a tünetek és a társuló következmények, mint a fájdalom, az állandó diszkomfort érzés, a kognitív funkciók beszűkülése, valamint a kiszolgáltatottság hatással vannak a beteg *pszichés állapotára* is. (Jaul 2010) Ezek a tényezők frusztrációt okoznak a betegeknek, ugyanakkor a beteg addigi életminőségét rontják. (Moore és Price, 2004, Essex és mtsai 2009) Fontos annak a vizsgálata, hogy a beteg hogyan éli meg, hogyan küzd meg betegségével, hogyan hat a megváltozott állapot az életminőségére. (Hopkins és mtsai 2006, Spilsbury és mtsai 2007, Gorecki és mtsai 2009)

Lepistö és mtsai (2001) a nyomási fekélyvel rendelkező betegek motivációs szintjét vizsgálták, melynek egyik felmérést szolgáló kérdése volt, hogy igényelnék-e speciális diétát a betegek. Ezzel a gyógyulás iránti motiváció meglétét akarták szemléltetni. 164 nyomási fekélyvel rendelkező beteg körében történt reprezentatív kérdőíves felmérésük során nem találtak ugyan szignifikáns kapcsolatot a fizikai és a pszichés jóllét között, azonban megállapították, hogy a III. és IV. stádiumú decubitus esetén a betegek igényelnék a speciális diétát, valamint csak a betegek 29%-ának volt jó vagy kielégítő a motivációs szintje (a betegek 38%-ának nem lehetett megállapítani a motivációs szintjét).

A nyomási fekély nemek szerinti előfordulásában a nők dominanciáját mutatták a vizsgálatok (Lepistö és mtsai 2001, Stechmiller és mtsai 2008, Chan és mtsai 2009).

A beteget körülvevő közvetlen környezetre is hatással van a beteg általános állapotának a romlása, az elhúzódó sebgyógyulás, és az ezzel járó kellemetlenségek (pl. szaghatás, rendszeres sebellátás, a megváltozott életvitelhez való alkalmazkodás, a beteg érzelmi

labilitása stb.) A nyomási fekély kialakulásának kockázatát tekintve Krause és mtsai (2001) középkorú betegek körében (N=560, median: 43,6 év) készült felmérésében megállapította, hogy a nyomási fekély kialakulása legkevésbé valószínű olyan betegek között, akik visszatérnek a munkába, és akiknek kiegyensúlyozottak a családi kapcsolatai. A palliatív ellátást igénylő, valamint az affektív zavarokkal küzdő, nyomási fekélyvel rendelkező betegek esetében a család, a hozzátartozók döntési helyzetekben való részvétele miatt a család kívánságait is figyelembe kell venni. (Schim és Cullen 2005)

A beteg pszichés állapotára kihatással vannak még a prevenció eszközök beszerzésével, a sebellátással, a megváltozott életvitellel kapcsolatosan felmerülő gazdasági tényezők is. A *szociális tényezők* ehhez szorosan kapcsolódva a beteg társas kapcsolataiban, a beteg addigi életmódjában, életvitelében bekövetkező változásokban jelennek meg.

1.2.3.2. A nehezen gyógyuló sebbel összefüggő tényezők

A nyomási fekély típusosan a csontok feletti tájékon fordul elő. Fekvő beteg esetében leggyakrabban a keresztcsont, a csípőcsont és a tompor, ülő beteg esetén az ülőcsont a jellemző kialakulási helyek. Alsó végtagi artériás keringési elégtelenség, valamint tompult tudatállapot a sarok érintettségét eredményezi. (Ousey 2009) Atípusos helyek is fokozott lehetőséget teremtenek nyomási fekély kialakulásához, pl. kyphosis esetén. (Jaul 2010) Gyakori az előfordulási helyek kombinációja, amikor egy betegen több ponton, több nyomásnak kitett helyen alakul ki felfekvés. (Lepistö és mtsai 2001, Paquay és mtsai 2008, Gardner és mtsai 2009, Brienza és mtsai 2010)

Az egyéni különbségek miatt, a stádium-besoroláson, valamint az elhelyezkedésen kívül további tényezők befolyásolhatják a seb gyógyulását, így a seb tartalma, mérete, oxigén és vérellátása, a sebalap állapota stb. (Vowden és mtsai 2008)

A nehezen gyógyuló nyitott állapotban lévő sebek nagy rizikót jelentenek a fertőzések kialakulásában. (Vowden és mtsai 2008) A sebek felületén, illetve a seb környéki szövetekhez kötődve nem osztódó baktériumok vannak (contaminatio, illetve colonisatio), melyek a gazdaszervezet részére nem okoznak kárt. Ha ez az egyensúlyi

állapot felborul, akkor a sebkörnyéki szövetekben lévő kórokozók sebgyógyulási zavart okoznak (kritikus colonisatio), valamint elszaporodva a sebben, a seb környékén, vagy akár az egész szervezetben fertőzést (infectiot) okoznak. (Cooper 2005)

A fertőzés kialakulását számos tényező segítheti elő, pl. életkor, diabetes mellitus, alultápláltság vagy elhízás, a beteg életmódja (dohányzás, alkohol vagy drogfogyasztás, stressz, mozgáshiány), az immunrendszerre ható gyógyszerek (szteroidok, immunszuppresszív szerek) szedése. (Cooper 2005)

A seb fertőzötté válásának hagyományos megítélése a Celsus-féle gyulladási tünetek (rubor, tumor, dolor, calor, functio laesa) észlelése alapján történt. Cutting és mtsai 2005-ben közölték az ún. Delphi megközelítést, melyben a csoport 54 tagja által meghatározott kritériumok alapján, hatféle sebtípus fertőzöttségének jellemzésére adtak objektív megközelítést. Műtéti sebek, égési sebek, diabeteses lábszárfekély, valamint artériás- és vénás lábszárfekély mellett a nyomási fekély fertőzöttségének kritériumait fogalmazták meg. A cellulitis megjelenése esetén egyértelműen diagnosztizált a fertőzés jelenléte, a 3. táblázatban látható 2-9. tünetek esetén közepes, a 10-14. tünetek esetén alacsony, de ugyanakkor figyelemfelkeltő jelentőségűek az észlelt tünetek.

3. táblázat: Az ún. Delphi megközelítés a nyomási fekély jellemzésére (Cutting és mtsai 2005)

Sorszám	Kritériumok
1.	cellulitis
2.	a fájdalom változása
3.	a váladék mennyisége nő
4.	genny
5.	serosus váladék, gyulladással
6.	kiterjedt erythema
7.	szöveteken keresztül történő váladékozás
8.	melegség a környező szövetekben
9.	a sebgyógyulási folyamat mérhetően megáll
10.	a nyomáscsökkenés ellenére a seb nő
11.	erythema
12.	a granulációs szövetek vérzékenyek
13.	kellemetlen szag
14.	oedema

Vowden és mtsai (2008) a sebgyógyulást befolyásoló tényezőként az alkalmazott kezelésre, sebellátási módszerekre adott válaszreakciót is kiemelik. A kezelésre nem reagáló sebeket kb. 75%-os pontossággal lehet meghatározni, ennek alapján a sebellátási módszerek közötti váltásra is szükség lehet.

1.2.3.3. Az egészségügyi személyzettel összefüggő tényezők

Az egészségügyi személyzetet megszerzett ismeretei, készségei alkalmassá teszik arra, hogy képessé váljon a beteg fizikai, pszichés általános állapotának, valamint a szociális kapcsolatainak megítélésére. Képesnek kell lennie arra, hogy felmérje a nyomási fekély kialakulásának kockázatát, fel kell ismerje a beteg tüneteit, az állapotában bekövetkező változások jeleit. (Vowden és mtsai 2008)

A hajlamosító tényezők felmérésén kívül figyelembe kell vennie mind az egyén, mind a környezet szempontjából fontos egyedi tényezőket is. Az egyénről megszerzett információk értelmezéséhez szükség van az ápoló elemző, döntési képességére, mely a problémamegoldás individualizált módszereként, az ápolási folyamat egyes lépései során valósul meg.

A nyomási fekély ellátásának fő irányvonalai:

1. A veszélyeztetett betegek megfelelő időben történő *felismerése*
2. A rizikócsoportnak megfelelő *prevenációs* tevékenység nyújtása
3. A kialakult decubitus *kezelése, ápolása*
4. Az *állapotromlás megelőzése*, további felfekvés kialakulásának megakadályozása

Az ápolói megfigyelés során a decubitus kifejlődését előre jelző tényezők megállapításával, azonosítani lehet a leginkább veszélyeztetett betegeket. A veszélyeztetettség, kockázati tényezők felmérésére többféle standardizált skálát dolgoztak ki, melyek érvényessége már bebizonyosodott. Ilyen, különböző rizikócsoportot felvonultató rendszerek például a Norton-skála, a kibővített Norton-skála, a Braden-skála, Waterlow-skála, a Knoll-skála, a Gosnell-skála stb. (4. táblázat)

4. táblázat: A decubitus kockázatfelmérő skálák vizsgált kritériumok szerinti bontásban

Kritériumok	Braden	Módosított Braden	Norton	Módosított Norton	Waterlow	Knoll	Gosnell	Abruzzese	Chaplin
szenzoros érzékelés	+	+							+
nedvesség	+	+							
aktivitás	+	+	+	+		+	+	+	+
mobilitás	+	+	+	+	+	+	+	+	+
súrlódás és nyíró erő	+	+							+
testfelépítés és magasság		+			+				
bőrtípus/bőr állapota		+			+				+
tápláltsági állapot	+	+						+	+
életkor					+				(testsúly)
általános állapot			+	+		+		+	(ált. egészség)
mentális állapot			+	+		+	+	+	
kontinencia			+	+	+	+	+	+	+
nem					+				
étvágy				+	+	+	+	+	
speciális kockázat (betegségek)					+	+		+	
folyadék bevitel				+		+			

A kockázatvizsgáló eszközök, skálák annál hatásosabbak, minél holisztikusabban jellemzik a beteg általános állapotát. A megelőzés jelentőségét alátámasztják a kockázatfelmérő skálák szenzitivitását és specificitását vizsgáló kutatások. (Hench és Gustafsson 2003, Brown 2004, Defloor és Grypdonck 2005, Mortenson és mtsai 2008, Saleh és mtsai 2008, Chan és mtsai 2009, Cox 2011, Kádárné Szabó és mtsai 2011, O'Tuathail és Taqi 2011) (5. táblázat)

Ezen két fogalom meghatározása az alábbiak szerint történik:

- Szenzitivitás: „a ténylegesen beteg egyének helyesen besorolt része. Minél közelebbi ez az érték a 100%-hoz, annál szenzitivebb a teszt, annál kisebb az álnegatív ... eredmény.” (Dinya 2001)
- Specificitás: „a nem beteg egyének helyesen besorolt része. Magas, 100%-hoz közeli érték esetén kicsi az álpozitív ... szűrési eredmény.” (Dinya 2001)

5. táblázat: Rizikófelmérő skálák szenzitivitásának és specificitásának vizsgálati eredményei

Rizikóskála	Hivatkozás	Szenzitivitás, %	Specificitás, %
Norton	<i>Defloor és Grypdonck 2005</i>	66,1	68,8
	<i>Mortenson és mtsai 2008</i>	5,8	95,6
	<i>Stechmiller és mtsai 2008</i>	73-93	61-94
Bővített Norton	<i>Henoch és Gustafsson 2003</i>	68	43
	<i>Kádárné Szabó és mtsai 2011</i>	75-100	16,7-46,7
Braden	<i>Defloor és Grypdonck 2005</i>	78,9	60
	<i>Mortenson és mtsai 2008</i>	74,7	56,6
	<i>Stechmiller és mtsai 2008</i>	83-100	64-77
	<i>Chan és mtsai 2009</i>	67	64
	<i>Kádárné Szabó és mtsai 2011</i>	40-60	63,3-76,7
Módosított Braden	<i>Chan és mtsai 2009</i>	89	62
Knoll	<i>Kádárné Szabó és mtsai 2011</i>	100	3,3-10,9
Gosnell	<i>Mortenson és mtsai 2008</i>	18,4	90,4
Abruzzese	<i>Mortenson és mtsai 2008</i>	21,8	84,6

A nyomási fekély megelőzésének és ellátásának három dimenzió mentén kell történnie. Ezek a megfelelő ellátás és ápolás, a megfelelő mozgatás, illetve a megfelelő táplálás. A felfekvés megelőzése ápolói, gyógytornászi és dietetikusi kompetencia. Az ápolás és ellátás során ismereteseek olyan hibák, melyek elősegítik a felfekvés kialakulását. Ilyenek pl. a beteg helytelen fektetése, mozgatása, a helytelenül alkalmazott kényelmi eszközök, illetve ápolási eszközök, vagy az ágyban felejtett tárgyak, a beteg higiéniés szükségletének az elhanyagolása stb.

Ezen elősegítő tényezők az ápolás, ellátás során megelőzhetőek, elkerülhetőek, éppen ezért az ápolói, ellátói team felelősséggel tartozik a beteggel szemben és elszámoltatható a betegnél bizonyítottan ápolási hiba miatt kialakult felfekvés esetén.

Amennyiben szövetkárosodás, felfekvés jön létre akkor meg kell kezdeni a stádiumnak megfelelő sebellátást. Ehhez azonban szakmai jártassággal és kellő elméleti ismerettel kell rendelkeznie az ápolónak.

A kezelőorvossal együttműködve a beteg általános állapotának, betegségének, a seb típusának (felületes, üreges), karakterének (pl. száraz, nedves, enyhén, közepesen, vagy erősen váladékozó, bűzös, fájdalmas stb.), küllemének (nekrotikus, lepedékes, pörkkel vagy sarjszövettel fedett, hámosodó), valamint a sebgyógyulás stádiumának (pl. epithelizáció, granuláció szakában stb.) megfelelően kell megválasztani az optimális sebkezelő anyagot.

A seb méretének, típusának folyamatos változását (pl. javulását, stagnálását, rosszabbodását, befertőződését stb.) rendszeres észleléssel, nyomonkövetéssel tudja megfelelően megítélni az ápoló.

Gyakorlati tapasztalat és ismeret birtokában tud szabadon választani az orvos és az ápoló a jelenleg forgalomban lévő széles kötszerpalettából. Az új technológiák, módszerek nyomonkövetése, megismerése és jártassággal való alkalmazása folyamatos önképzést tesz szükségessé. (Gardner és mtsai 2009)

A nyomási fekély stádiumának megfelelő kezelés és ellátás szükséges, melynek ki kell terjednie

- a hajlamosító kockázati tényezők kiiktatására, kezelésére,
- a prevenciós technikák további alkalmazására,
- a további tehermentesítésre, nyomáscsökkentésre,
- a környező ép szövetek védelmére,
- a folyamatos sebellátásra, kötözésre (seb tisztítása, elhalt szövetek eltávolítása, korszerű kötszerek alkalmazása),
- az infekciók megelőzésére, kezelésére (seb dezinficiálása, mintavétel, antibiotikum),
- a sebgyógyulás elősegítésére megfelelő táplálásterápia alkalmazására.

Az ápolói hivatásból adódóan az ápoló beállítódása a beteg érdekeinek tiszteletben tartásával kell, hogy történjen. A legfontosabb a decubitus kialakulásának a megelőzése, hiszen annak megléte tovább fogja rontani a beteg amúgy is súlyos állapotát. A nyomási fekély kialakulásakor a további súlyosbodást kell megelőznie, illetve a már meglévő sebet kell lelkiismeretesen ellátnia. Ugyanakkor a decubitus kialakulása befolyásolja az ellátók lelki állapotát, hiszen a sikertelenség, a kudarc élménye, a beteg állapotromlásának a látványa büntudat kialakulásához vezethet, mely rombolja a gyógyításba, ápolásba vetett hitet. (Lepistö és mtsai 2001, Vowden és mtsai 2008)

Az egészségügyi dolgozók attitűdje az önképzés iránti belső motivációban is megnyilvánul. Ennek jelentőségét támasztja alá Moore és Clarke (2011) egy nemzetközi kongresszuson, az országokat (35) képviselő egészségügyi szakdolgozók között (N=68)

történt felmérése. Akik rendszeresen részt vettek sebkezeléssel kapcsolatos továbbképzéseken, vagy on-line forrásokat gyakrabban tanulmányoztak a sebkezeléssel kapcsolatban, azok alaposabbak és pontosabbak voltak az állapotfelmérés során, valamint a sebellátás különböző módszereit adekvátabb módon alkalmazták.

1.2.3.4. Az egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők

Az adott társadalom egészségügyi rendszerének technikai-gazdasági fejlettsége, a prevenció, valamint a kezeléshez szükséges eszközök biztosítása, a minőségi kívánalmaknak való megfelelés igényessége, ezáltal a nyomási fekély iránti érzékenysége szintén kihatással vannak a testi és a lelki befolyásoló tényezők érvényesülésére. Az egészségügyi rendszerrel szoros összefüggésben az oktatási rendszer közvetetten befolyásolja az ellátás minőségét, ami a szakképzésben nyilvánul meg.

A nyomási fekély kialakulása és a kórházi ápolási idő között szignifikáns összefüggés van. (Fogerty és mtsai 2008, Chan és mtsai 2009) A betegek 50%-kal hosszabb időt töltenek kórházban a nyomási fekély miatt, ami évente 44.406 elszámolt ágyat jelentett, és a becsült kockázattal súlyozott költsége 19 millió ausztrál dollár volt. (Victorian Quality Council 2004 – idézi Gardner és mtsai 2009) A nyomási fekély kialakulása esetén a kórházi ápolási idő megnövekedésén kívül, a nozokomiális fertőzések arányának, valamint a halálozási arányának az emelkedő tendenciái mutathatók ki. (Redelings és mtsai 2005)

Russo és mtsai (2008) 1993 és 2006 között készült felmérése szerint a kórházban fekvő felnőtt betegek körében 80%-kal növekedett a nyomási fekély előfordulásának aránya, ami 11 billió amerikai dollárt jelentett összesen. (Cox 2011)

Az Egyesült Királyságban 1,4 és 2,1 billió fontra becsülhető a nyomási fekély kezelése (Bennett és mtsai 2004), míg Spanyolországban az egészségügyi kiadások 5,2%-át jelentette. (Pancorbo-Hidalgo és mtsai 2006)

Bennett és mtsai (2004) további vizsgálata kimutatta, hogy a IV. stádiumú nyomási fekély ellátása (£10.551) tízszerese az I. stádiumú decubitus ellátásának (£1.064).

A nyomási fekély kialakulásával a betegnél eltöltött ápolási idő a hosszú távú ellátást biztosító ápolási otthonokban is növekszik. (Horn és mtsai 2005) Ezen terület vizsgálatával foglalkozó Sprakes és Tyrer (2010) hangsúlyozták, hogy az egyre romló gazdasági helyzetből adódó megszorítások, valamint a nehéz munkavégzés miatt az ápolók fluktuációja igen magas. Az ápolói létszám gyors visszapótlása elengedhetetlen, ami azonban azzal jár, hogy kevesebb képzési időt kell biztosítani az ápolók szakmai képzéséhez.

Van Den Bos és mtsai (2011) az egészségügyi ellátásban a műhibák előfordulásával 17,1 billió dollár költségnövekedést becsültek az USA-ban, melyben élenjárónak a nyomási fekély előfordulását emelték ki Shreve és mtsai 2008-ban készült korábbi felmérésére alapozva. Megoldásként mind a szakértők, mind a nemzetközi ajánlások, a megelőzés és a kezelés módszereinek fejlesztésén túlmenően, az orvosi írott és szóbeli kommunikáció javítását, ellenőrző listák alkalmazását javasolták. (Murphy és Dunn 2010)

A beteg testére ható tartós nyomás átrendezése, a nyíróerők csökkentése, valamint a gyűrődés elkerülése érdekében nyomást átrendező eszközöket alkalmazhatunk. Ezek kiválasztásának klinikai, gyakorlati és költséghatékonysági szempontjai vannak. A Sebinko Szövetség 2006-ban és 2009-ben közzétett konszenzus ajánlásai alapján, a 6. táblázat szerint csoportosíthatjuk a speciális decubitus prevenciós és terápiás eszközöket:

6. táblázat: Speciális kényelmi, prevenciós és terápiás eszközök**(forrás: Sebinko 2006 és 2009b)**

Kényelmi (old-style) eszközök	<ul style="list-style-type: none"> • vízzel töltött párnák, kesztyűk • levegővel töltött nem speciális kiképzésű párnák • egy darabból kiöntött polyurethan hab matrac, párna • az egy darabból kiöntött polyurethan hab matracok, párnák • polyurethan „fánk alakú” ülőpárnák, gyűrűk (sarok, könyök) • báránybőrök vagy műanyag utánzatuk
Nyomáscsökkentő (statikus) eszközök	<ul style="list-style-type: none"> • magas specifikációjú (alternatív) habból készült matracok, rátétek • géllal töltött matrac / rátét • rostanyaggal töltött matrac / rátét • levegővel töltött matrac / rátét • folyadékkal töltött matrac / rátét
Tehermentesítő (dinamikus) eszközök	<ul style="list-style-type: none"> • váltakozó nyomású eszközök beépített nyomásérzékelővel • levegő befúvásos eszközök, pulzáló váltakozó nyomással • alacsony légvesztéses eszközök • kinetikus ágyak

A betegellátásban alkalmazott *kényelmi (old-style) eszközök* nem ajánlottak a nyomási fekély megelőzésére, csupán a beteg kényelmének javítását szolgálják.

A *statikus eszközök* állandó értékű alacsonyabb nyomást, míg a *dinamikus eszközök* váltakozó nyomást biztosítanak. A speciális nyomáscsökkentő és tehermentesítő eszközöknek, matracoknak, ágyaknak nagy jelentőségük van a decubitus prevenció, valamint ellátása során. A tehermentesítő eszközök hatásosabbak a prevencióban, mint a nyomáscsökkentő eszközök, ugyanakkor a már kialakult felfekvés kiegészítőjeként is eredményesen alkalmazhatók.

A nehezen gyógyuló seb ellátására a Sebinko Szövetség 2009. évi konszenzus ajánlása szerint az alábbi főbb kötszertípusok különíthetőek el (Sebinko 2009a):

- Steril sebkötöző szerek
 - Filmkötszerek
 - Polimer kötözőszerek
 - Habszivacsok, habok

- Hidrocolloidok
- Hidrogélek
- Alginátok
- Film hátlapú szigetkötszerek
- Nedvszívó sebpárnák, lapok
- Impregnált lapok
- Speciális aktív kötözőszerek
- Aktív szenes kötözőszerek
- Kiegészítő sebkezelők
 - Seböblítők
- Nem steril kötözőszerek, kötésrögzítők
 - Ragtapaszok
 - Öntapadós kötésrögzítő pólyák
 - Csóháló kötszerek

Az egészségügyi ellátórendszerekben a működés értékeléséhez és az ellátás eredményeinek elemzéséhez minőségi indikátorokat alkalmaznak. (Belicza 1998)

Az indikátorok típusai:

- Elemi esemény indikátorok (sentinel event): nem várt események bekövetkezését jelentik. Ilyenek pl.: anyai halálozás, transzfúziós szövődmény, gyógyszercserre stb.
- Arány alapú (rate based), számolt indikátorok: lehetnek gyakorisági vagy megoszlási viszonyszámok, átlagértékek, bázis vagy lánc viszonyszámok. Ilyenek pl. postoperatív halálozás, betegpanaszok gyakorisága, sürgősségi konzílium teljesítésének ideje stb.

Az indikátorok értékeit befolyásolják a betegek, az ellátók és a szervezet. A betegség súlyossága, a szövődmények megjelenési vonatkozásai, valamint a komorbiditás, mint a betegek jellemzői, függetlenek az ellátás minőségétől. Az ellátók befolyásoló tényezőként szerepelnek a képzettség, tapasztalat, döntési képesség, interperszonális kapcsolatok, vagy akár a diagnosztikus hibák révén. A problémák 80%-a a szervezet befolyásolása alatt állnak. Így például az indikátorok értékeit a leginkább meghatározó

tényezők: a diagnosztikus és a finanszírozási lehetőségek, az infrastruktúra és a személyzet létszáma. (Belicza 1998)

A minőségi indikátorok csoportjába tartoznak a minőségfejlesztési projektek, elégedettségi mutatók (pl. a beteg és a személyzet elégedettsége), hatékonysági mutatók (pl. klinikai eredmény indikátorok, erőforrások kihasználtsága) és a szervezet működési indikátorai (pl. szolgáltatási rendszer indikátorai, szabályozások teljesítésére vonatkozó indikátorok, környezet biztonsági mutatók). (Belicza 1998)

Az indikátor, a minőség mérhető – érvényes, érzékeny és sajátos jellemzőkkel – összetevőjeként, alkalmas arra, hogy standard értékekhez viszonyítsunk, melyek saját, nemzeti vagy nemzetközi célként jelennek meg, ezáltal alkalmas más intézmények hasonló értékeivel való összevetésre, a benchmarking² kialakítására. (Gulácsi 2000)

Az ápolási gyakorlat területére vonatkozó minőségi indikátorok közül, népegészségügyi jelentősége miatt, a bőr integritásának változása, a nyomási fekély kialakulása emelhető ki. (Gallant és mtsai 2010)

Az egyre kiábrándítóbb adatok méginkább erősítik a nyomási fekély megelőzésének jelentőségét, s felhívják a figyelmet arra, hogy érdemes és szükséges a prevencióra helyezni a hangsúlyt nemcsak az ellátás során, hanem az ellátást segítő támogatók, valamint a menedzsment számára is.

A menedzsment szemléletére jellemző gyakorlatiasság (a gyakorlatból, a tények megfigyeléséből indul ki és oda tér vissza) és dinamikusság (mindent mozgásban, változásban követ) előfeltétele a megfelelő benchmarking (A decubitus hány százaléka előzhető meg, hogyan és mennyiből az adott intézményben?). Ezért fontos, hogy a menedzsment adatokkal rendelkezzen a decubitusos betegek számáról (incidencia, prevalencia), a kialakult felfekvés kezeléséről, annak eredményességéről, valamint a terápiára vonatkozó költséghatékonyságról. A monitorizálással, a decubitusos betegek

² *Benchmark*: “A benchmark a belső folyamatok vagy a szakterület legjobb külső értéke alapján meghatározott teljesítendő elvárás. ... A módszer elősegíti, hogy ne kelljen azokon a buktatókon keresztül menni, amelyeken mások már átmentek, hanem a megfelelő tanulságokat levonva adaptáljuk a megismert technológiákat, vezetési módszereket, szervezeti formákat. ... Elősegíti az ellátás megszakíthatatlanságát és ezzel a páciens elégedettségét.”(Kárpáti 1999)

nyomon követésével, az ellátás hatékonysága követhető, elemzéssel gyenge pontok felismerésére válik lehetőség.

Több európai állam szakmai képviselőit tömörítő szervezetek (pl. European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP, European Wound Management Association, EWMA) tűzték ki célul az európai együttműködést és konszenzus kialakítását a decubitus megelőzés, rizikófelmérés, illetve kezelési módszereinek fejlesztése terén, melyeket szakmai ajánlások formájában nyilvánítottak ki. Ezeket az irányelveket alapul véve a magyarországi helyzet megismeréséért, a gyakorlati feladatok megfogalmazásáért, az ellátottak jobb életminőségéért dolgoznak a hazai szakmai szervezetek is (kiemelve: a Sebinko Szövetség, a Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT), az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Ápolási Szakmai Kollégium, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal).

Az európai és hazai szervezetek törekvéseinek célja az egységes szemlélet kialakítása:

- a mindenki számára egységes fogalmak értelmezése terén,
- a rizikófelmérés, és a megelőzés terén,
- az alkalmazott kezelési elvek tekintetében,
- az egységes dokumentálás, valamint
- az egységes adatgyűjtés terén.

Nemzetközi szakmai egyetértés van a megelőzés hangsúlyozását, a tehermentesítést, nyomáscsökkentést biztosító speciális eszközök elterjedését, valamint folyamatos fejlesztését, továbbá a beteg általános állapotával (pl. a tápláltsági állapottal és az inkontinenciával) való összefüggések vizsgálatait illetően. (Gardiner és mtsai 2008, Saleh és mtsai 2008, Sakai és mtsai 2009)

„A különböző prevenciós és terápiás módszereket, a tudományos alapú eljárásokat a lehetőségeken belül közelíteni, egységesíteni kell, mert csak azonos elveket és gyakorlatot lehet összehasonlítani.” (Baksa 2001)

A protokollok alkalmazásával, a strukturált megelőzés és kezelés megnöveli az ellátás minőségi szintjét, valamint csökkenti a nyomási fekély előfordulását. (O'Hare 2008, Daniel-Wichern és mtsai 2009, Wilborn és mtsai 2010)

A szakképzett ápolók helyett alacsonyabb szakképesítésű, vagy képesítés nélküli ápolók alkalmazása nem járul hozzá az ellátás minőségéhez, mivel a szakmai irányelvek alkalmazása nem lesz megfelelő. Az ápolási otthonokban szükséges a megfelelő ápoló és segédápoló/ápolási asszisztens arány ahhoz, hogy a nyomási fekély megelőzése hatékony legyen. (Kwong és mtsai 2009)

A nyomási fekély megelőzésének sarkalatos pontja a beteg kockázati tényezőinek a felmérése, melyet az ápoló önálló, független funkcióként végez el. Ezért a kockázatfelmérő skálák ismerete és helyes alkalmazása elengedhetetlen az ápoló részéről.

Az egészségügyi ellátás helye, valamint az ápolók saját ismereti szintjükről való véleménye, fontos tényezői a gyakorlatban alkalmazott folyamatos szakmai továbbképzések, tréningek végzésének. (Gallant és mtsai 2010)

Saleh és mtsai (2008) az oktatás jelentőségét vizsgálva azonos kritériumoknak megfelelő ápolói csoportok körében a következő felmérést végezték: három csoportban vizsgálták az ápolókat. Az „A” csoportban azok az ápolók voltak, akik részt vettek egy sebkezelésről szóló kötelező továbbképzésen, a nyomási fekély megelőzésével kapcsolatos képzésen, illetve egy speciálisan a Braden-skála alkalmazásáról szóló képzésen. Továbbá a képzést követően a betegek körében kötelezően elvégezték a rizikósűrűst. A „B” csoport hasonló képzésen vett részt, mint az „A” csoport, azonban a betegek körében nem végezték el a rizikótényezők meghatározását. A „C” csoportba tartozó ápolók csak a kötelező sebkezelési továbbképzésen vettek részt. A felmérést a képzéseket megelőzően és azt követően is elvégezték. Szignifikáns különbséget találtak a rizikófelmérést követően a megelőző tevékenységek végzését illetően, mint például a betegek pozicionálásának gyakorisága, az alkalmazott tehermentesítő eszközök kiválasztása. A képzéseket követően az ápolók a betegek pozicionálását

rendszeresebben végezték, valamint a nyomási fekély és a beteg állapotának megfelelően, adekvát tehermentesítő vagy nyomáscsökkentő eszközöket alkalmaztak.

Számos országos, illetve nemzetközi konszenzuson alapuló irányelv létezik akár a nyomási fekély megelőzése, kezelése, akár a holisztikus sebellátásra vonatkozóan. Az újonnan képzett ápolók a gyakorlatban még nem képesek megfelelő klinikai döntéseket hozni, mely a betegellátásra és az egészségügyi ellátórendszerre is terhet jelent. Ezért az oktatási programba be kell építeni a sebkezelés elméleti és gyakorlati oktatását. (Moore és Clarke 2011)

A hagyományos és a számítógépes oktatási módszerek hatékonyságát összehasonlító vizsgálatában Cox és mtsai (2011) megállapították, hogy az oktatás módszerétől függetlenül 3 hónap elteltével elvész az ápolók megszerzett tudása. Ebből következően a negyedévente történő oktatást tartották alkalmasnak a megszerzett tudás fenntartására, valamint kihangsúlyozták a számítógép-alapú oktatási rendszerek ezt elősegítő szerepét.

A nyomási fekély, valamint a nehezen gyógyuló sebek oktatásának fejlődése, azonban nemcsak az egészségügyi személyzet részére szükséges, hanem a betegek, azok hozzátartozói, valamint a szociális ellátásban résztvevők számára is. (Watret és mtsai 2011) Paquay és mtsai (2010) a betegek és családjaik részére szervezett oktatási-program kedvező hatásaként, a nyomási fekély előfordulásának csökkenéséről számoltak be. Megállapították továbbá, hogy a folyamat indikátorok alkalmazása a decubitus kialakulását csökkenti.

A nyomási fekély hatékony megelőzése az egészségügyi ellátás minden színterén, az ellátásban, ápolásban, gondozásban résztvevő egészségügyi dolgozókon (pl. orvos, ápoló, dietetikus, gyógytornász, mentálhigiénés szakember) kívül, a beteg és a hozzátartozók együttműködését igényli. Ezért gondoskodni kell a tájékoztatásukról, oktatásukról, melynek ki kell térnie (Sebinko 2009b):

- a nyomási fekély kialakulásának okaira és kockázati tényezőire,
- a kockázatfelmérési módszerekre és azok alkalmazására,
- a bőr állapotának az ellenőrzésére, és védelmére,

- a nyomáscsökkentő és tehermentesítő eszközök használatára,
- a betegmozgatási technikák helyes alkalmazására,
- a táplálásterápia alapvető elemeire, valamint
- az adatok pontos dokumentációjára.

A nyomási fekély kialakulásának hagyományosan ápolói hibaként való megjelenítése ma már nem tekinthető helytállónak. A befolyásoló tényezők, irodalmi hivatkozásokkal történő bemutatásával, a decubitus kialakulásának multifaktoriális jellegét kívántuk alátámasztani.

1.3. A kommunikáció kulcskérdései az egészségügyi ellátásban, ápolásban

Az egészségügyi ellátórendszerek eltérő szervezeti kultúrával rendelkeznek a szervezeti struktúra igénye, az ellátásban elfoglalt helye, szerepe, a résztvevők (ellátók, betegek) száma, aránya, az ellátás költségigényessége alapján. Az egyes ellátórendszerek közötti kapcsolat elengedhetetlen, hiszen az egyének, családok, közösségek révén érintkezésbe kell, hogy kerüljenek egymással. Ez a kapcsolat kommunikáció útján jön létre, mely a társadalom kommunikációs fejlettségének függvényében, valamint a kommunikáció formáinak széles tárházának felhasználásával történhet (az írott formától a virtuális kommunikációs formáig). A kommunikációt összefoglalva tekinthetjük: technikai folyamatnak, személyek közötti interakciónak, a befolyásolást szolgáló mechanizmusnak, a jelentés egyfajta ismeretelméleti vizsgálatának, valamint a kultúra csatornarendszerének. (Józsa 1977 – idézi T. Molnár 2003)

A kommunikáció az egészségügyi ellátásban igen jelentős funkcióval rendelkezik. A legpregnánsabb megjelenési formája, mely jelentős szakirodalmi vizsgálódás tárgyát is jelenti, a betegekkel, az ellátást igénybevevőkkel történő kapcsolat kialakítása köré csoportosul. A beteggel törődő, segítő kommunikációban hangsúlyos szerep jut a beteg-ellátó viszonyában a tiszteletnek, az őszinteségnek, a hitelességnek, az empátiának, a problémák iránti érzékenységnek. A problémák feltárása kommunikációs szakértelmet igénylő sajátos technikák alkalmazásával (pl. kérdezés, szembesítés, véleménynyilvánítás stb), megoldása pedig a beteggel együtt közösen történik. (Smith 2003)

A kétirányú szakmai (egészségügyi) kommunikációs folyamatban nagy felelőssége van az egészségügyi ellátásban dolgozó minden szakembernek, így az orvosoknak, az egészségügyi szakdolgozóknak egyaránt. A betegek bizalmát, elégedettségét, ezáltal az együttműködését növeli az individualizált kommunikációs folyamat, mely kedvezően befolyásolja az ellátás hatékonyságát, eredményességét is. Nemcsak a verbális kommunikáció (annak szóbeli, vagy írott formája), de a metakommunikáció (gesztus,

mimika, tekintet, testtartás stb.) megfelelő alkalmazása teszi teljessé, de hatással is van a létrejövő kapcsolatra.

A betegek érzéseit, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáállását, valamint megítélését, azonban nemcsak a velük szemben közvetlenül történő magatartás, és az alkalmazott kommunikáció jellemzői, módszerei befolyásolják. Információt szolgáltat továbbá az ellátó személyzet másokkal, a beteg közvetlen környezetével (kiemelten a családjával) történő kommunikáció minősége is. Az ellátók, ápolók hitelüket veszthetik akkor, ha a betegek eltérő beállítódást tapasztalnak a velük és a családjukkal történő kapcsolat során. Ez aláássa a beteg bizalmát, ami az együttműködés hatékonyságát is károsíthatja.

Az egészségügyi ellátás során a beteg különböző ellátókkal kerül kapcsolatba, akik eltérő szakmai képzettséggel, hatáskörrel és felelősséggel rendelkeznek. A közöttük lévő együttműködés a betegellátás hatékonyságának a kulcskérdése, mely közös cél érdekében történik. Ennek vizsgálatára Angliában került sor az alapellátás területén, melynek során a kutatásban résztvevők ezt interprofesszionális kollaborációnak nevezték el. Ennek alapján a kollaboráció öt fokozatát különítették el:

1. *Izoláció*, melyben az ellátásban résztvevő szakemberek nincsenek egymással kapcsolatban (se szóban, se írásban).
2. *Találkozás*, melyben céltudatos kapcsolat nem figyelhető meg, ugyan történik valamilyen formában kapcsolatfelvétel.
3. *Kommunikáció* alkalmával információcsere történik a szakemberek egymással történő érintkezése (személyes vagy levelezés) útján.
4. Két cselekvő fél közötti *együttműködés* (kollaboráció) során a szakemberek, az információknak megfelelően közösen cselekszenek, azonos cél elérése érdekében.
5. Szervezeten belüli *kollaboráció* alkalmával a résztvevő tagok munkája teljes mértékben integrált, valamint a betegek ellátásának közös célja által vezérelt.

(Bond és mtsai 1987)

A kórházi szervezetben a nagyfokú munkamegosztás a jellemző az ellátást végzők egyes csoportjai (orvos, ápoló, kisegítő személyzet, beteg) között. (Tahin 1982) A szervezeti struktúra az egyes kórházi osztályokon belüli, de az osztályok közötti kapcsolatot is szükségessé teszi. Szakdolgozói szinten még további szervezeti

sajátosságként egyes tevékenységek központi irányítással történő megvalósulása a jellemző (pl. gyógytornász, dietetikus tevékenységei).

Jelen dolgozatban az egészségügyi szakdolgozók, ápolók egymás közötti – az előző meghatározás elvét követve – intraprofesszionális kollaborációját, kommunikációját kívánjuk vizsgálni.

1.3.1. Az egészségügyi ellátás egyes szintjei közötti kommunikáció fő jellemzői

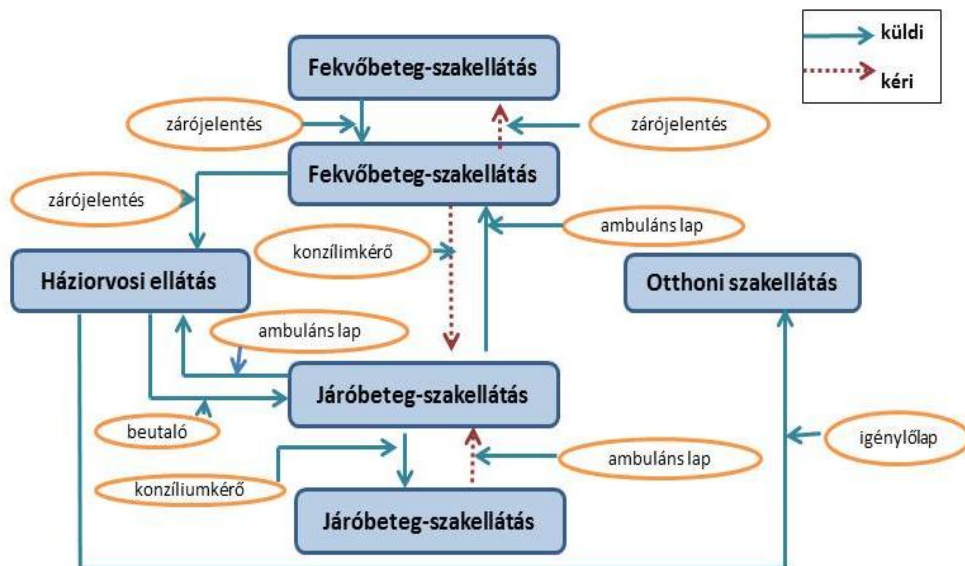
Az egészségügyi ellátás szervezetében, a minőségi ellátás biztosítása szempontjából az egyes ellátóterületeken belüli, illetve az ellátóterületek egymás közötti kommunikációja a meghatározó.

A kommunikáció főként interperszonális (ápolók közötti) formában valósul meg, legyen akár az csoportok, szervezetek, vagy akár közösségek közötti kapcsolatteremtés. Ezért külső és belső befolyásoló tényezők is hatnak rá, mint a társas és társadalmi struktúrák, az ápoló betöltött pozíciója, szakmai végzettsége, személyisége, továbbá a kommunikáció időpontjában felmerülő szituáció. A személyközi kommunikációt jelentős mértékben befolyásolja az őszinteség, amely kapcsolatban van a biztos, evidencián alapuló tudással. Ezért a – csupán tapasztalaton nyugvó – szubjektív érzékelés (ránézésre megállapítani a decubitus alakulását) tudatosan vagy nem tudatosan befolyásolja a kommunikáció eredményességét. (Rosengren 2004)

A kommunikáció általunk kiemelt jellemzője továbbá, hogy az általában azonos szinten valósul meg (szinten belüli kommunikáció), ahol a kommunikáció lebonyolítását mindig alacsonyabb szinthez tartozó egységek (pl. a csoporton belüli kommunikációt egyének, a közösségen, hálózaton belüli kommunikációt szervezetek) végzik. (Rosengren 2004)

Egyre növekvő számban figyelhető meg a szintek közötti kommunikáció, melyeket főként jogi, részben (írott vagy íratlan) erkölcsi (etikai) elvek szabályoznak. A jogi elvek egyértelműen kinyilvánított szabályozási formák, melyek mindenki számára

ismertek és a magasabb kommunikációs szinten lévő rendszerek határozzák meg pl. protokollok, szakmai irányelvek, rendeletek, törvények útján. Az információk közvetítésének az egészségügyben alkalmazott, jogilag alátámasztott formája az írásbeli kommunikáció. Az egészségügyi ellátóterületek közötti kommunikációnak a térbeli távolságot áthidaló, ugyanakkor időben maradandó közvetítése írásban történik. (Fercsik és Raátz 1997) Hazánkban jelenleg a *1. ábrán* látható kommunikációs folyamat szabályai, alkalmazott írásos formái, dokumentációi szerint történik a kapcsolatfelvétel.



1. ábra: Az egészségügyi ellátórendszer közötti folyamat és dokumentációja Magyarországon
(saját készítés)

Az erkölcsi elvek a betegek érdekének, ellátásának elsődlegessége, valamint a hivatás érték- és normarendszerének hangsúlyozása révén határozzák meg az ellátók egymás közötti magatartását, ezáltal az együttműködés morális tisztaságát, elvárható megvalósulásaként a szükséges kapcsolatot, ha úgy tetszik kommunikációt.

A gyenge kötések erejét nem vizsgálja a kutatás, de néhány szóban érdemes kitérni rá. A közvetett formájú „gyenge kötés” fogalmát az 1970-es években vezette be Mark Granovetter amerikai szociológus. Ennek a lényege, hogy a csoporttagok más csoportokkal, hálózatokkal is kapcsolatban vannak (akár formálisan, akár informálisan), ezáltal kapcsolat jön létre a két csoport, szervezeti egység között. A gyenge kötések ereje igen jelentős lehet, hiszen térben és időben nem meghatározott, valamint potenciálisan segítheti a csoport munkáját. (Rosengren 2004)

A kommunikáció sikerességének a megítélése az eredményesség, a hatásosság, és a hatékonyság teljesülését jelenti. Eredményes a kommunikáció, ha a küldő (kibocsátó) szándéka érvényesül (vagyis a vevő által dekódolttá válik az üzenet). Hatásos a kommunikáció, ha az eredményesség mellett megvalósul a küldő szándéka. Ha a hatásosság mellett még a kommunikációra fordított energia is megtérül, akkor hatékonyságról beszélünk. (Kővágó 2009)

Ezen elméleti megfogalmazást a dolgozat témájához illesztve azt mondhatjuk, hogy a nyomási fekélyrel kapcsolatos ellátás az ellátóterületek közötti kommunikációt tekintve eredményesnek tekinthető, ha a beteget küldő terület üzenete a nyomási fekély megelőzéséről vagy ellátásáról eljut a beteget fogadó területre. Abban az esetben, ha a küldő terület ellátási javaslatait a befogadó terület alkalmazni kezdi, hatásosságról beszélhetünk. Ha az ilyen módon végzett ellátás a betegek állapotában javulást eredményez, akkor hatékonynak jellemezhetjük az ellátóterületek közötti kommunikációt.

A kommunikáció típusainak minél szélesebb körű alkalmazása elősegíti a kommunikáció hatékonyságát, ami jelen esetben a kommunikáció folyamatának jobb minőségét jelenti, melyben a közlő (beteget küldő) jobban meg tudja magát értetni a befogadóval (a beteg ellátását folytató). Az előnyös, ezáltal hatékony kommunikáció feltételei:

- az egyén számára előnyösen hat, megváltoztatja a másik fél viselkedését,

- a kommunikáció irányát tekintve a kétirányú, kétoldalú és interaktív folyamatot jelent,
- a hatás térbeli és időbeli megjelenése. (Bärnkopf 2002)

A kommunikáció a csapatmunka igen fontos eszköze, mely által a csapat viselkedése egybehangolttá válik, így az együttműködés, ezáltal a hatékonyság irányába hat. A csoport tevékenységének összehangolásában fontos tényező az a közösen és egységesen kialakított jelrendszer, amelyet a csoport minden egyes tagja ért és minden egyes tagjának ugyanazt jelenti. Ez az egészségügyi ellátásban az egészségügyi terminológia megfelelő használatát, valamint a betegségek kezelésének az egységes módszertani elveit, és azok alkalmazását jelenti.

A hatékony kommunikáció összetevőit Kovács Ildikó Éva, Carl Rogers (2004) pszichológus alapján a nyíltságban, a feltétel nélküli elfogadásban, valamint az empátiában foglalta össze. (Kovács 2007) A másik fél szakmai hozzáértésének az elfogadása, a másik munkájának a tisztelete ily módon hozzásegít a közös cél, a betegek ellátásának biztosításához, az egymás közötti kollaboráció működéséhez.

Ezek az általánosságban megfogalmazott kontextusok nemcsak a személyközi kommunikáció során, de a szervezeten belüli és a szervezetek közötti kommunikációra is érvényesek.

A minőség dimenziói közül a struktúra (személyi és tárgyi feltételek) és az eredmény (az ellátás kimenetele) komponensek vizsgálata mellett a folyamat elemzése is a minőség-ellenőrzés és -fejlesztés módszere. Az eljárási folyamatok szerves részét képezheti a kommunikációs folyamatok vizsgálata, mely a szervezetek alapvető fontosságú jellemzőit foglalja magában. A szervezeteken belüli és kívüli kommunikáció javítása nemcsak a szervezet érdeke, de a társadalom részéről is felmerülő elvárás is egyben. (Buda 2007)

Az egészségügyi ellátórendszerben az ellátóterületek, mint egy-egy szervezeti struktúra, egymással szoros kapcsolatban működnek, a társadalom tagjainak érdekében. Ezért az

együttműködés és a közöttük lévő információáramlás, kommunikáció hatékonysága befolyásolja a róluk kialakított képet, amely a minőségi ellátás irányába hat.

A szervezeteken belüli, illetve egymás közötti konfliktusok kialakulása törvényszerűnek mondható, az eltérő célok és érdekek következtében. Perrow (2002) a konfliktusok kialakulásának okait felvázoló tanulmányokat említve, az egyéni tényezőket, a vezetők szerepét, valamint a kormányzati- és a politikai hatalom befolyásoló hatásait említi. Az egészségügyi szakdolgozók tekintetében továbbá a szakmai felkészültség mellett a szakmai tapasztalat, az orvosi befolyás is érvényesülhet.

Az egészségügyben és az egészségügyi szervezetekben kialakuló konfliktusok okainak boncolgatása nem a dolgozat témája, hiszen annak igen mély és szerteágazó (pl. gazdasági, politikai, erkölcsi stb.) aspektusai lehetnek.

Az elméleti bevezető során átfogóan került bemutatásra a hazai egészségügyi ellátórendszerben a holisztikus szemlélet érvényesülése. Kiemeltük az egyes ellátóterületek szerepét a beteg ember ellátásának folyamatában. Külön kitértünk az ápolási munka megítélése szempontjából igen jelentős nyomási fekély megelőzésére és ellátására, annak kialakulását befolyásoló tényezőkre. Hangsúlyoztuk továbbá az egyes ellátóterületek közötti együttműködés, kommunikáció jelentőségét, melyet a holisztikus szemlélet biztosításának alapvető feltételeként emeltünk ki.

2. Célkitűzések

A többlépcsős kutatási folyamatot bemutató dolgozat célkitűzései az alábbiak:

- annak az alátámasztása, hogy a nyomási fekély az ápolás igen fontos minőségi indikátora,
- annak a vizsgálatára, hogy az ápolás és a betegellátás tárgyi feltételeinek megfelelő mértékű biztosítása hatással vannak a nyomási fekély lefolyására,
- annak a vizsgálatára, hogy a jelenleg rendelkezésre álló képzési, továbbképzési lehetőségek igénybevétele mellett az ápolók megfelelőnek ítélik-e az ismereteiket a nyomási fekély megelőzése és kezelése kapcsán,
- annak az alátámasztása, hogy a nyomási fekély ellátása igényli az egészségügyi ellátórendszerek közötti együttműködést, mely szoros összefüggést mutat a közöttük lévő információáramlással, annak megvalósulási formájával,
- annak a bemutatása, hogy az ellátórendszerek közötti kommunikáció szoros kapcsolatban van az eredményes együttműködéssel és az információáramlással.

A disszertáció egy további, jövőben tervezett kutatás alapját kívánja megteremteni, ami az ellátórendszerek közötti kommunikáció hatékonyságát vizsgálja, mellyel a kommunikáció, mint az ápolás minőségi indikátoraként is értelmezhető lehet.

A vizsgálatok céljai a kutatási folyamat egyes szintjei szerint:

Az előkészítő vizsgálat során egy olyan minőségi indikátor képzésére alkalmas előfordulási mutatót kerestünk, melynek alkalmazása során nem érvényesülnek a „struktúra” befolyásoló hatásai.

Az 1. vizsgálat során célunk volt

- bemutatni az intézetben előforduló nyomási fekélyvel rendelkező betegek demográfiai jellemzőit (életkor, nem);
- felmérni, hogy milyen arányban vannak azok a betegek, akik a kórházba való bekerüléskor már rendelkeztek nyomási fekélyvel;

- felmérni az előforduló nyomási fekélyek jellemzőit (stádium, lokalizáció, lefolyás);
- bemutatni a kórházban előforduló nyomási fekélyvel rendelkező betegek mozgásképességét, valamint az inkontinencia-ellátásának igényét;
- bemutatni az alkalmazott tehermentesítő és nyomáscsökkentő eszközök alkalmazásának gyakoriságát;
- felmérni az alkalmazott sebkezelési módszerek gyakoriságát;
- felmérni, hogy található-e kapcsolat a nyomási fekély kimenetele és az inkontinencia ellátási módja, a beteg mozgásképessége, a sebellátás módszerei, valamint az alkalmazott kényelmi és prevenció eszközök alkalmazása között.
- felmérni, hogy mekkora a kórházból kikerült nyomási fekélyvel rendelkező betegek aránya, valamint, hogy ezek a betegek mely ellátási formába kerültek tovább;
- felmérni, hogy található-e kapcsolat a nyomási fekély lefolyása, a beteg további sorsa, illetve a nyomási fekély kialakulásának színtere között;

A 2. vizsgálat során a kommunikáció hatékonyságát befolyásoló tényezők felmérése történt, mely során célunk volt

- bemutatni az egyes ellátóterületeken főállásban dolgozó ápolók
 - o demográfiai jellemzőit (életkor, legmagasabb szakmai végzettség, egészségügyben eltöltött idő);
 - o a munkavégzéssel kapcsolatosan más szakellátással való együttműködés felmerülő igényeit (kompetenciába nem tartozó tevékenységek, más ellátóterülettel való kapcsolat igénye, illetve területei);
 - o a nyomási fekély megelőzése és kezelése kapcsán felmerülő lehetőségeit (prevenció eszközök alkalmazása, sebkezelési módszerek kiválasztásának lehetőségei, továbbképzési lehetőségek, a saját, illetve másik területen dolgozó ápolók ismereteinek felmérése);
 - o az alkalmazott dokumentációról kialakított véleményét (milyennek ítélik meg az alkalmazott ápolási dokumentációt, tartalmaz-e a dokumentáció rizikófelmerést, illetve van-e igényük az ápolóknak arra, hogy rizikófelmerést végezzenek, és azt dokumentálják);

- felmérni, hogy az ápolók milyenek ítélik meg az együttműködést az egyes szakellátások között;
- felmérni, hogy az ápolók milyenek ítélik meg az információáramlást más területek felől, illetve felé;
- felmérni, hogy az ápolók milyenek ítélik meg az egészségügyi ellátóterületek közötti kommunikáció hatékonyságát;
- kapcsolatokat keresni arra vonatkozóan, hogy
 - o az ellátóterületek közötti együttműködés megítélésére hatással van-e az ápolók szakmai végzettsége,
 - o a saját, illetve mások irányába történő információáramlást befolyásolja-e az alkalmazott ápolási dokumentáció megítélése, valamint
- további kapcsolatokat keresni az ellátóterületek közötti együttműködés, információáramlás és a kommunikáció megítélése tekintetében.

2.1. Hipotézisek

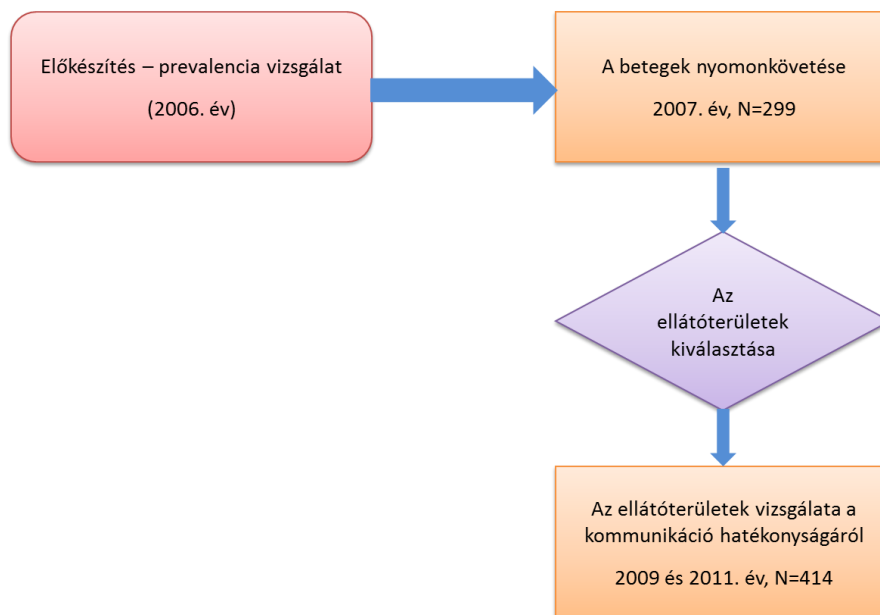
1. Feltételeztük, hogy az előforduló nyomási fekély kimenetelét befolyásolják a beteg mozgásképessége, az inkontinencia ellátásának módszerei, a prevenció, illetve a kényelmet elősegítő ápolási eszközök alkalmazása, valamint az alkalmazott kötszerek választása.
2. Feltételeztük, hogy az ápolók szakmai képzettsége, valamint a továbbképzésen való részvétele hatással vannak az ápolók megelőzéssel és kezeléssel kapcsolatos saját és egymás ismereti szintjének megítélésére.
3. Feltételeztük, hogy a nyomási fekély ellátása igényli az egészségügyi ellátórendszerek közötti együttműködést, melynek ápolók általi megítélését befolyásolja az egyes ellátó területeken dolgozó ápolók szakmai végzettsége.
4. Feltételeztük, hogy az alkalmazott ápolási dokumentáció megítélése befolyásolja az ellátó területek közötti információáramlás megítélését, mely az együttműködés megítélésével együtt hatással vannak a kommunikáció hatékonyságának megítélésére.

3. Módszerek

3.1. A kutatás folyamata

A többlépcsősre tervezett kutatási folyamat *előkészítő fázisában* szükséges volt annak az eldöntése, hogy melyik előfordulási mutató alkalmazása használható *a betegek nyomonkövetése* során. Ez a lépés nem képezi a disszertáció részét, azonban a vizsgálat alapfeltétele volt a további kutatások elvégzésének, mivel az alkalmazandó módszert határozta meg. A betegkövetés eredményei a következő fázist, *a kommunikáció hatékonyságának vizsgálatát* kívánták alátámasztani. Megjelölték azokat a diszkrét változókat, amelyben az ellátóterületek részt vesznek a nyomási fekély ellátásában, kapcsolatban vannak egymással, továbbá ahol a felmérést szükséges elvégezni.

A teljes kutatási folyamat áttekintő sematikus vázlatát a következő ábra mutatja be. (2. ábra)



2. ábra: A kutatás folyamata (saját készítés)

3.2. Előfordulási mutatók vizsgálatának rövid leírása

A vizsgálat egy olyan előfordulást vizsgáló mutató keresésére irányult, aminek az alkalmazásával éves szintű, hiteles, megbízható mennyiségi előfordulás, gyakoriság mérésére ad lehetőséget, melyben a struktúra befolyásoló hatásai nem érvényesülnek.

A felmérést 2006-ban egy 1500 ágyas megyei szintű fekvőbeteg intézet osztályain végeztük. A felmérésbe mintaként olyan osztályokat választottunk, ahol az előző évek tapasztalatai szerint jelentős volt a nyomási fekély megjelenése. Így a felmérésben akut és krónikus belgyógyászati, sebészeti és intenzív osztályok vettek részt. A vizsgálatban az egyes osztályokon bentfekvő minden nyomási fekélyvel rendelkező beteg részt vett, függetlenül a decubitus kialakulásának súlyosságától a stádium szerinti beosztástól. A felmérés a kórház főigazgatójának engedélyével történt.

A vizsgálatban szereplő mintaszám időtartam szerint 121 fő, időpont szerint 21 fő volt.

Negyedévente retrospektív tartamprevalencia és előre meghatározott időpontokban pontprevalencia vizsgálatokat végeztünk osztályonként. Az így kapott adatokból számtani átlag számításával kaptuk meg a 2006. évre vonatkozó előfordulási mutatókat (P_d , P_p). A negyedévenként számolt tartam- és pontprevalencia adatokból szórásanalízist (szórás, SD) végeztünk az átlagtól vett átlagos eltérés vizsgálatára.

A negyedévenkénti tartam-prevalencia (P_{d1-4}) vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a Krónikus Belgyógyászat volt a leggyakoribb a decubitus előfordulása ($P_d=14,3-46,5\%$). A Központi Aneszteziológiai Intenzív Terápiás Osztályon (KAITO) előforduló nyomási fekély 7,1-18,2%, a III. Belgyógyászat 0-1,3%, az Általános Sebészeten 0,2-1,4% volt.

Az osztályokat külön-külön vizsgálva magas szórású mutatókat figyeltünk meg, azonban a felmérés kórházi szintű hatékonyságát az összes előfordulási adat reprezentálja, miszerint a $P_D=1,7-3,4\%$, melynek szórása minimális ($SD_{PD}=0,699$) volt.

A negyedévek kiválasztott időpontjaiban végzett pontprevalencia (P_{p1-4}) adatok elemzésekor szintén a Krónikus Belgyógyászat magas előfordulást (7,7-30,8%) tapasztaltunk. A KAITO-on igen magas szórású mutatókat figyeltünk meg, mivel a vizsgálat

időpontjaiban volt olyan eset, amikor nem volt decubitusos beteg az osztályon. Ez az érték az összes megfigyelt mintára vonatkozó előfordulás szórását is növelte $SD_{PP}=2,12$

A vizsgálatból az alábbi következtetések levonására került sor:

- A mintaként megfigyelt osztályokon előforduló decubitus longitudinális vizsgálatát tekintve a krónikus belgyógyászati osztályon jelentkező folyamatosan magas előfordulási arány volt kimutatható ($P_d=35\%$).
- A keresztmetszeti vizsgálat tekintetében szintén magas arány figyelhető meg a krónikus belgyógyászati osztályon ($P_p=21,2\%$), továbbá az intenzív osztályon is ($P_p=22,3\%$).
- Mind a hosszanti, mind a keresztmetszeti vizsgálat során volt olyan megfigyelt osztály, ahol nem fordult elő nyomási fekély.
- Mindkét vizsgálati módszernél magas szórás volt megfigyelhető az egyes osztályok (krónikus belgyógyászati és intenzív osztályok) tekintetében, azonban a decubitus monitorizálás hatékonyságának vizsgálatához az összes minta értékeinek figyelembevételével kedvező eredmények kerültek kimutatásra $SD_{PD}=0,699$, $SD_{PP}=2,121$.
- A vizsgálatban szereplő mintaszám befolyásolta az előfordulási mutatók validitását.

Az előkészítő kutatás a nyomási fekély, mint minőségi indikátor képzésének vizsgálatára is irányult.

A kórházban a nyomási fekély rizkószűrésére alkalmazott, standardizált skála (Bővített Norton-skála) kritériumai alapján (kooperációs készség, a bőr állapota, kísérő betegségek, általános állapot, tudatállapot, aktivitás, mozgásképesség, inkontinencia, életkor) kiszűrésre kerültek a magas rizikó kategóriájú betegek, akiknek a skála alapján adott pontértéke 20, vagy az alatti értéket képviselt. 2006 évre vonatkozóan, az összes előforduló decubitusos betegek, valamint a magas rizikó kategóriájú betegek arányának vizsgálatára került sor. Az elemzés két módszerrel történt:

- a) az év során folyamatosan történt a magas rizikójú beteg, valamint a decubitusos betegek számának a meghatározása, majd az év végén történt a viszonyítás (I_d);

- b) negyedévente meghatározott időpontokban került meghatározásra a magas rizikójú betegek, valamint az adott osztályokon előforduló decubitusos betegek száma, majd a kapott adatokat év végén összesítve történt a viszonyítás (Ip).

A vizsgálat során a nyomási fekély előfordulás és a magas rizikójú betegek előfordulása között összefüggés volt kimutatható: a magas rizikójú betegek esetén nagy a valószínűsége a nyomási fekély előfordulásának. Minőségi indikátorokat képezve a magas rizikójú betegek esetén lényeges eltérés jelentkezett a hosszanti és a keresztmetszeti vizsgálatok során (Id=15,75; Ip=8,01).

Összességében, ezen megelőző kutatás beigazolta, hogy a kórházban előforduló decubitus nyomonkövetését folyamatos vizsgálattal lehet végezni. Az ezekből az adatokból számított tartamprevalencia mutatók pontosabbak, megbízhatóbbak, mint a pontprevalencia mutatók. Megállapításra került továbbá, hogy a decubitus ellátás gyakorlatában a magas rizikó kategóriájú betegek bevonásával képzett minőségi indikátor éves szinten vizsgálva alkalmazható.

3.3. A betegek nyomonkövetésének vizsgálata

3.3.1. Mintaválasztás

A vizsgálatban a 2007. január 1. és december 31. közötti időszakban, a kórházban bent fekvő decubitusos betegek vettek részt, függetlenül a nyomási fekély kialakulásának módjától és stádiumától.

A vizsgálatba történt bekerülés módjának alapja az intézetben alkalmazott „A decubitusos betegek monitorizálása” című protokoll volt, ami alapján a kórházban előforduló minden decubitusos beteget jelenteni kell, a monitorizálást végző decubitusos teamnek az ellátás befejeztével (ha a beteg távozott az intézetből). A vizsgálatban minden olyan beteg szerepelt, akinek 2007-ben meglévő felfekvése volt, és az osztályok jelentették az intézetben működő decubitusos teamnek.

A leíró kutatásban, így nem elbírálós mintavételi eljárás alkalmazására került sor, ahol a mintanagyság N=299 fő volt. A vizsgálat során külön csoportot képeztek azok a betegek, akik a kórházba már nyomási fekélyvel rendelkezve kerültek be (A-csoport, n=65), valamint azok, akiknek a kórházi tartózkodás ideje alatt alakult ki nyomási fekély (B-csoport, n=234).

A vizsgálatban résztvevő decubitusos betegek közül 2 esetben ugyanazon ellátás során (krónikus osztály) két alkalommal alakult ki nyomási fekély. Az elsőként kialakult felfekvés gyógyultnak lett nyilvánítva, majd később újra kialakult. Ezekben az esetekben a vizsgálatba az utóbbi decubitusok kerültek be.

3.3.2. Vizsgálati módszer

A felmérés longitudinális, prospektív módszerrel történt, melyet követően sor került a kapott adatok feldolgozására. Egy előre elkészített kérdőív került felhasználásra a felméréshez, melyet a Pándy Kálmán Kórház főigazgató főorvosa, Dr. Kovács József engedélyezett. A kapott adatok Microsoft Excel program felhasználásával kerültek rögzítésre.

A betegek nyomonkövetéséhez használt kérdőív alkalmas volt arra, hogy a beteget be tudjuk pontosan azonosítani. Ennek alapján nyomon tudtuk követni az egyes osztályokon való tartózkodás idejét, a beteg általános állapotában bekövetkező változásokat, a nyomási fekély kialakulásának helyét, jellemzőit, ezáltal az alakulás kritériumait, továbbá az alkalmazott prevenciós és kezelési módszereket.

A kérdőív kitöltésekor, az egyes változók meghatározásához kategóriákat (attribútumokat) határoztunk meg, melyekhez az intézeti – korábban említett – protokoll alapján előírt rövidítéseket használtuk. Az alkalmazott skálatípusoknak megfelelően az alábbi elemzési egységeket, kategóriákat vizsgáltuk:

- Nem metrikus, névleges (nominális) skála:
 - o a beteg neme (férfi/nő);

- honnan történt az intézetbe történő betegfelvétel (a beteg otthonából/másik kórház akut osztályáról/másik kórház krónikus osztályáról/szociális otthonból);
- volt-e a betegnek felvételekor nyomási fekélye (igen (I) / nem (N));
- a felvételnél tapasztalt nyomási fekély stádiumának besorolása (I./II./III./IV. stádium);
- a felvételnél tapasztalt nyomási fekély lokalizáció szerinti besorolása (ülőcsont (1) / tompor (2) / keresztcsont (3) / sarok (4) / boka (5) / sípcsont (6) / térd (7) / láb (8) / könyök (9) / egyéb (0)); További jelölések: jobb oldal (J) / bal oldal (B) / mindkét oldal (M). (Például: ha a betegnek a bal sarkán észleltünk nyomási fekélyt, akkor a jelölés: B4 volt.);
- ha a beteg intézeti történő bentfekvésekor alakult ki decubitus, akkor vizsgáltuk, hogy milyen jellegű osztályon történt (akut/krónikus);
- az intézetben kialakult nyomási fekély stádium szerinti besorolása (I./II./III./IV. stádium);
- az intézetben kialakult nyomási fekély lokalizáció szerinti besorolása (ülőcsont (1) / tompor (2) / keresztcsont (3) / sarok (4) / boka (5) / sípcsont (6) / térd (7) / láb (8) / könyök (9) / egyéb (0)); További jelölések: jobb oldal (J) / bal oldal (B) / mindkét oldal (M).
- volt-e a betegnek több decubitusa (igen (I) / nem (N));
- az inkontinencia, és az ellátására alkalmazott eszközök vizsgálata (nincs inkontinencia (I0) / katéter használata (Ik) / inkontinencia betét (pelenka) használata (Ip) / katéter és inkontinencia betét együttes használata (Ikp);
- mozgásképesség vizsgálata (mozgáskorlátozott (Mko) / mozgásképtelen (Mké);
- az alkalmazott kényelmi, statikus prevenció, és dinamikus terápiás eszközök vizsgálatakor a felmérőlapra az eszköz konkrét megnevezése került, amit a később ismertetett módon történő kategóriába sorolás követett;
- az alkalmazott sebellátási módszerek vizsgálatakor szintén a konkrét megnevezéssel került a felmérőlapra a használt kötszer, majd ezt

követően került sor a kategóriába történő besorolásra, melyet szintén később részletesen ismertetünk;

- a legsúlyosabb nyomási fekély kimenetelének (lefolyásának) a meghatározása (gyógyult / javult / változatlan / súlyosbodott);
 - a beteg további sorsának a megadása (exitus / másik intézet / a beteg otthona).
- Nem metrikus, sorrendi (ordinális) skála
- a beteg életkora;
 - az intézetben kialakult nyomási fekély kialakulása az ellátás hanyadik napján történt.

A kapott adatok csoportosításra kerültek az alkalmazott kényelmi, tehermentesítő és nyomáscsökkentő eszközök, valamint a sebellátási módszerek tekintetében. Ily módon a beteg kényelmének elősegítése, valamint a nyomási fekély prevencióként a tehermentesítés és nyomáscsökkentés biztosítására az alábbi eszközök használatára volt lehetőség a kórházban:

- kényelmi (old-style) eszközök: vízzel töltött párnák, kesztyűk; levegővel töltött nem speciális kiképzésű párnák; egy darabból kiöntött polyuretan habmatrac, párna; polyuretan „fánk alakú” ülőpárnák; gyűrűk (sarok, könyök)
- statikus prevenciós eszközök: magas specifikációjú (alternatív) habból készült matrac; géllal töltött rátét; levegővel töltött matrac és rátét
- dinamikus terápiai eszközök: váltakozó nyomású eszközök beépített nyomásérzékelővel, kinetikus ágyak.

Az alkalmazott sebellátási módszerek, kötszerek felmérésekor, azok széles skálájának használata miatt, az alábbi csoportosítást alkalmaztuk:

- hagyományos: antibakteriális sebtisztítás, száraz sebfedés, rögzítés
- modern: sebtoalett, speciális kötszer (pl. alginát, abszorbens, filmkötszer, impregnált lap, hidrogel, hidrocolloid, hidrofiber)

- kombinált: ebben az esetben a seb ellátásakor nem egyfajta, fentebb említett sebellátási módszert követtek az ápolók.

Az eredmények bemutatása és a közöttük lévő kapcsolat vizsgálata leíró matematikai statisztika módszerekkel (Khi-négyzet próba (5%-os szignifikancia szinten vizsgálva, $p \leq 0,05$), a nem metrikus (nominális) skála szimmetrikus volta esetén Cramer's V ($0 \leq V \leq 1$), asszimmetrikus volta esetén Lambda ($0 \leq \lambda \leq 1$)) és SPSS 15.0 program felhasználásával történt.

3.4. Az ellátórendszerekben dolgozó ápolók körében készült felmérés

3.4.1. Mintaválasztás

A megelőző beteg nyomonkövetési vizsgálat alapján az egészségügyi ellátórendszerben a fekvőbeteg-szakellátás, a járóbeteg-szakellátás, ezen belül az otthoni szakápolás, valamint a háziorvosi ellátás területein jelent meg a nyomási fekélyvel rendelkező beteg. Ezért szükséges ezeken a területeken dolgozó, a decubitus ellátását végző ápolók között végezni a felmérést.

Jelen vizsgálat 2009 és 2011 években történt. A kutatás során diszkrét sokaságnak tekinthető a Magyarországon dolgozó ápolók köre a vizsgálat adott éveiben. A sokasághoz való tartozás kritériumait az alábbiakban határoztuk meg:

- az egészségügyi ellátás valamely területén dolgozzon,
- felnőttbeteg ellátásban dolgozzon,
- egészségügyi szakképesítéssel rendelkezzen, illetve
- vegyen részt nyomási fekély ellátásában.

Véletlen, nem arányos rétegzett mintavételi technika alkalmazása során a sokaság kategóriái kerültek meghatározásra (háziorvosi ellátás, fekvő- és járóbeteg-szakellátás, otthonápolás), majd véletlen mintavételi eljárással került sor az elemek kiválasztására.

Ennek alapján

- háziorvosi ellátásban dolgozó ápolók,
- fekvőbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók,
- járóbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók, továbbá
- otthoni szakápolásban dolgozó ápolók

körében történt a felmérés.

A jogszabályi meghatározás szerint az otthoni szakápolás a járóbeteg-szakellátás egészségügyi ellátási területéhez tartozik. A betegellátás eltérő helyszínéből adódóan azonban, a felmérés szempontjából fontosnak tartottam a két területet külön-külön kezelni.

A 2009. július 9-11. között Veszprémben megrendezésre került Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Jubileumi Kongresszusán megjelent ápolók körében történt felmérés, ahol az 500 db kiosztott, majd 396 db visszakapott kérdőívből 350 db volt értékelhető. (Dr. Balogh Zoltán a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökének engedélyével.)

2011-ben két helyszínen folytatódott a vizsgálat:

- A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület (elnöke: Banai Jolán) segítségével az otthoni szakellátást megcélózva a 2011. május 15. és 31. között került kiosztásra 100 db kérdőív, melyből 44 db érkezett vissza, végül 37 db volt alkalmas a további vizsgálatra.
- A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Ápolástan Tanszékén, 2011. novemberben a részüdős képzésen résztvevő ápolóhallgatók körében (Dr. Balogh Zoltán tanszékvezető engedélyével) osztottunk ki 200 db kérdőívet, melyből 165 db érkezett vissza kitöltve, és 134 db volt értékelhető.

Az alábbi táblázatban a minta ellátási területenkénti aránya, valamint a nyomási fekély ellátásában történő részvétel kritériumaként való megfelelés, továbbá a nyomási fekély ellátása tekintetében, a reprezentativitás látható. A sokaságból történő merítés két évben, azonban nem ugyanazon területről történt, ezért a minta együttesen került

vizsgálatra. A 100%-os reprezentativitás érdekében, végül 414 felnőttbeteg ellátásban dolgozó, nyomási fekély ellátást is végző ápoló által kitöltött kérdőív került értékelésre a kutatómunka során. (7. táblázat)

7. táblázat: Az ellátórendszerekben megkérdezett ápolói minta bemutatása

Mintaválasztás	2009	2011		Összes
	Kongresszusi résztvevők	Otthonápolás	Hallgatók	
Vizsgálatban résztvevők száma, fő	931	168	255	1354
Kiosztott kérdőívek száma, db	500	100	200	800
Visszakapott kérdőívek száma, db	396	44	165	605
Értékelhető kérdőívek száma, db	350	37	134	521
Válaszadási hajlandóság, %	79,2	44,0	82,5	75,6
Ellátási területenkénti arány (főállás szerint), db				
Háziorvosi ellátás	30	27		57
Otthoni szakellátás	13	18		31
Járóbeteg-szakellátás	41	16		57
Fekvőbeteg-szakellátás	266	110		376
Nyomási fekély ellátásban résztvevők, fő				
Igen	266	148		414
Nem	84	23		107
Reprezentativitás mértéke a nyomási fekély ellátására, %	76	86,5		79,5
Jelen vizsgálatban résztvevő mintaszám, fő				414

3.4.2. Vizsgálati módszer

Az ellátóterületek vonatkozásában készült kutatás módszerét tekintve kvantitatív, következtető, illetve leíró jellegű vizsgálat, mely kérdőíves felmérést alkalmaztunk. A minta jellemzésére ismérvek, valamint számszerűsített változók mérése történt, melyeket nem metrikus és metrikus skálák használatával végeztünk.

Az alkalmazott skálatípusoknak megfelelően az alábbi kérdéscsoportokat vizsgáltuk, az összességében 26 kérdést tartalmazó kérdőívben:

- Nem metrikus, névleges (nominális) skála került alkalmazásra olyan kérdések esetén, ahol a választási lehetőségek közötti döntés volt engedélyezett, függetlenül attól, hogy a megadott válaszok közül egy vagy több megjelölése volt lehetséges. Ilyenek voltak
 - a legmagasabb szakmai végzettségre (2. kérdés),
 - a főállású szakmaterületre (3. kérdés),
 - a mellékállásra, valamint annak helyére (4. kérdés),
 - a kompetencián kívüli tevékenységre (6. kérdés),
 - a másik ellátóterületről segítséget nyújtó szakdolgozóra (7. kérdés),
 - a decubitus ellátásra (9. kérdés),
 - a decubitus előfordulási helyszínére (10. kérdés),
 - a prevenciós eszközök használatára (11-12. kérdések),
 - az alkalmazott sebkezelési módszerekre (13. kérdés),
 - a kötszerválasztásra (14. kérdés),
 - a továbbképzésen való részvételre, valamint annak jellemzésére (15. kérdés),
 - az alkalmazott ápolási dokumentáció jellemzésére (20. kérdés),
 - a rizikófelmérés alkalmazására, szükségességére, illetve alkalmazhatóságára (21-22. kérdések),
 - a decubitusról való értesülés formájára (23. kérdés)
- vonatkozó kérdések.
- Nem metrikus, sorrendi skálát használtunk azoknál a kérdéseknél, ahol a válaszok sorrendisége volt fontos a kutatás során. Ilyenek voltak
 - az életkorra (1. kérdés),
 - az egészségügyben eltöltött munkaidőre (5. kérdés),
 - a másik ellátási területet igénylő legfontosabb ápolási tevékenységekre (8. kérdés)

vonatkozó kérdések.

- Metrikus, intervallum (különbségi) skála alkalmazása történt olyan esetekben, amelyekben a kérdésekre adott válaszok közötti kapcsolatok jellegét vizsgáltuk.

Ilyenek voltak

- o a prevencióval kapcsolatos ismeretekre (16-17. kérdések),
- o a kezeléssel kapcsolatos ismeretekre (18-19. kérdések),
- o az együttműködés megítélésére (24. a.) kérdés),
- o az információáramlás megítélésére (24. b.) és c.) kérdések), valamint
- o a kommunikáció hatékonyságának megítélésére (25. kérdés)

vonatkozó kérdések.

A kérdésekre adott válaszlehetőségek tekintetében egyéb kategória megadására is sor került, melyben a válaszadók a megadott lehetőségektől eltérő válaszaikat is megjelölhették. Az intervallum skála alkalmazásakor 5 fokozatú kiegyensúlyozatlan, illetve kiegyensúlyozott skálákat használtunk. A kiegyensúlyozatlan skálák fokozatai a kérdésekre adott egyértelmű válaszlehetőségeknek megfelelően a „Nincs – Elégséges – Közepes – Jó – Kiváló”, illetve a „Rossz – Kielégítő – Megfelelő – Jó – Kiváló” kategóriákat jelölték meg (16-19., 24. a.), 25. kérdések). A kiegyensúlyozott skálákban a kategóriaértékek szöveges megfogalmazásra kerültek, melyek a skálák érvényességét, mint teljesítendő kritériumot, segítették elő (24. b.), c.) kérdések).

A zárt kérdések mellett a válaszadók kiegészítő magyarázatának, valamint véleményének kifejtésére nyitott kérdések alkalmazására is sor került, ezek célja a megszerzett információk pontosítása volt (6., 21., 22. és 26. kérdések).

A kapott adatok bemutatására a leíró statisztika módszerei közül

- nem metrikus, névleges skálák esetén gyakorisági eloszlást,
- nem metrikus, sorrendi skálák esetén mediánt, kvartiliseket, valamint a preferencia-sorrend bemutatásához gyakoriságot,
- a nem metrikus (kategórizált) skálák hatásainak vizsgálatára egy, illetve többszemponos varianciaelemzést (ANOVA), a hatás erősségének kimutatására parciális éta-négyzet számítást, kimutatott szignifikáns különbség esetén az átlagok összehasonlítására kétmintás Z-próbát alkalmaztunk,

- metrikus, intervallum skálák esetén a közöttük lévő kapcsolat vizsgálatára Khi-négyzet próbát, a kapcsolat jellegét kutatva, pedig Pearson-féle korrelációs együttható számítást alkalmaztunk.

A parciális éta-négyzet értéke 0 és 1 közötti tartományban helyezkedik el, mely a hatás erősségét ennek megfelelő mértékben változva szemlélteti.

A Z-próba értékelésére $\alpha \leq 5\%$ eredményt tekintettünk szignifikánsnak.

A Khi-négyzet próba értékelésekor, 5%-ot meg nem haladó ($p \leq 0,05$) hibavalószínűség esetén tekinthető a kapcsolat szignifikánsnak.

A Pearson-féle korrelációs együttható (R) lehetséges értékeinek magyarázatát az alábbi kategóriáknak megfelelően adtuk meg (8. táblázat):

8. táblázat: A korrelációs együtthatók (R) lehetséges értékei és a kapcsolat jellege (Sajtos és Mitev 2007)

R értékei	Kapcsolat jellege
R = 1	Tökéletes pozitív
$0,7 \leq R < 1$	Erős pozitív
$0,2 \leq R < 0,7$	Közepes pozitív
$0 < R < 0,2$	Gyenge pozitív
R = 0	Nincs
$-0,2 < R < 0$	Gyenge negatív
$-0,7 < R \leq -0,2$	Közepes negatív
$-1 < R \leq -0,7$	Erős negatív
R = -1	Tökéletes negatív

A korreláció-vizsgálat során a kapcsolat előjele nem határozza meg a változók irányát, tehát közöttük ok-okozati összefüggés nem értelmezhető.

3.4.3. Megelőző pilóta tanulmány és validitásvizsgálat

A kérdőívek kiosztását megelőzően, a kérdések értelmezhetőségének a vizsgálata érdekében, 10-10 fő ápoló körében, került sor próbatesztelésre a háziorvosi ellátásból, az otthoni szakellátásból, a járóbeteg-, valamint a fekvőbeteg-szakellátásból.

A kérdőívek kitöltését megelőzően az ápolókat tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, továbbá kértük őket arra, hogy ennek megfelelően kritikusan értékeljék a feltett kérdéseket. Az így jelzett, nehezen értelmezhető, illetve kiegészítésre szoruló kérdések pontosításra és módosításra kerültek. Ilyenek voltak:

- A 7. kérdés pontosítása és átfogalmazása.
- A 14. kérdésben a több választási lehetőség módosítása csupán egyre.
- A 17., 19., valamint a 24. a) és b) kérdéseinek táblázatba való átszerkesztése

Megbízhatósági (validitási) vizsgálat 10 fő körében készült, melyeket az egyes intervallum skálát tartalmazó kérdések esetén vizsgáltunk.

Ennek alapján az alábbi megbízhatóság jellemzi a kérdésekre adott válaszokat:

- a prevencióval kapcsolatos saját ismereti szint megítélését – validitás: 80%,
- a prevencióval kapcsolatosan mások ismereti szintjének a megítélése – validitás: 50%,
- a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélését – validitás: 60%,
- a kezeléssel kapcsolatosan mások ismereti szintjének a megítélése – validitás: 67%,
- az együttműködés megítélése – validitás: 30%,
- az információ-áramlás megítélése – validitás: 47,5%,
- a kommunikáció hatékonyságának megítélése – validitás: 30%.

4. Az eredmények bemutatása

4.1. A betegek nyomonkövetési eredményeinek bemutatása

A minta bemutatása átfogó elemzéssel történik. A kórházba már nyomási fekélyvel érkező betegeket (A-csoport), a kórházban kialakult nyomási fekélyvel rendelkező betegeket (B-csoport), valamint az összes decubitusos betegszámra együttesen meglévő adatokat a 9. táblázat tartalmazza.

Ennek megfelelően a minta általános demográfiai jellemzéseként elmondható, hogy

- Életkor tekintetében a vizsgálatba bevont betegek helyzeti középértéknek számolt életkora (medián) 74 év. Az A-csoport életkorának helyzeti középértéke hasonló, a B-csoportté pedig 75 év volt.
- Nemek szerinti megoszlás vizsgálatában látható, hogy a betegek összességét tekintve 61,2% nő és 38,8% férfi volt, ami alig tért el az A-, és a B-csoportok esetében tapasztalt aránytól.

Az összes vizsgálatban szereplő betegszámot tekintve a decubitusos betegek 78,3%-a otthonról, 11,7%-a másik kórház akut osztályáról, 6,7% szociális otthonból és 3,3% másik kórház krónikus osztályáról érkezett az intézménybe. A vizsgálatban résztvevő betegek 21,7%-ának (65 fő) már az intézetbe történő felvételkor volt nyomási fekélye. Ezek a betegek 66,1%-ban az otthonukból, 33,9%-ban más intézetből (másik kórház akut vagy krónikus osztályairól, és szociális otthonból) érkeztek a kórházba.

A kórházban kialakult decubitusok 69,7%-a akut osztályon, átlagosan az ellátás 6. napján, 30,3%-a krónikus osztályon, átlagosan az ellátás 38. napján alakult ki.

Az összes beteg körében 44 beteg esetében több felfekvés alakult ki. A stádium szerinti beosztás az előforduló legsúlyosabb decubitus figyelembevételével került osztályozásra. A nyomási fekély stádium szerinti megoszlását tekintve a II. stádiumú decubitus előfordulása a domináns, ami az együttes betegszámra vonatkoztatva 62%. I. stádium a betegek 24%-ában, III. stádium 8%-ban, és IV. stádium 6%-ban volt jellemző. Az A-

csoportban szintén a II. stádiumú felfekvés volt a legmagasabb (60%), melyet a IV. stádium 15,4%-kal, majd az I. és a III. stádium követett 12,3-12,3%-kal. A B-csoportban 62,8% volt a II., 26,5% az I., 6,8% a III. és végül 3,9% a IV. stádiumú nyomási fekély.

Az előforduló decubitusok lokalizációjának gyakorisági sorrendje: keresztcsont (68,9%), sarok (9,7%), boka (3,7%), ülőcsont (1,3%) és tompor (1%). A sípcsonton és az egyéb helyként megjelölt területek (hát) 0,3-0,3%-os válaszarányt képviseltek. Több decubitus egyidejű előfordulása az összeset 7,7%-ában a keresztcsonton és a sarkon, valamint 2,7%-ában a keresztcsonton és a bokán jelentek meg. Az A-csoport esetében, a nyomási fekély 60%-ban a keresztcsonton, 16,7%-ban a sarkon, 4,6%-ban a bokán és 1,5%-ban az ülőcsonton alakult ki. Továbbá 6,2%-ban az ülőcsonton és a keresztcsonton, 3,1%-ban a tomporon és a keresztcsonton, a keresztcsonton és a sarkon, illetve a keresztcsonton, sarkon és könyökön, valamint 1,5%-ban a sarkon és a bokán volt együttes előfordulás. A B-csoportban szintén a keresztcsonton kialakult decubitus volt a legjelentősebb (71,4%). A keresztcsonton és a sarkon együttesen előforduló nyomási fekély aránya 9% volt, és magas volt a csak a sarkon kialakult felfekvések száma is (7,7%). A bokán, valamint a keresztcsonton és a bokán előforduló nyomási fekély aránya hasonlóan 3,4-3,4% volt. Ezekon kívül 1,3% volt az ülőcsonton és a tomporon külön-külön, 0,9% volt a tomporon és a sarkon, valamint a keresztcsonton, sarkon és egyéb helyen (fül) együttesen, illetve 0,4% volt a sípcsonton és egyéb helyen (hát) külön-külön megjelenő nyomási fekélyek aránya.

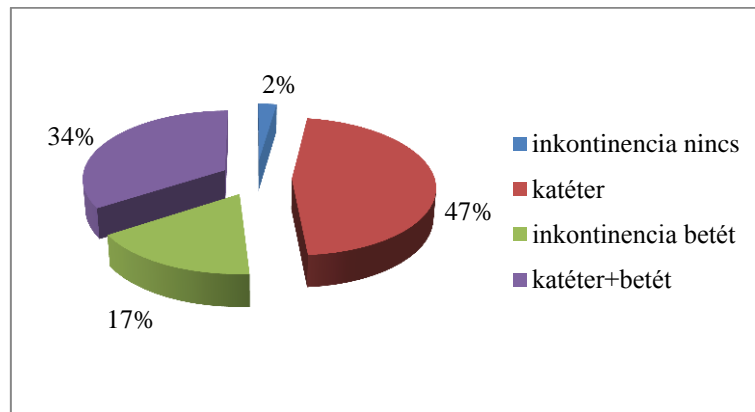
A legsúlyosabb felfekvések kimenetelét tekintve az összes esetek 42,1%-ában változatlan, 30,8%-ában súlyosbodott, 13,7%-ban javult és 13,4%-ban gyógyult arány figyelhető meg. Az A-csoport esetében szintén a változatlan és a súlyosbodó esetek aránya volt a magasabb (50,8% és 26,2%), azonban több volt a javult eset aránya (16,9%) a gyógyult esethez képest (6,1%). A B-csoportban a változatlan és a súlyosbodó esetek, eddigiekhez képest alacsonyabb, arányához (39,7% és 32,1%), magasabb gyógyult eset (15,4%) társult a javult esetekhez képest (12,8%).

9. táblázat: A decubitusos betegek és a nyomási fekély jellemzőinek adatai

	Decubitussal érkező betegek (A-csoport)	A kórházban kialakult decubitusos beteg (B-csoport)	Összes decubitusos beteg
	n=65 (21,7%)	n=234 (78,3%)	N=299 (100,0%)
Életkor (median), év	74	75	74
Nem, % (fő)			
• férfi	38,5 (25)	38,9 (91)	38,8 (116)
• nő	61,5 (40)	61,1 (143)	61,2 (183)
Honnan érkezett, % (fő)			
• otthonából	66,1 (43)		78,3 (234)
• más intézet (akut)	18,5 (12)		11,7 (35)
• más intézet (krónikus)	6,2 (4)		3,3 (10)
• szociális otthon	9,2 (6)		6,7 (20)
Kialakulás helyszíne, % (fő)			
• akut osztály		30,3 (71)	
• krónikus osztály		69,7 (163)	
Stádium (legsúlyosabb), % (fő)			
I.	12,3 (8)	26,5 (62)	24 (71)
II.	60,0 (39)	62,8 (147)	62 (185)
III.	12,3 (8)	6,8 (16)	8 (24)
IV.	15,4 (10)	3,8 (9)	6 (19)
Lokalizáció, % (fő)			
ülöksont	1,5 (1)	1,3 (3)	1,3 (4)
tompor	0	1,3 (3)	1,0 (3)
keresztcsont	60,0 (39)	71,4 (167)	68,9 (206)
sarok	16,7 (11)	7,7 (18)	9,7 (29)
boka	4,6 (3)	3,4 (8)	3,7 (11)
sípcsont	0	0,4 (1)	0,3 (1)
egyéb	0	0,4 (1)	0,3 (1)
ülöksont+keresztcsont	6,2 (4)	0	1,3 (4)
tompor+keresztcsont	3,1 (2)	0	0,7 (2)
tompor+sarok	0	0,9 (2)	0,7 (2)
keresztcsont+sarok	3,1 (2)	9,0 (21)	7,7 (23)
keresztcsont+boka	0	3,4 (8)	2,7 (8)
sarok+boka	1,5 (1)	0	0,3 (1)
keresztcsont+sarok+egyéb	0	0,9 (2)	0,7 (2)
keresztcsont+sarok+könyök	3,1 (2)	0	0,7 (2)
Lefolyás, % (fő)			
• gyógyult	6,1 (4)	15,4 (36)	13,4 (40)
• javult	16,9 (11)	12,8 (30)	13,7 (41)
• változatlan	50,8 (33)	39,7 (93)	42,1 (126)
• súlyosbodott	26,2 (17)	32,1 (75)	30,8 (92)
A beteg további sorsa, % (fő)			
• exit	61,5 (40)	59,4 (139)	59,9 (179)
• más intézet	13,9 (9)	12,0 (28)	12,4 (37)
• a beteg otthona	24,6 (16)	28,6 (67)	27,7 (83)

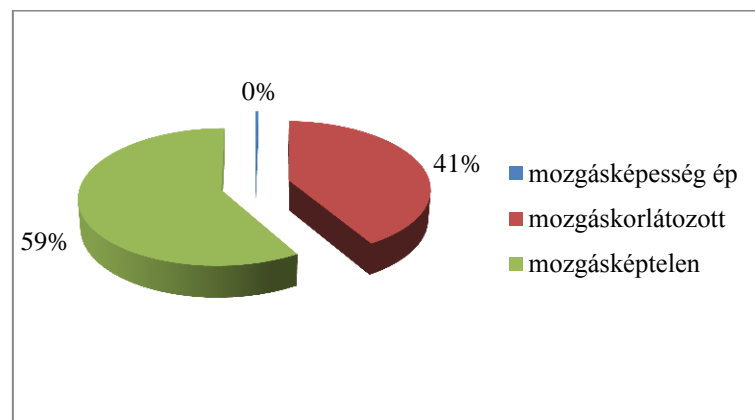
A decubitusos betegek ápolási, ellátási igényeire vonatkozóan az inkontinencia ellátására, a mozgásképesség felmérésére (ezáltal a segítségnyújtásra vonatkozó igényére), a kényelmi és/vagy prevenciós eszközök (statikus vagy dinamikus) alkalmazására, valamint az alkalmazott sebellátási módszerre történt felmérés.

Az inkontinencia ellátása során alkalmazott segédeszközökre vonatkozóan a betegek 47%-ának katétert, további 34%-ának a katéter mellett inkontinencia betétet, és 17%-ának csak inkontinencia betétet használtak az ápolók. (3. ábra)



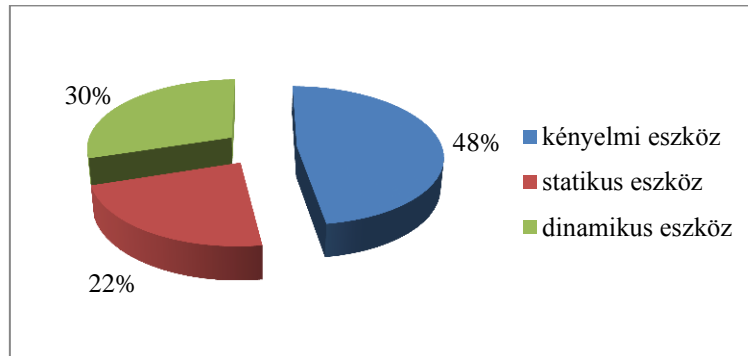
3. ábra: Az inkontinencia ellátására alkalmazott eszközök megoszlása, % (N=299)

A decubitusos betegek teljes mértékben mozgásukban korlátozottak voltak, melyből 59% teljes mozgásképtelen, teljes ellátást igénylő, valamint 41% mozgásában korlátozott, segítséget igénylő beteg volt. (4. ábra)



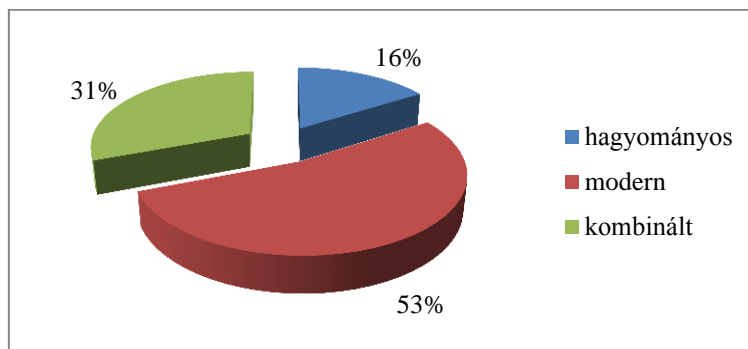
4. ábra: A beteg mozgásképessége szerinti megoszlás, % (N=299)

A beteg kényelmének elősegítése érdekében alkalmazott ún. old-style eszközöket az esetek 47%-ában alkalmaztak az ápolók, gyakran a prevenciós eszközök használata mellett is. A statikus prevenciós alátétek és eszközök 22%-ban, a dinamikus matracok és ágyak 30%-ban kerültek alkalmazásra. (5. ábra)



5. ábra: A kényelmi, és/vagy statikus és dinamikus eszközök alkalmazásának megoszlása, % (n=455)

A kötszerhasználat tekintetében kiemelhető a modern sebelltási módszerek alkalmazása (53%), a kötszertípusok kombinált használata (31%) a hagyományos módszerek (16%) mellett. (6. ábra)



6. ábra: A sebelltási módszerek alkalmazásának megoszlása, % (N=299)

A továbbiakban kapcsolatot kerestünk a kényelmi, a statikus és a dinamikus eszközök alkalmazása (függő változók) és a másik csoportba tartozó eszközök, a nyomási fekély kimenetele, a sebelltás módszerei, az inkontinencia ellátási módja, valamint a beteg

mozgásképpessége (független változók) között, az előre meghatározott kritériumok bontásában. A nem metrikus (kategórikus) változók közötti statisztikai összefüggés vizsgálatát Khi-négyzet próbával (p) végeztük, a meglévő szignifikáns kapcsolat erősségét pedig – a szimmetrikus nominális skáláknál alkalmazott – Cramer's V mutatószámmal (V) jellemztük.

A 10. táblázatban látható, hogy a kényelmi eszközök alkalmazása statisztikailag szignifikáns összefüggést mutat a dinamikus eszközök használatával ($p=0,000$), azonban a közöttük lévő kapcsolat erősségét mutató értéke $V=0,206$ (20,6%). A statikus eszközök alkalmazása jelentős összefüggést mutat a dinamikus eszközök használatával, illetve a beteg mozgásképpességének mértékével ($p=0,000$, $p\leq 0,021$). Az előbbi esetén a kapcsolat erőssége erős ($V=0,601$), így azt mondhatjuk, hogy ha már alkalmazásra került a dinamikus eszköz, akkor a statikus eszközök választása 60,1%-ban nem történne meg. Az utóbbi esetén pedig azt mondhatjuk, hogy a beteg mozgásképpessége 13,3%-ban határozza meg a statikus eszközök alkalmazását ($V=0,133$).

10. táblázat: Kényelmi, statikus és dinamikus eszközök Khi-négyzet eloszlása és a kapcsolat erősségének eloszlása ($N=299$)

	Alkalmazott mutatószámok	Kényelmi eszközök	Statikus eszközök	Dinamikus eszközök
Statikus eszközök	p	0,100		
Dinamikus eszközök	p	0,000	0,000	
	V	0,206	0,601	
Kimenetel (lefolysis)	p	0,516	0,631	0,359
Sebkezelés	p	0,125	0,999	0,731
Inkontinencia	p	0,437	0,886	0,356
Mozgásképpesség	p	0,601	0,021	0,280
	V	-	0,133	-

Az 11. táblázatban a nyomási fekély kimenetele, a választott sebkezelés módszere, az inkontinencia során alkalmazott eszközök, valamint a beteg mozgásképpessége közötti összefüggés vizsgálatának eredményeit (p), valamint az egyes asszimmetrikus nominális skálák közötti kapcsolati erősséget (Lambda, λ) szemléltettük. Látható, hogy a nyomási fekély kimenetele szignifikáns kapcsolatban van a sebkezelés választott módszerével ($p\leq 0,004$), valamint a beteg mozgásképpességével ($p=0,000$). A sebkezelés és a

kimenetel kapcsolatának erőssége aszerint határozható meg, hogy melyik változót tekintjük függőnek: ha a sebkezelés a függő változó, akkor 6,4%-os ($\lambda=0,064$), ha a kimenetel a függő változó, akkor 4%-os ($\lambda=0,04$) befolyásoló hatással vannak egymásra. A kimenetelre 10,5%-ban van hatással a beteg mozgásképessége ($\lambda=0,105$).

A sebkezelés és a mozgásképesség között ugyancsak szignifikáns összefüggés mutatható ki ($p=0,000$). A kapcsolat jellegét tekintve 8,1%-ban befolyásolja a mozgásképesség a választott sebkezelési módszert ($\lambda=0,081$).

11. táblázat: A kimenetel (lefolyás), a választott sebkezelési módszer, az inkontinencia, illetve a mozgásképesség összefüggéseinek vizsgálata (N=299)

	Alkalmazott mutatószámok	Kimenetel (lefolyás)	Sebkezelés	Inkontinencia
Sebkezelés	p	0,004		
	λ (ha a sebkezelés a függő változó)	0,064		
	λ (ha a kimenetel a függő változó)	0,040		
Inkontinencia	p	0,338	0,290	
Mozgásképesség	p	0,000	0,000	0,539
	λ	0,105	0,081	-

A betegek további sorsára vonatkozóan a vizsgálatban résztvevők jelentős része, 59,9%-a exitált, további 12,4% más intézetbe (másik kórházba, vagy szociális otthonba), illetve 27,7% otthonába került. Hasonló eloszlású arány figyelhető meg az A és a B-csoportok esetében is: a meghalt betegek A-csoportnál 61,5%, B-csoportnál 59,4%; a más intézetbe került betegek A-csoportnál 13,9%, B-csoportnál 12%, valamint az otthonukba távozott betegek aránya A-csoportnál 24,6%, B-csoportnál 28,6%. (korábbi 9. táblázat)

A nyomási fekély kimenetele (lefolyása), valamint a beteg további sorsa között szignifikáns összefüggést kerestünk (Khi-négyzet próba, p), továbbá a kimutatott összefüggést tovább vizsgálva az aszimmetrikus nominális skálák közötti kapcsolat jellegét vizsgáltuk (Lambda, λ). Eredményeink szerint a nyomási fekély lefolyása és a beteg további sorsa között szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($p=0,000$). A kapcsolat jellegét tekintve abban az esetben, ha a beteg további sorsát tekintjük függő

változónak, akkor 32,5%-os ($\lambda=0,325$), ha a nyomási fekély lefolyását tekintjük függő változónak, akkor 41%-os befolyásoló hatás érvényesül a független változó által. (12. táblázat)

12. táblázat: A kialakulás helyszíne, a decubitus lefolyása és a beteg további sorsa közötti összefüggések vizsgálata (N=299)

	Alkalmazott mutatószámok	Kialakulás színhelye	Lefolyás
Lefolyás	p	0,786	
A beteg további sorsa	p	0,797	0,000
	λ (ha a beteg további sorsa a függő változó)		0,325
	λ (ha a lefolyás a függő változó)		0,410

4.2. Az ellátóterületeken dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek bemutatása

Az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók demográfiai jellemzőit vizsgálva az átlagéletkor 37 és 45 év között, az életkor helyzeti középértéke 35 és 43 év között változik. Az összes mintát tekintve az ápolók 25%-a 35 év alatti, 50%-a 40 év alatti és 75%-a 47 év alatti korosztályból kerültek ki.

A legmagasabb szakmai végzettség tekintetében a háziorvosi ellátásban dolgozó ápolók 33,3%-a ápoló (OKJ), 28,2%-a körzeti-közösségi ápoló, 18%-a (diplomás, BSc) ápoló végzettséggel dolgozott. Az ápolók 41%-a dolgozott mellékállásban, többnyire otthonápolási szolgálatban (15,3%) és egyéb területen (7,7%). Az otthoni szakellátásban főállásban dolgozó ápolók 41,5%-a ápoló (OKJ), 24,2%-a felnőtt szakápoló és 17,2%-a (diplomás, BSc) ápoló szakmai végzettséggel dolgozott, valamint 17,2%-uk vállalt mellékkeresetként munkát. A járóbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók többsége ápoló (OKJ) és egyéb szakápolói szakképesítéssel dolgozott (40,9% és 36,4%), illetve 36,5% otthonápolásban vállalt másodállást. A fekvőbeteg-szakellátásban az ápolók jelentős része ápoló (OKJ) és (diplomás, BSc) ápoló szakképesítéssel rendelkezik (42,9% és 23,1%), és csupán 29% vállalt másodállást, nagyobb részben egyéb területen, valamint az otthonápolási szolgálatokban (11,7% és 10,2%). A legmagasabb szakmai végzettséget a minta egészére vizsgálva az ápolók több, mint 60%-a ápoló (OKJ) és (diplomás, BSc) ápoló végzettséggel dolgozott (41,8% és 21,7%). Egyetemi végzettségű ápolók az otthonápolási szakellátásban (mint szolgálatvezető) és a fekvőbeteg-szakellátásban dolgoznak (3,4% és 3,1%). A mellékállásban való munkavállalás tekintetében a megkérdezettek 30,7%-a vállalt munkát többnyire az otthonápolás területén, valamint egyéb területen (12,1% és 10,7%). Ez utóbbi során nem egészségügyi területen dolgoztak az ápolók (pl. takarítást és gyermekfelügyeletet vállaltak).

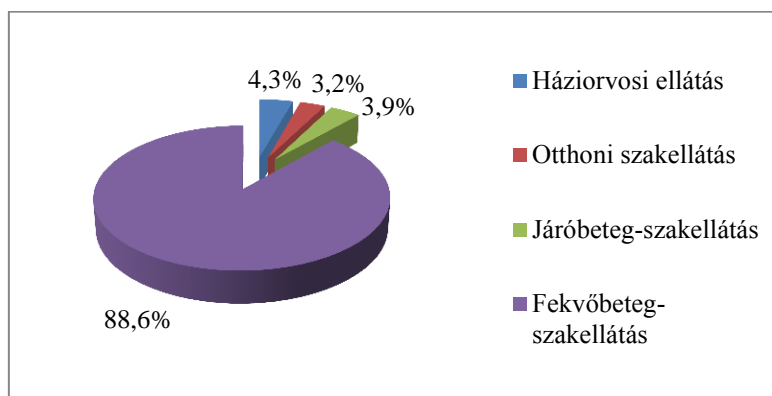
A kérdőívet kitöltő ápolók egészségügyben ledolgozott átlag munkaideje 17 és 26 év között változott és a kvartiliseket tekintve 25%-uk 15 évnél, 50%-uk 21 évnél és 75%-uk 28 évnél kevesebb időt töltött már el ebben az ágazatban. (13. táblázat)

13. táblázat: A minta demográfiai jellemzői az ellátóterületek bontásában

Egészségügyi ellátóterületek	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Ápolók száma (főállás szerint), % (fő)	9,4 (39)	7,0 (29)	5,3 (22)	78,3 (324)	100,0 (414)
Életkor, év					
Átlag	45	44	37	40	41
Medián	43	43	35	40	40
Kvartilis					
25%	39	39	31	35	35
50%	43	43	35	40	40
75%	51	48	45	46	47
Legmagasabb szakmai végzettség, % (fő)					
általános ápoló és asszisztens	10,3 (4)	3,4 (1)	0	6,8 (22)	6,5 (27)
felnőtt szakápoló	5,1 (2)	24,2 (7)	9,1 (2)	9,3 (30)	9,9 (41)
körzeti-közösségi ápoló	28,2 (11)	0	0	0	2,7 (11)
egyéb szakápoló	5,1 (2)	10,3 (3)	36,4 (8)	14,8 (48)	14,7 (61)
ápoló (OKJ)	33,3 (13)	41,5 (12)	40,9 (9)	42,9 (139)	41,8 (173)
(diplomás, BSc) ápoló	18,0 (7)	17,2 (5)	13,6 (3)	23,1 (75)	21,7 (90)
(egyetemi, MSc) ápoló	0	3,4 (1)	0	3,1 (10)	2,7 (11)
Mellékállásban történő munkavégzés, % (fő)					
nem	59 (23)	82,8 (24)	45,5 (10)	71 (230)	69,3 (287)
igen	41 (16)	17,2 (5)	54,5 (12)	29 (94)	30,7 (127)
alapellátás	7,7 (3)	0	4,5 (1)	1,2 (4)	1,9 (8)
otthonápolás	15,3 (6)	10,3 (3)	36,5 (8)	10,2 (33)	12,1 (50)
járóbeteg-szakellátás	2,6 (1)	0	4,5 (1)	1,9 (6)	1,9 (8)
fekvőbeteg-szakellátás	5,1 (2)	0	4,5 (1)	3,4 (11)	3,4 (14)
szociális ellátás	2,6 (1)	0	0	0,6 (2)	0,7 (3)
egyéb	7,7 (3)	6,9 (2)	4,5 (1)	11,7 (38)	10,7 (44)
Egészségügyben eltöltött évek száma, év					
Átlag	24	26	17	21	21
Medián	23	26	16	20	21
Kvartilis					
25%	20	19	9	14	15
50%	23	26	16	20	21
75%	33	30	25	28	28

A munkavégzésre vonatkozó információkat tekintve a kompetenciába tartozó tevékenységek, illetve más ellátóterületekkel való kapcsolatfelvétel szükségességét vizsgáltuk.

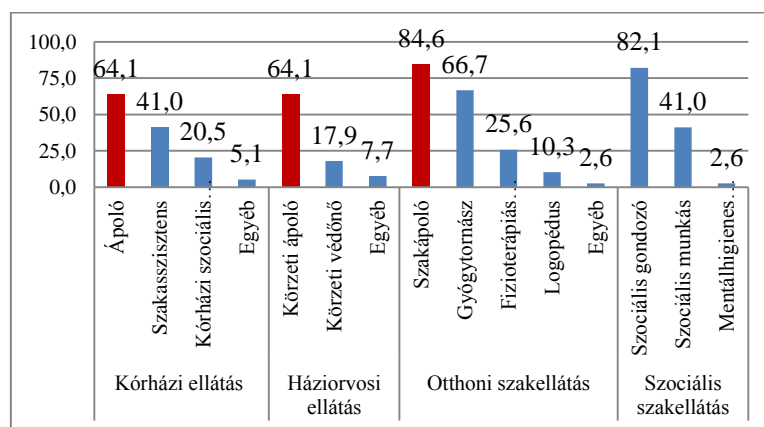
A kérdőívre válaszolók közül 254 fő (61,4%) mondta, hogy a hatáskörén kívüli tevékenységeket is végez a munkája során. Az ellátóterületek szerinti bontásban látható, hogy a fekvőbeteg-szakellátásban jelentős ez (88,6%), míg a másik három ellátási formában közel 4-4%-os a kompetencián kívüli tevékenységek végzésének aránya. (7. ábra)



7. ábra: Kompetenciába nem tartozó tevékenységek végzésének aránya, % (n=254)

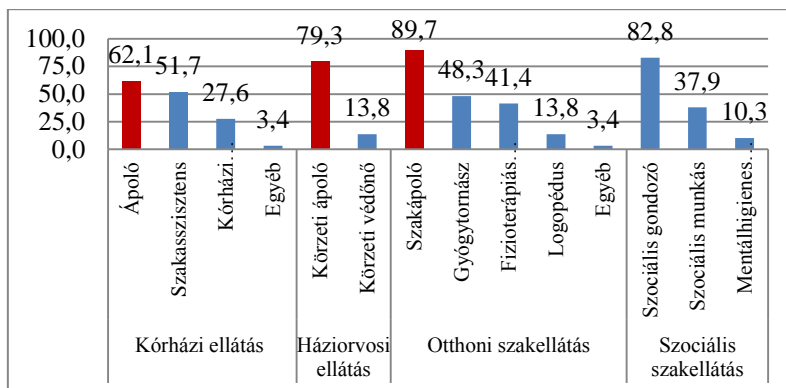
A következő ábrából látható, hogy az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók milyen szakemberekhez tudnak segítségért fordulni. Az egészségügyi szakellátások területén a legmagasabb arányt képviselő végzettséget eltérő (piros) színnel emeltük ki.

A háziorvosi ellátásban dolgozó ápolók mind a három egészségügyi területen az ápolóktól kapnak segítséget. (8. ábra)



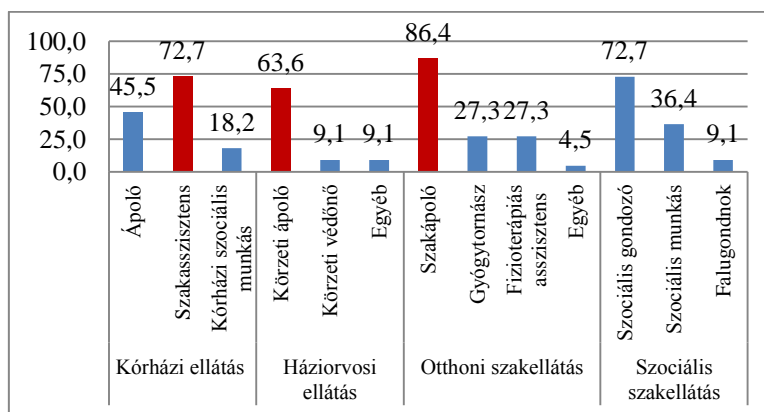
8. ábra: A háziorvosi ellátásban dolgozó ápolók által igénybevett szakdolgozók ellátóterületenkénti aránya, % (n=39)

Az otthoni szakellátásban dolgozó ápolók szintén az ápolókkal vannak kapcsolatban a többi egészségügyi ellátóterületen, melyek közül a háziorvosi ellátásban a körzeti ápolók megjelölése a kiemelkedő (79,3%). (9. ábra)



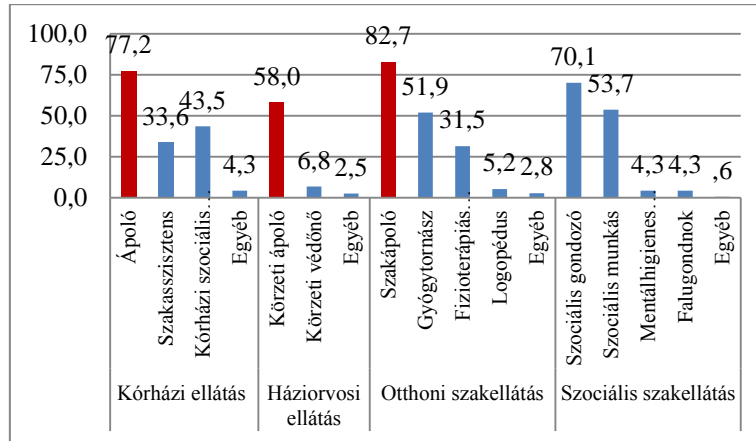
9. ábra: Az otthoni szakellátásban dolgozó ápolók által igénybevett szakdolgozók ellátóterületenkénti aránya, % (n=29)

A kórházi ellátásban dolgozó ápolók közül a járóbeteg-szakellátásban dolgozó szakasszisztensek kapcsolata más ambulanciákon dolgozó munkatársaikkal (72,7%), az otthoni szakellátásban dolgozó ápolókkal (86,4%), valamint a körzeti ápolókkal jelentős (63,6%). (10. ábra)



10. ábra: A járóbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók által igénybevett szakdolgozók ellátóterületenkénti aránya, % (n=22)

A fekvőbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók szintén az otthoni szakellátásban dolgozó szakápolóktól (82,7%), valamint a körzeti ápolóktól (58%) kapnak segítséget a kórházi ellátásban dolgozó ápolókon kívül. (11. ábra)



11. ábra: A fekvőbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók által igénybevett szakdolgozók ellátóterületenkénti aránya, % (n=324)

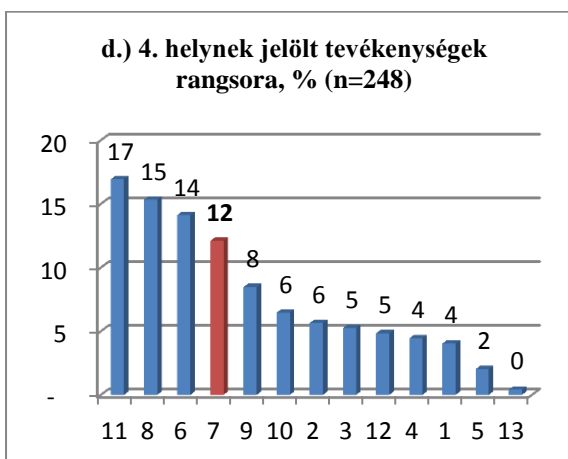
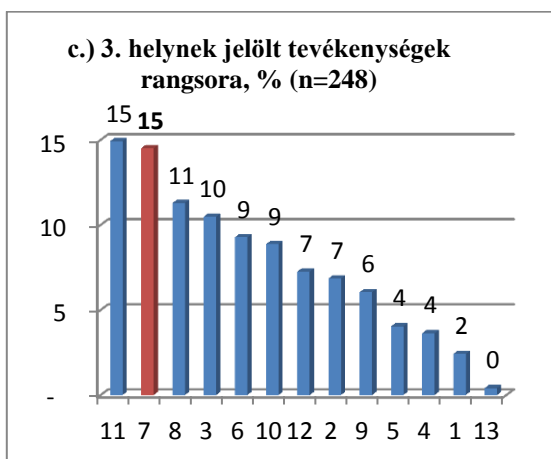
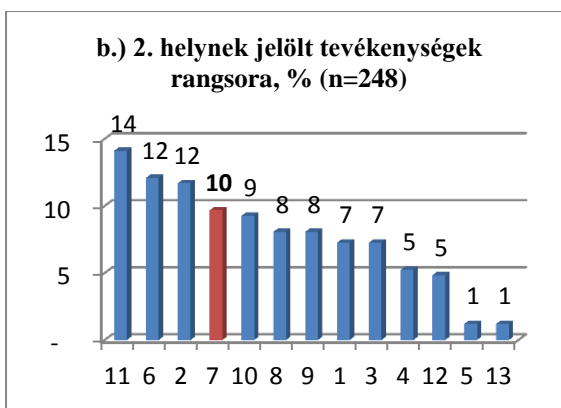
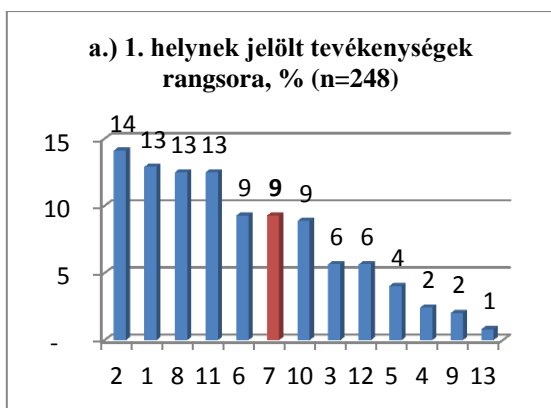
Az otthoni szakápolással való együttműködést tovább vizsgálva a válaszadók meghatározhatták annak leginkább fontosnak tartott területeit. Arra nem terjedt ki a jelen felmérés, hogy meghatározza azt, hogy az otthoni szakellátásban dolgozó ápolók részéről milyen a megítélés az egyes feladatok elvégzésével kapcsolatosan. A felsorolt és számmal jelölt tevékenységek az alábbiak voltak:

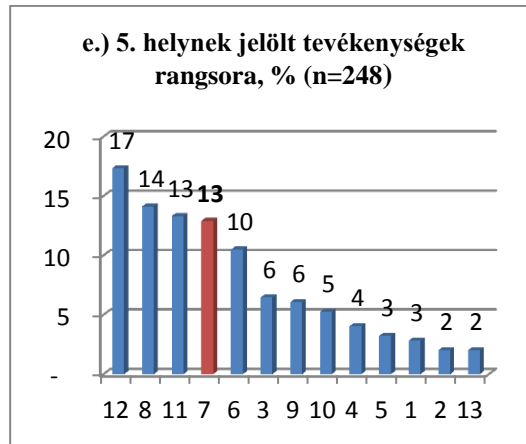
1. szondatáplálás
2. tracheális kanül tisztítása és cseréje
3. állandó katéter cseréje, hólyagöblítés
4. intravénás folyadékpótlás
5. műtét utáni higiénés szükségletek kielégítése
6. műtéti sebek, sztomák ellátása
7. krónikus sebek ellátása
8. műtét vagy baleset miatt végzett funkciók pótlása (mobilizáció)
9. O₂ terápia, TENS, Biopton lámpa szívók alkalmazása
10. tartós fájdalomcsillapítás
11. szakirányú terápia (fizioterápia, gyógytorna, logopédia)

12. haldokló beteg otthoni ellátása

13. egyéb

A 12. a-e.) ábrák az otthoni szakellátás területén kívül, a többi ellátóterületből a kérdőív, ezen kérdését értékelhetően kitöltő ápolók (n=248) véleményét mutatja az egyes tevékenységek rangsora szerinti bontásban, mely arányaiban szemlélteti az egyes tevékenységek elvégzéséhez igényelt együttműködést. Látható, hogy a krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátását (7) zömében gyakorinak ítélték meg. A kérdésre válaszoló ápolók 9%-a az első, 10%-a a második, 15%-a a harmadik, 12%-a a negyedik, illetve 13%-a az ötödik helyre tette.

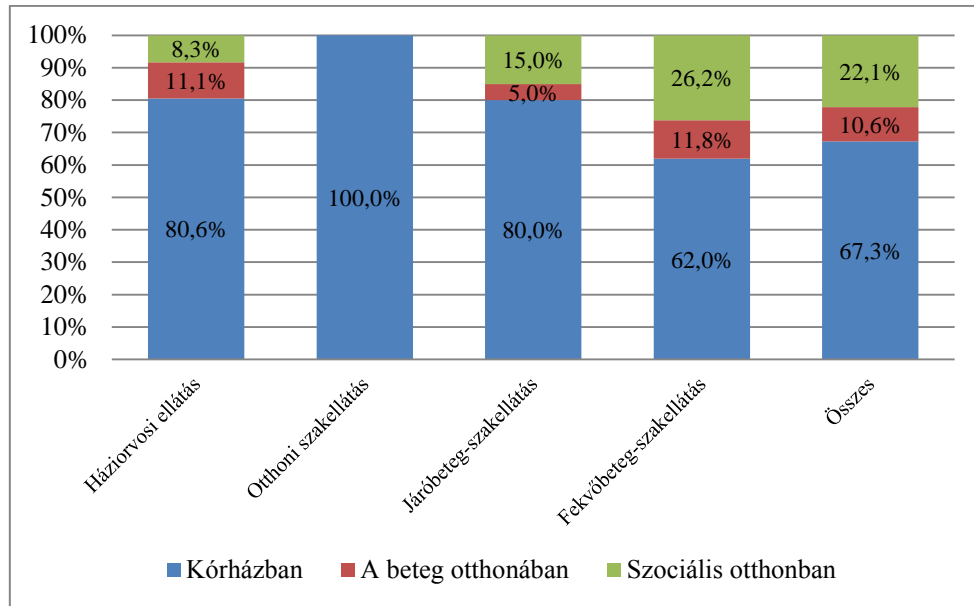




12. a-e.) ábra: Együttműködést igénylő tevékenységek megoszlása, % (n=248)

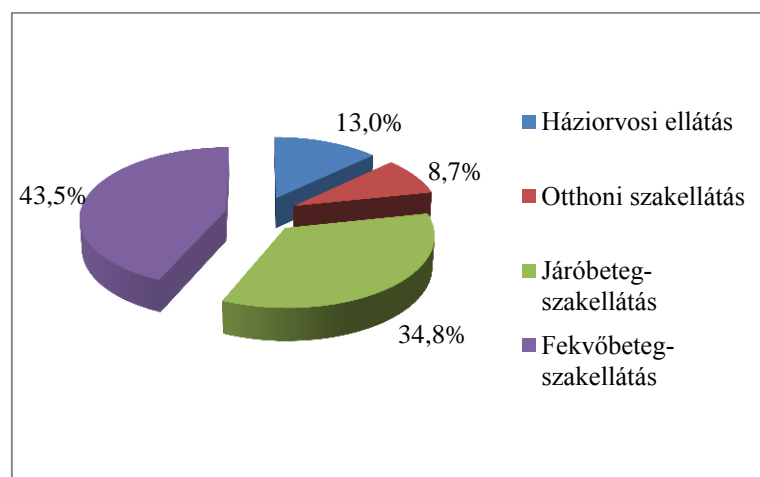
A nyomási fekély előfordulásával, az alkalmazott prevenciós eszközök és sebellátási módszerek közötti választásról kapott adatokat mutatjuk be a következőkben.

Az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók 67,3%-a úgy vélte, hogy a nyomási fekély a kórházban alakul ki, további 22,1% a szociális otthont és 10,6% a beteg otthonát jelölte meg. Az otthoni szakellátásban az ápolók teljes egészében a kialakulást a kórházi környezetben határozták meg. A háziorvosi ellátásban, valamint a járóbeteg-szakellátásban dolgozók közel azonos arányban jelölték meg a kórházi előfordulást (80,6% és 80%), azonban az előbbieket közül nagyobb arányban voltak azok, akik a beteg otthonában való előfordulást jelezték (11,1%). A fekvőbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók 62%-a a kórházi, 26,2%-a a szociális otthoni és 11,8%-a a beteg otthonában történő előfordulást határozták meg. (13. ábra)



13. ábra: A nyomási fekély kialakulásának helyszíne az ellátóterületek véleménye szerinti bontásban, % (n=397)

A nyomási fekély ellátása szempontjából teljes reprezentativitással bíró mintában, vizsgálatra került a decubitus ellátásával kapcsolatos ismeretek felmérése is. A felmérés szerint az ápolók jelentős része (n=391) alkalmaz preventív eszközöket a betegellátás során. Azok arányát, akik nem alkalmaznak, ellátóterületek szerinti bontásban a 14. ábra mutatja. Látható, hogy az esetek 43,3%-a a fekvőbeteg-szakellátásból került ki.



14. ábra: Preventív eszközt nem használók megoszlása területenként, % (n=23)

Az alkalmazott prevenciós eszközök arányát, melyek előre meghatározott csoportosításban adtuk meg, ellátóterületenkénti bontásban a 14. táblázat tartalmazza.

Mindegyik ellátóterületen a kényelmi eszközök alkalmazása az elterjedt. A felsoroltak közül a sarok, illetve a könyök gyűrűk alkalmazását jelölte be a válaszadók több, mint háromnegyede (77,8%). Emellett elterjedt a polyuretan matracok és ülepárnák használata (50,5% és 33,8%). Az otthoni szakellátásban dolgozók körében még kiemelkedő a levegővel töltött, nem speciális kiképzésű párnák, valamint a vízzel töltött párnák és kesztyűk alkalmazása is (37,9% és 27,6%).

14. táblázat: A kényelmi, prevenciós és terápiás eszközök alkalmazásának megoszlása, %(fő)

Ellátóterületek	Háziorsvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Válaszadók száma	9,2 (36)	6,9 (27)	3,6 (14)	80,3 (314)	100,0 (391)
Kényelmi eszközök					
vízzel töltött párnák, kesztyűk;	17,9 (7)	27,6 (8)	0	19,1 (62)	18,6(77)
levegővel töltött nem speciális kiképzésű párnák	25,6 (10)	37,9 (11)	13,8 (4)	26,1 (91)	28,0 (116)
egy daraból kiöntött polyurethan hab matrac, párna	38,5 (11)	72,4 (21)	6,9 (2)	52,8 (171)	50,5 (209)
polyuretan „fánk alakú” ülepárnák	30,8 (12)	27,6 (8)	13,8 (4)	35,8 (116)	33,8 (140)
gyűrűk (sarok, könyök)	74,4 (29)	58,6 (17)	34,5 (10)	82,1 (266)	77,8 (322)
báránypórák vagy műanyag utánzatuk	5,1 (2)	13,8 (4)	0	8,0 (26)	7,7 (32)
Statikus, nyomáscsökkentő, tehermentesítő prevenciós eszközök					
magas specifikációjú (alternatív) habból készült matracok, rátétek	20,5 (8)	27,6 (8)	6,9 (2)	35,8 (116)	32,4 (134)
géllel töltött matrac / rátét	10,3 (4)	27,6 (8)	20,7 (6)	20,4 (66)	20,3 (84)
rostanyaggal töltött matrac / rátét	10,3 (4)	10,3 (3)	6,9 (2)	13,3 (48)	12,6 (52)
levegővel töltött matrac / rátét	23,1 (9)	27,6 (8)	6,9 (2)	56,8 (184)	49,0 (203)
folyadékkal töltött matrac / rátét	2,6 (1)	10,3 (3)	6,9 (2)	6,8 (22)	6,8 (28)
Dinamikus nyomáscsökkentő, tehermentesítő prevenciós eszközök					
váltakozó nyomású eszközök beépített nyomásérzékelővel	5,1 (2)	10,3 (3)	10,3 (3)	24,4 (79)	21,0 (87)
levegő befűvós eszközök, pulzáló váltakozó nyomással	7,7 (3)	13,8 (4)	13,8 (4)	46,6 (151)	39,1 (162)
alacsony légvesztéses eszközök	10,3 (4)	6,9 (2)	51,7 (15)	6,2 (20)	6,3 (26)
kinetikus ágyak	5,1 (2)	0	3,4 (1)	13,2 (40)	10,6 (44)

A statikus prevenciós, illetve a dinamikus terápiás eszközök különböző típusainak a használatát kevesebb ápoló jelölte be. A statikus eszközök közül leginkább a levegővel, vagy gélllel töltött matracok/rátétek, valamint az alternatív habból készült matracok/rátétek alkalmazására van lehetőség az ellátóterületeken (49%, 20,3% és

32,4%). A dinamikus eszközök használata leginkább a fekvőbeteg-szakellátásban jelenik meg. Elterjedt a pulzáló, váltakozó levegőnyomással, illetve beépített nyomásérzékelővel működő eszközök alkalmazása (39,1% és 21%). Meglepő eredmény a járóbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók körében a magas arányban (51,7%) bejelölt alacsony légvesztéses eszközök alkalmazása.

Az alkalmazott sebkezelési módszer jellegére vonatkozóan összesen 411 értékelhető válasz érkezett. Az ápolók többféle kötszertípust bejelölhettek. A 15. táblázatban látható a válaszok ellátóterületenkénti aránya. A területek összességét tekintve elterjedt a hagyományos sebkezelési módszer mellett (55,1%), a nedvszívó kötszerek (55,1%), továbbá az alginátok alkalmazása (44,9%). A hidrogélek (38,4%), a különböző filmkötszerek (36,5%), a szigetkötszerek (34,1%), a hidrocolloidok (33,1%) és az impregnált lapok (32,1%) közel azonos választási arányt képviseltek. Ettől az alkalmazási sorrendtől eltérően a háziorvosi ellátásban leginkább a nedvszívó kötszereket alkalmazták (61,5%), az otthoni szakellátásban a hagyományos kötszerek háttérbe szorultak (34,5%) és inkább az alginátok (82,8%), nedvszívó kötszerek (75,9%), impregnált lapok (62,1%) és hidrogélek (51,7%) használata az elterjedt. A járóbeteg-szakellátásban pedig magasabb az alginátok alkalmazása (59,1%).

15. táblázat: Az alkalmazott sebkezelési módszerek megoszlása, %(fő)

	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Válaszadók száma	9,2 (38)	7,1 (29)	5,4 (22)	78,3 (322)	100,0 (411)
Hagyományos	51,3 (20)	34,5 (10)	50,0 (11)	57,7 (187)	55,1 (228)
Szigetkötszerek	35,9 (14)	34,5 (10)	9,1 (2)	35,5 (115)	34,1 (141)
Nedvszívó/abszorbens kötszerek	61,5 (24)	75,9 (22)	45,5 (10)	53,1 (172)	55,1 (228)
Filmkötszerek	38,5 (15)	55,2 (16)	36,4 (8)	34,6 (112)	36,5 (151)
Impregnált lapok	30,8 (12)	62,1 (18)	36,4 (8)	29,3 (95)	32,1 (133)
Hidrogélek	46,2 (18)	51,7 (15)	9,1 (2)	38,3 (124)	38,4 (159)
Habkötszerek	12,8 (5)	27,6 (8)	9,1 (2)	9,9 (32)	11,4 (47)
Hidrocolloidok	28,2 (11)	48,3 (14)	54,5 (12)	30,9 (100)	33,1 (137)
Hidroaktív kötszerek	20,5 (8)	34,5 (10)	18,2 (4)	13,3 (43)	15,7 (65)
Alginátok	48,7 (19)	82,8 (24)	59,1 (13)	40,1 (130)	44,9 (186)
Hidrofiber kötszerek	7,7 (3)	20,7 (6)	9,1 (2)	8,0 (26)	8,9 (37)
Egyéb	0	13,8 (4)	4,5 (1)	1,5 (5)	2,4 (10)

A kötszerek közötti választást ellátóterületenként némileg eltérő tényezők befolyásolják. A háziorvosi ellátásban a kórházi fekvőbeteg-, illetve járóbeteg-szakellátásban elrendelt kötszereken kívül (43,6% és 20,5%), 33,3%-ban a beteg fizetőképessége is meghatározza az alkalmazást. Az otthoni szakellátás során zömében a fekvőbeteg-ellátás során elrendelt kötszerek használatára került sor (62,1%). A fekvőbeteg-, valamint a járóbeteg-szakellátásban a kötszerek közötti választást az ellátásban rendelkezésre álló típusok határozták meg (93%, 72,7%), azonban a járóbeteg-szakellátásban 22,7%-ban figyelembe vették, hogy korábban milyen kötszert alkalmaztak. (16. táblázat)

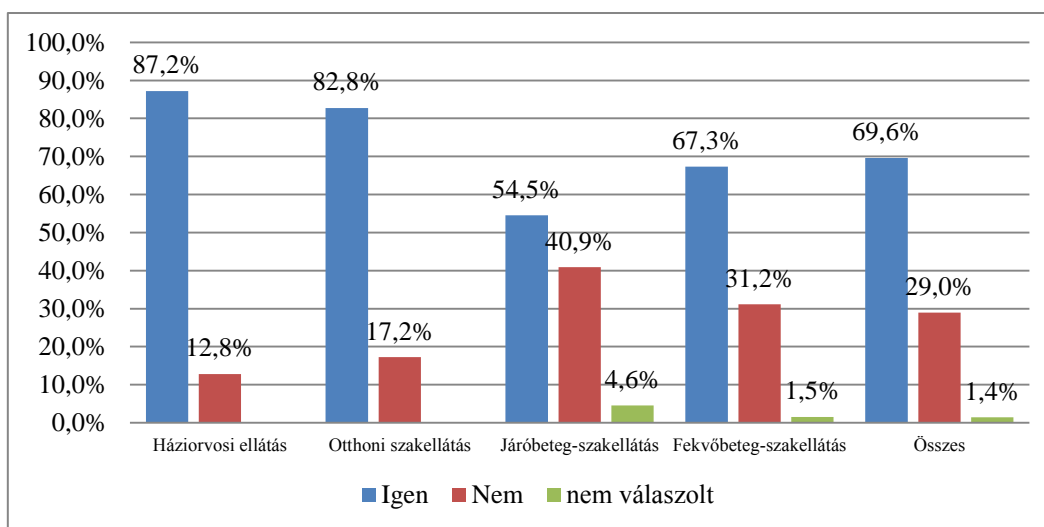
16. táblázat: A kötszerválasztás meghatározó tényezői, % (fő)

	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg- szakellátás	Fekvőbeteg- szakellátás
Válaszadók száma	n=39	n=29	n=22	n=324
amit a kórházi fekvőbeteg szakellátásban javasolnak	43,6 (17)			
amit a kórházi járóbeteg-szakellátásban javasolnak	20,5 (8)			
amit a beteg meg tud fizetni	33,3 (13)			
amit ismernek	0			
egyéb	2,6 (1)			
amit a kórházi fekvőbeteg szakellátásban javasolnak		62,1 (18)		
amit a kórházi járóbeteg-szakellátásban javasolnak		10,3 (3)		
amit a beteg meg tud fizetni		13,8 (4)		
amit a háziorvos kiír		10,3 (3)		
egyéb		3,5 (1)		
amit a kórházi fekvőbeteg szakellátásban rendelkezésre áll			72,7 (16)	93,0 (301)
amit a betegnek korábban javasoltak			0	1,5 (5)
amit a beteg korábban is használt			22,7 (5)	1,2 (4)
egyéb			4,6 (1)	4,3 (14)

A nyomási fekélyvel kapcsolatos továbbképzési lehetőségekre, valamint a megszerzett ismeretek mértékére és megítélésére utaló eredményeket külön vizsgáltuk.

A megkérdezett ápolók jelentős része részt vett már nyomási fekély ellátásával kapcsolatos továbbképzéseken (69,6%). A járóbeteg-szakellátásban a válaszolók közel

felének (40,9%) még nem volt alkalma ilyen jellegű továbbképzésen való részvételre. (15. ábra)



15. ábra: Továbbképzésen való részvétel aránya, % (N=414)

A továbbképzésekről alkotott véleményeket tekintve az ápolók 55,6%-a elméleti és gyakorlati ismereteit egyaránt bővítette, valamint 56,6% a munkája során tudja is alkalmazni azokat. Ez a tendencia mindegyik ellátóterületen jellemző. (17. táblázat)

17. táblázat: A nyomási fekély ellátásáról szóló továbbképzések jellemzői, % (fő)

A továbbképzés jellemzői, %(fő)	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Válaszadók száma (100%)	n=37	n=24	n=12	n=218	n=291
Csak elméleti ismeret	5,4 (2)	8,3 (2)	0	18,3 (40)	15,3 (44)
Elméleti és gyakorlati ismeret	67,6 (25)	70,8 (17)	66,7 (8)	50,4 (110)	55,6 (160)
Gyakorlatban alkalmazott ismeret	75,7 (28)	95,8 (23)	83,3 (10)	46,8 (102)	56,6 (163)
Nem alkalmazható a gyakorlatban	2,7 (1)	0	8,3 (1)	18,3 (40)	14,6 (42)

Vizsgáltuk az ápolók továbbképzésen való részvételének, illetve az ápolók legmagasabb szakmai végzettségének (független változók) hatásait, az ápolók megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintjük mértékének (függő változók) a megítélésére. Továbbá elemzésre került a független változók egymás közötti

kölcsönhatása (interakciója) is. Ezen vizsgálatot az összes elemszámra végeztük el az egyes ellátóterületek igen eltérő mintaszáma miatt.

A több szempontos varianciaelemzés elvégzéséhez a függő változók normál eloszlását Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk próbákkal, valamint a variancia-homogenitást Levene-tesztel vizsgáltuk. F-próba esetén a minta varianciáját 5 %-os szignifikancia szinten határoztuk meg. Az F-próbához tartozó hatás erősségének vizsgálatára parciális éta-négyzet (η^2) mutatót használtunk, melynek erőssége 0 és 1 között változik, és ezzel a független változók a függő változóra gyakorolt hatását mutatja.

A független változók átlagait tovább vizsgáltuk kétmintás Z-próbával, melynek számításához a Microsoft Excel programot használtunk. A Z értékét $\alpha \leq 5\%$ feltétellel tekintettük szignifikánsnak.

A megelőzéssel, valamint a kezeléssel kapcsolatos saját ismeret szintjének a megítélése normál eloszlást követ a továbbképzésen való részvétel egyes kategóriái szerint. (18. táblázat)

18. táblázat: Normalitás próbák eredményei a megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintek megítélésére vonatkozóan

Változók		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statisztika	szabadságfok (df)	p.	Statisztika	szabadságfok (df)	p
megelőzéssel kapcsolatos ismereti szint	továbbképzésen nem vettek részt	0,313	120	0,000	0,805	120	0,000
	továbbképzésen részt vettek	0,382	288	0,000	0,735	288	0,000
kezeléssel kapcsolatos ismereti szint	továbbképzésen nem vettek részt	0,351	120	0,000	0,770	120	0,000
	továbbképzésen részt vettek	0,395	288	0,000	0,710	288	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

A Levene-teszt alapján a varianciaelemzés homogenitásra vonatkozó feltételei teljesülnek. A prevencióra vonatkozó saját ismereti szint vizsgálatokor 0,6%-os, a kezelésre vonatkozó ismereti szint vizsgálatokor pedig 0,3%-os, azaz nagyon kis hibavalószínűséggel elfogadhatjuk, hogy a szórások egyeznek. (19. táblázat)

19. táblázat: Homogenitás vizsgálatának eredményei Levene-tesztel a megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos ismereti szint változóinak vonatkozásában

Változók	F	p
Megelőzéssel kapcsolatos saját ismeret szintje	2,318	0,006
Kezeléssel kapcsolatos saját ismeret szintje	2,517	0,003

A megelőzéssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélésének további vizsgálatára az alábbi nullhipotéziseket fogalmaztuk meg:

- H_{0P1} : A továbbképzésen való részvétel nincs hatással az ápolók prevencióval kapcsolatos saját ismereti szintjének a megítélésére.
- H_{0P2} : Az ápolók legmagasabb szakmai végzettsége nincs hatással az ápolók prevencióval kapcsolatos saját ismereti szintjének a megítélésére.
- H_{0P3} : A továbbképzésen való részvétel, valamint a legmagasabb szakmai végzettség interakciója nincs hatással az ápolók prevencióval kapcsolatos saját ismereti szintjének a megítélésére.

A kezeléssel kapcsolatos ismeretek további vizsgálatára az alábbi nullhipotéziseket fogalmaztuk meg:

- H_{0K1} : A továbbképzésen való részvétel nincs hatással az ápolók kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintjének a megítélésére.
- H_{0K2} : Az ápolók legmagasabb szakmai végzettsége nincs hatással a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintjüknek a megítélésére.
- H_{0K3} : A továbbképzésen való részvétel, valamint a legmagasabb szakmai végzettség interakciója nincs hatással az ápolók kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintjüknek a megítélésére.

A prevencióval kapcsolatos saját ismereti szint megítélésének vizsgálatában a továbbképzés szignifikancia-szintje kisebb ($p \leq 0,036$), a szakmai végzettség szignifikancia-szintje magasabb ($p \leq 0,517$), mint az elfogadottnak tekintett 0,05, ezért a továbbképzésen való részvételnek a prevencióval kapcsolatos ismeretekre gyakorolt hatása szignifikáns. A szakmai végzettségnek, valamint a szakmai végzettség és a

továbbképzésen való részvétel együttes interakciójának nincs hatása a prevencióval kapcsolatos ismeretekre ($p \leq 0,561$), amit a parciális éta-négyzet alacsony értékei is igazolnak ($0,011 \leq \eta^2 \leq 0,013$). (20. táblázat)

A kezelésre vonatkozó saját ismereti szint megítélését tekintve a továbbképzés, és a szakmai végzettség szignifikancia-szintje magasabb ($p \leq 0,064$ és $p \leq 0,375$), mint az elfogadottnak tekintett 0,05, ezért a kezeléssel kapcsolatos ismeretekre gyakorolt hatásuk nem tekinthető szignifikánsnak. Így az együttes interakciójuknak sincs hatása a kezeléssel kapcsolatos ismeretekre ($p \leq 0,984$), ezt a parciális éta-négyzet alacsony értékei is igazolják ($0,003 \leq \eta^2 \leq 0,016$). (20. táblázat)

20. táblázat: A továbbképzésen való részvétel, a szakmai végzettség, illetve ezek interakciójának hatása (F-próba), valamint a hatás erőssége (parciális éta-négyzet) a megelőzéssel, illetve a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintekre

Változók	Megelőzéssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélése			Kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélése		
	F érték	p	Parciális éta-négyzet	F érték	p	Parciális éta-négyzet
továbbképzésen való részvétel	4,433	0,036	0,011	3,454	0,064	0,009
szakmai végzettség	0,870	0,517	0,013	1,077	0,375	0,016
interakció a továbbképzés és a szakmai végzettség között	0,812	0,561	0,012	0,173	0,984	0,003

A függő változók átlagait, az egyes kategóriák szerinti bontásban mutató táblázatokból kiemelhetők az alábbiak:

- azok, akik részt vettek továbbképzésen a prevencióról megszerzett ismereteiket magasabbnak értékelték (Átlag: 3,904, CI: 3,796 - 4,012);
- a legalacsonyabb és a legmagasabb szakmai végzettséggel rendelkezők ítélték a legkedvezőbbben a megelőzéssel kapcsolatos ismereteiket (Átlag: 3,875, CI: 3,579 - 4,171; Átlag: 4,050, CI: 3,383 - 4,717).
- azok, akik részt vettek továbbképzésen a kezeléssel kapcsolatosan megszerzett ismereteiket magasabbnak értékelték (Átlag: 3,902, CI: 3,805 - 3,999);

- a legmagasabb szakmai végzettséggel rendelkezők ítélték a legkedvezőbbben a kezeléssel kapcsolatos ismereteiket (Átlag: 4,100, CI: 3,501 - 4,699). (21. táblázat)

21. táblázat: A megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélésének átlagai

Változók	Megelőzéssel kapcsolatos saját ismeret szintje		Kezeléssel kapcsolatos saját ismeret szintje	
	Átlag	Konfidencia Intervallum (CI)	Átlag	Konfidencia Intervallum (CI)
<i>továbbképzésen való részvétel:</i>				
<i>részt vett</i>	3,615	3,369 - 3,862	3,673	3,451 - 3,894
<i>nem vett részt</i>	3,904	3,796 - 4,012	3,902	3,805 - 3,999
<i>szakmai végzettség:</i>				
<i>általános ápoló és asszisztens</i>	3,875	3,579 - 4,171	3,842	3,576 - 4,107
<i>felnőtt szakápoló</i>	3,740	3,534 - 3,945	3,771	3,587 - 3,955
<i>körzeti-közösségi szakápoló</i>	3,444	2,947 - 3,942	3,694	3,248 - 4,141
<i>egyéb szakápoló</i>	3,770	3,601 - 3,938	3,593	3,442 - 3,744
<i>ápoló (OKJ)</i>	3,661	3,556 - 3,767	3,712	3,618 - 3,806
<i>(diplomás, BSc) ápoló</i>	3,778	3,610 - 3,945	3,799	3,648 - 3,949
<i>(egyetemi, MSc) ápoló</i>	4,050	3,383 - 4,717	4,100	3,501 - 4,699

Az egyes változók átlagainak a befolyásoló hatásainak vizsgálatához kétmintás Z-próbát alkalmaztunk. A továbbképzésen való részvétel – a fentiekben kimutatott módon – hatással van a prevencióval kapcsolatos saját ismeret szintjével, ezért megvizsgáltuk továbbá, hogy hogyan befolyásolja azt. Kétmintás Z-próbával kiderült ($Z=-3,04$), hogy akik továbbképzésen nem vettek részt, azok átlaga magasabb, mint azoknak, akik részt vettek. A kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélésére szintén hatással van a továbbképzésen való részvétel ($Z=3,42$).

Tehát a továbbképzésen résztvevők alacsonyabbnak ítélték meg a megelőzéssel, valamint a kezeléssel kapcsolatos saját ismereteiket. Feltételezhetjük, hogy ennek a

csoporthoz az önértékelése reális, azonban ennek egyértelmű kimondása további vizsgálatokat tesz szükségessé.

Vizsgáltuk azt is, hogy az egyes ellátóterületek egymásról kialakított véleménye a megelőzéssel és kezeléssel kapcsolatos ismeretei szintekkel kapcsolatosan milyen kapcsolatban van az adott terület saját ismereti szintjének a megítélésével.

A háziorvosi ellátás vonatkozásában a prevencióval kapcsolatos ismeretek megítélése tekintetében szignifikáns és közepes erősségű összefüggést találtunk a saját ismeret és másik háziorvosi ellátás ismeretének megítélése ($p \leq 0,046$, $R=0,321$), továbbá a saját ismeret és az otthoni szakellátás általi megítélés ($p \leq 0,025$, $R=0,414$) között.

A kezeléssel kapcsolatos ismeretek vizsgálatánál szintén szignifikáns, közepes erősségű különbséget mutattunk ki a saját ismeret és másik háziorvosi ellátás ismeretének megítélése ($p \leq 0,004$, $R=0,448$), valamint a saját ismeret és az otthoni szakellátás általi megítélés között ($p \leq 0,009$, $R=0,477$).

Az otthoni szakellátás vonatkozásában a prevenció tekintetében jelentős, közepes jellegű kapcsolat a saját ismeret és másik otthoni szakellátás megítélése között került kimutatásra ($p \leq 0,007$, $R=0,491$). A kezeléssel szőló ismereti szint megítélése tekintetében szintén szignifikáns, közepes erősségű a különbség a saját ismeret és a másik otthonápolási szakellátás ismereti szintjének megítélése között ($p \leq 0,029$, $R=0,406$).

A kórházi szakellátás vonatkozásában a kórházban dolgozó ápolók a megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintjének megítélése a másik kórházban dolgozó ápolók ismeretének megítélésével mutat közepes erősségű, szignifikáns különbséget ($p \leq 0,000$, $R=0,528$; $p \leq 0,000$, $R=0,531$). (22. táblázat)

22. táblázat: A megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatosan kialakított ismereti szint megítélése az ellátóterületek bontásában, az ellátóterület saját ismereti szintjének a megítélése viszonylatában

Saját ismereti szint ellátó területenként		Háziorvosi ellátás (n=39)	Otthoni szakellátás (n=29)	Kórházi szakellátás (n=346)
Megelőzés	Háziorvosi ellátás	p≤0,046 R=0,321	p≤0,511 R=0,109	p≤0,025 R=0,414
	Otthoni szakellátás	p≤0,910 R=-0,022	p≤0,007 R=0,491	p≤0,405 R=-0,161
	Kórházi ellátás	p≤0,791 R=-0,044	p≤0,547 R=-0,117	p≤0,000 R=0,528
Kezelés	Háziorvosi ellátás	p≤0,004 R=0,448	p≤0,009 R=0,477	p≤0,206 R=0,207
	Otthoni szakellátás	p≤0,079 R=0,331	p≤0,106 R=0,306	p≤0,744 R=-0,063
	Kórházi ellátás	p≤0,149 R=-0,235	p≤0,564 R=0,112	p≤0,000 R=0,531

A továbbiakban az ellátóterületek körében alkalmazott ápolási dokumentációra kérdeztünk rá, valamint ennek kapcsán azt vizsgáltuk, hogy a betegről szerzett információk milyen módon továbbítódnak az egyes ellátóterületek felé.

Az előre meghatározott kritériumok bontásában adott válaszok alapján, az alkalmazott ápolási dokumentációt az ápolók mindegyik ellátóterületen betegcentrikusnak jellemezték a legmagasabb arányban (65,5%). Ezt követő jellemzéseként az írott formát (50,7%), hatóság általi elfogadottságot (39,9%), könnyű áttekinthetőséget (38,4%), a feladatcentrikusságot (36,5%), valamint az ápolás folyamatának követhetőségét jelölték be a válaszadók. Az ellátóterületek bontását tekintve a háziorvosi ellátásban a betegcentrikusság (48,7%) után a számítógépen vezetett (43,6%) és a hatóságilag elfogadottság (41%) voltak kiemelkedő jellemzések. Az otthoni szakellátásban az írott formát (65,5%), az ápolás folyamatának követhetőségét (55,2%), a hatósági elfogadottságot (55,2%), valamint az ápolás áttekinthetőségét (51,7%) és a beteg állapotváltozásainak követhetőségét (51,7%) jelölték be az ápolók. A járóbeteg-

szakellátásban a feladatcentrikusság, illetve a hatósági elfogadottság jelent meg kiemelkedően (mindkettő 42,9%). A fekvőbeteg-szakellátásban a betegcentrikusság magas aránya mellett (70,4%), a kérdésre válaszolók 53,5%-a az írott formát, 41,4%-a az áttekinthetőséget, 40,4%-a a feladatcentrikusságot, továbbá 39,5%-a a hatóság általi elfogadottságot határozta meg. Az „egyéb” kategóriaként az ápolók, mint negatív meghatározást jelöltek be, mely alatt a „sablonosságot”, a „használatatlanságot” értelmezték. (23. táblázat)

23. táblázat: Az alkalmazott ápolási dokumentációk jellemzői, % (fő)

A dokumentáció jellemzői, %(fő)	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Válaszadók száma	n=36	n=29	n=21	n=314	n=400
feladatcentrikus	28,2 (11)	17,2 (5)	42,9 (9)	40,4 (127)	36,5 (151)
betegcentrikus	48,7 (19)	69,0 (20)	52,4 (11)	70,4 (221)	65,5 (271)
prevenatív szemléletű	10,3 (4)	17,2 (5)	4,8 (1)	15,3 (48)	14,0 (58)
könnyen áttekinthető	20,5 (8)	51,7 (15)	28,6 (6)	41,4 (130)	38,4 (159)
követhető az ápolás folyamata	38,5 (15)	55,2 (16)	38,1 (8)	35,7 (112)	36,5 (151)
követhetők a beteg ápolási igényei	15,4 (6)	71,7 (15)	9,5 (2)	27,1 (85)	26,1 (108)
számítógépen vezetett	43,6 (17)	20,7 (6)	4,8 (1)	12,4 (39)	15,2 (63)
írott formájú	38,5 (15)	65,5 (19)	38,1 (8)	53,5 (168)	50,7 (210)
jól alkalmazható	10,3 (4)	31,0 (9)	14,3 (3)	22,0 (69)	20,5 (85)
hivatalosan elfogadott	41,0 (16)	55,2 (16)	42,9 (9)	39,5 (124)	39,9 (165)
egyéb	5,1 (2)	10,3 (3)	0	2,9 (9)	3,4 (14)

A nyomási fekély megelőzésében igen fontos, rizikófelmérő skálák alkalmazására is rákérdeztünk (n=310). A válaszolók 37,4%-a nem használt rizikófelmérő skálát, 45,2% a Norton-, 15,8% a bővített Norton-, és 1,6% a Braden-skála alkalmazását adta meg. Az ellátóterületek szerinti bontás vizsgálatában látható, hogy a fekvőbeteg-szakellátásban terjedt el inkább a rizikófelmérő skálák használata, melyek közül a Norton-skála terjedt el (51,2%). (24. táblázat)

24. táblázat: Az alkalmazott rizikófelmérő skála típusa, % (fő)

Rizikófelmérő skála típusa, %(fő)	Háziiorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg- szakellátás	Fekvőbeteg- szakellátás	Összes
Válaszadók száma	n=24	n=23	n=15	n=248	n=310
Nem használnak	70,8 (17)	65,3 (15)	86,7 (13)	28,6 (71)	37,4 (116)
Norton-skála	25,0 (6)	21,7 (5)	13,3 (2)	51,2 (127)	45,2 (140)
Bővített Norton-skála	4,2 (1)	13,0 (3)	0	18,2 (45)	25,8 (49)
Braden-skála	0	0	0	2,0 (5)	1,6 (5)

A rizikófelmérest zömében minden beteg esetében alkalmazzák (64,9%). A háziiorvosi ellátásban és az otthoni szakellátásban privilegizált helyen szerepelnek az idős betegek (53,3%, 42,9%), valamint a mozgásképtelen betegek is (46,7%, 35,7%). (25. táblázat)

25. táblázat: A rizikófelmérő skála alkalmazása a betegek állapota szerint, % (fő)

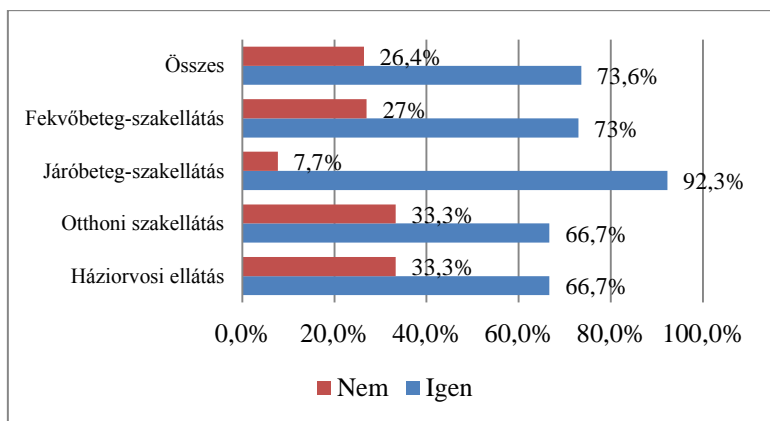
Rizikófelmérő skála alkalmazása, %(fő)	Háziiorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg- szakellátás	Fekvőbeteg- szakellátás	Összes
Válaszadók száma	n=15	n=14	n=8	n=239	n=276
idős beteg esetén	53,3 (8)	42,9 (6)	37,5 (3)	24,3 (58)	27,2 (75)
mozgáskorlátozott beteg esetén	33,3 (5)	21,4 (3)	25,0 (2)	28,9 (69)	28,6 (79)
mozgásképtelen beteg esetén	46,7 (7)	35,7 (5)	25,0 (2)	36,0 (86)	36,2 (100)
inkontinens beteg esetén	33,3 (5)	28,8 (4)	37,5 (3)	30,5 (73)	30,8 (85)
minden beteg esetén	33,3 (5)	42,9 (6)	37,5 (3)	69,0 (165)	64,9 (179)

A rizikófelmérest a betegek állapotának rosszabbodása teszi szükségessé a válaszadók 43,8%-a szerint. Emellett az otthoni szakellátásban és a járóbeteg-szakellátásban belső szabályozás határozza meg a felmérés idejének szükségességét (35,7%, 62,5%), valamint a háziiorvosi ellátásban és a fekvőbeteg-szakellátásban a beteg felvétele indokolja azt a vélemények 33,3%-ában, illetve 40,0%-ában. (26. táblázat)

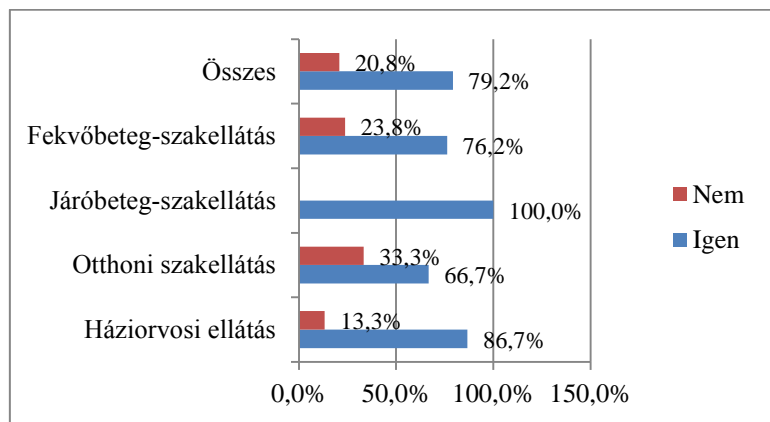
26. táblázat: A rizikófelmérő skála alkalmazásának ideje, % (fő)

Rizikófelmérés ideje, %(fő)	Háziorvosi ellátás	Otthoni szakellátás	Járóbeteg-szakellátás	Fekvőbeteg-szakellátás	Összes
Válaszadók száma	n=15	n=14	n=8	n=235	n=272
csak betegfelvételnél	33,3 (5)	7,1 (1)	12,5 (1)	40,0 (94)	37,1 (101)
belső szabályzat előírásai szerint	20,0 (3)	35,7 (5)	62,5 (5)	39,1 (92)	38,6 (105)
a beteg állapotának rosszabbodásakor	60,0 (9)	57,1 (8)	12,5 (1)	43,0 (101)	43,8 (119)
egyéb	13,3 (2)	21,4 (3)	0	12,3 (29)	12,5 (34)

A rizikófelmérést nem alkalmazzák körében, ellátóterületenként egyaránt szükségesnek (összességében 73,6%) és megvalósíthatónak (összességében 79,2%) tartották valamelyik skála használatát. (16-17. ábrák)

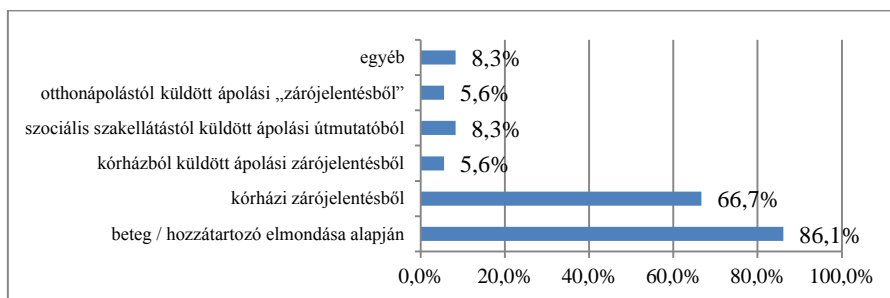


16. ábra: A rizikóskála szükségességének megítélése, % (n=106)

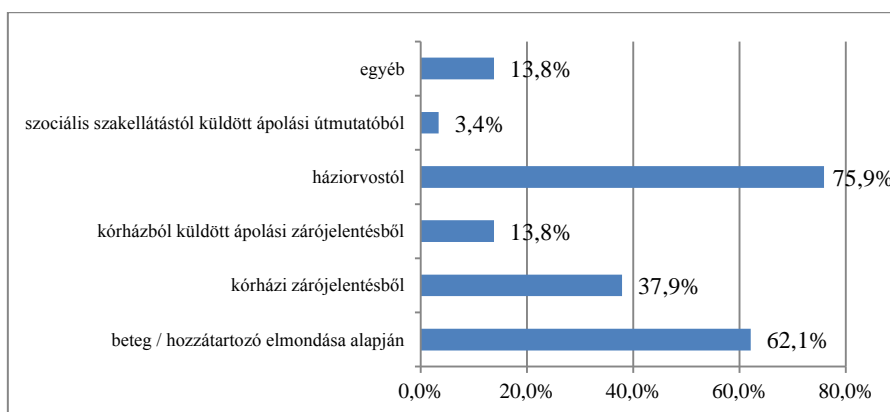


17. ábra: A rizikóskála megvalósíthatóságának megítélése, % (n=106)

A nyomási fekély kialakulásának tényéről a háziorvosi ellátás a válaszok 86,1%-ában a betegtől vagy a hozzátartozótól, 66,7%-ban a kórházi zárójelentésből értesülnek. Az otthoni szakellátásnak az információt 75,9%-ban a háziorvos, valamint 62,1%-ban a beteg és/vagy a hozzátartozó adja. (18-19. ábrák)

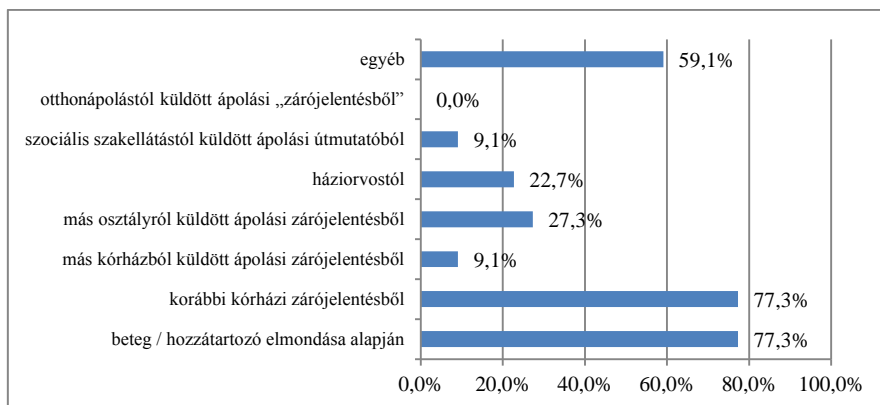


18. ábra: Az információ továbbításának módjai a háziorvosi ellátásban, % (n=36)



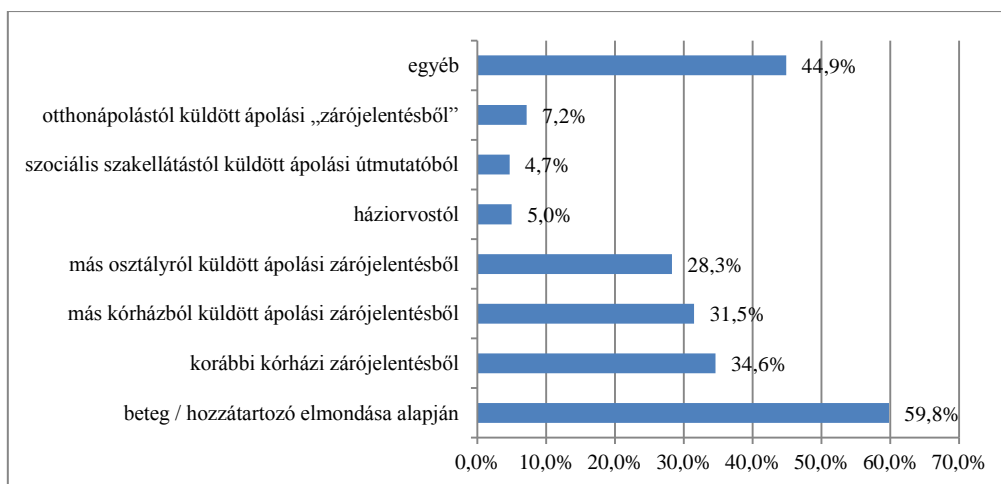
19. ábra: Az információ továbbításának módjai az otthoni szakellátásban, % (n=29)

A járóbeteg-szakellátásban szintén a beteg és/vagy hozzátartozó (77,3%), a kórházi zárójelentés (77,3%) a fő információforrások, de emellett 59,1%-ban az egyéb kategória is megjelenik. Az egyéb kategóriát illetően, amely mindegyik terület esetében megjelent, a kérdőívre válaszolók zöme a saját megfigyelést emelte ki. (20. ábra)



20. ábra: Az információ továbbításának módjai a járóbeteg-szakellátásban, % (n=22)

A fekvőbeteg-szakellátás a nyomási fekély ellátásáról több helyről gyűjti be az ismereteket, ez közel azonos válaszadási arányt mutat, így 59,8%-ban szintén a beteg vagy a hozzátartozó, 44,9% egyéb mód (saját megfigyelés), 34,6% kórházi zárójelentés, 31,5% más kórházból-, illetve 28,3% más osztályról küldött „ápolási zárójelentésből”. (21. ábra)

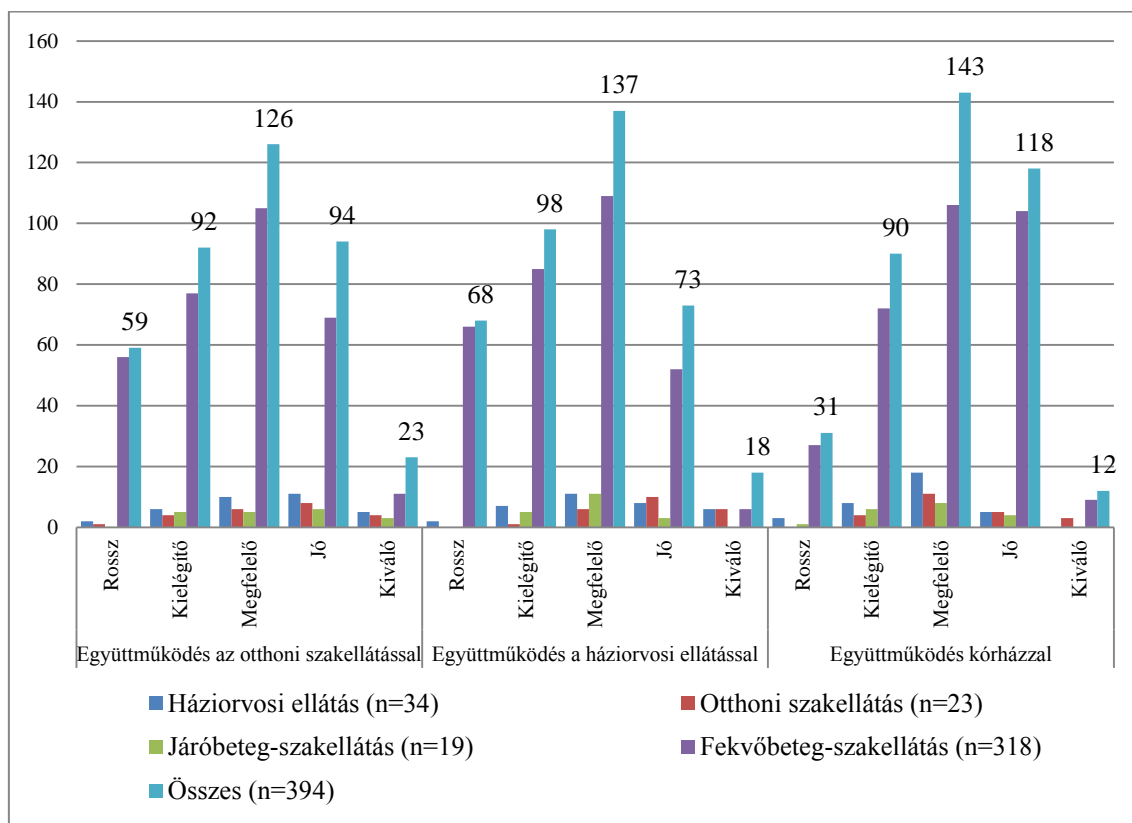


21. ábra: Az információ továbbításának módjai a fekvőbeteg-szakellátásban, % (n=321)

Az együttműködés megítélését a 22. ábrán láthatóan többnyire normál eloszlást mutat. Az ellátóterületekkel való együttműködést külön-külön vizsgálva látható, hogy az alacsonyabb mintaszám miatt laposabb eloszlás észlelhető. Az otthoni szakellátással

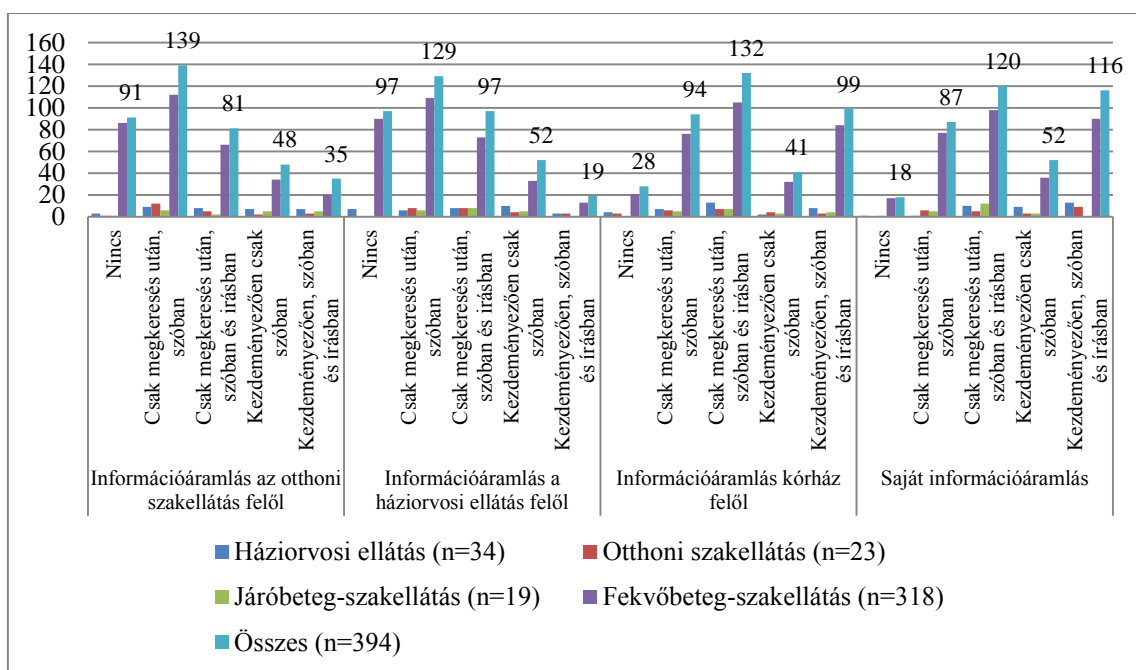
való együttműködést a fekvőbeteg-szakellátás inkább a középtől negatív irányba, míg a háziorvosi ellátás, illetve a járóbeteg-szakellátás a középtől pozitív irányba értékelté.

Összességében a véleményeket vizsgálva 59 fő rossznak és 23 fő kiválónak ítélte az együttműködést. A háziorvosi ellátással való együttműködésben ez az arány még élesebben jelentkezik, ezalól kivételt képez az otthoni szakellátás megítélése, ami egy pozitív irányú eltolódást mutat. A kórházi ápolással való együttműködést tekintve az összes, valamint a fekvőbeteg-szakellátás véleménye tekintetében a középtől pozitív irányú eloszlás figyelhető meg. A többi ellátóterület oldaláról azonban egyértelműen több negatív irányú értékelés született. Az válaszolók összességét tekintve elmondható, hogy az együttműködés megítélésére a legtöbb rossz minősítést a háziorvosi ellátás kapta, és a legtöbb kiválót pedig az otthoni szakellátás.



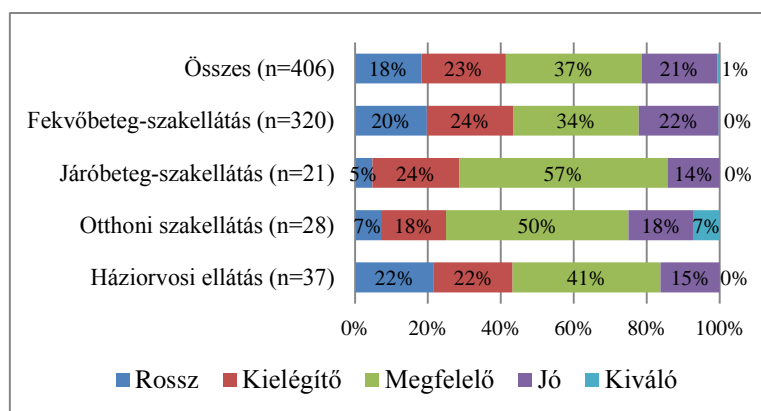
22. ábra: Együttműködés megítélésének megoszlása, fő

Az információáramlás megítélését tekintve a középtől negatív irányú (jobbra ferde) normál eloszlás tapasztalható az otthoni szakellátás és a háziorvosi ellátás területeken. Az összes választ nézve a legtöbben a „csak megkeresést követően szóban történő információ-átadást” jelölték be (139 fő és 129 fő), ugyanakkor többen voltak azok, akik úgy ítélték meg, hogy semmilyen jellegű információáramlás nincs az egyes ellátóterületek között (91 fő és 97 fő). A kórházi ellátás felől történő információáramlás tekintetében a legmagasabb a megkeresést követően szóban és írásban, valamint az ellátás felől kezdeményezően szóban és írásban egyaránt adott vélemények aránya (132 fő és 99 fő). Az ellátóterületek saját maguk általi információ-átadás tekintetében pozitív jellegű válaszokat adtak, melyben a megkeresés utáni-, illetve a kezdeményezően szóban és írásban történő kritériumok megjelölése a domináns (120 fő és 116 fő). (23. ábra)



23. ábra: Információáramlás megítélésének megoszlása, fő

A válaszadó ápolók mindegyik ellátóterületen az egymás közötti kommunikációt a „megfelelő”, vagy annál kedvezőtlenebb kategóriákba sorolták. (24. ábra)



24. ábra: A kommunikáció megítélésének eloszlása, %

A továbbiakban vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozóan, hogy

- az ellátóterületek közötti együttműködés megítélésére hatással van-e az ápolók szakmai végzettsége,
- a saját, illetve mások irányába történő információáramlást befolyásolja-e az alkalmazott ápolási dokumentáció megítélése, valamint
- a kommunikáció hatékonyságának megítélését befolyásolják-e az együttműködés és az információáramlás megítélései.

Az egyes ellátóterületek eltérő mintaszámából következően, ezen kapcsolatok vizsgálatát az összes mintára vonatkoztatva végeztük el.

A további vizsgálatok előfeltételeként megvizsgáltuk az együttműködésre, a saját, illetve a másik ellátóterület irányába történő információáramlásra, továbbá a kommunikáció megítélésére adott válaszok eloszlását külön-külön ellátóterületenként. A Kolmogorov-Smirnov, illetve a Shapiro-Wilk tesztek eredményeit a 27. táblázat tartalmazza, mely alapján elmondhatjuk, hogy mindegyik vizsgált faktor normál eloszlást követ.

27. táblázat: Az ellátóterületenkénti együttműködés, információáramlás, a saját információáramlás és a kommunikáció megítélésének normál eloszlás vizsgálata

Változók		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statisztika	szabadságfok (df)	p	Statisztika	szabadságfok (df)	p
együttműködés	otthoni szakellátás	0,185	377	0,000	0,911	377	0,000
	háziiorvosi ellátás	0,197	377	0,000	0,908	377	0,000
	kórházi szakellátás	0,204	377	0,000	0,894	377	0,000
információ-áramlás	otthoni szakellátás	0,241	377	0,000	0,877	377	0,000
	háziiorvosi ellátás	0,217	377	0,000	0,889	377	0,000
	kórházi szakellátás	0,218	377	0,000	0,878	377	0,000
saját információ áramlása		0,199	377	0,000	0,872	377	0,000
kommunikáció		0,226	377	0,000	0,884	377	0,000
a. Lilliefors Significance Correction							

Az összes mintára vonatkozóan, egy szempontos varianciaanalízissel vizsgáltuk az egyes ellátóterületeken a szakmai végzettség (független változó) hatását az együttműködés megítélésére (függő változó).

A következő nullhipotézist határoztuk meg: Az ápolók szakmai végzettsége nincs hatással az ellátóterületek közötti együttműködés megítélésére.

Az alábbi táblázatban az F értékekből és a hozzájuk tartozó empirikus szignifikancia szintekből látható, hogy nincs jelentős különbség a szakmai végzettség és az együttműködés megítélése között. (28. táblázat)

28. táblázat: A szakmai végzettség hatásának vizsgálata az egyes ellátóterületek szerint

Ellátóterület	F érték	p
Háziiorvosi ellátás	0,418	0,795
Otthoni szakellátás	0,306	0,874
Kórházi szakellátás	1,343	0,253

Az ápolási dokumentáció megítélésének (független változó) megadása előre meghatározott kategóriák (11) megjelölésével történt. *(korábbi 23. táblázat)* Egyszerre több lehetőség is választható volt. Ennek alapján több szempontos varianciaanalízis vizsgálatát végeztük el, melyben a függő változó az ellátóterületek közötti információáramlás, intervallumskálán megjelölt megítélése volt. Eltekintettünk a független változók közötti interakciók vizsgálatától.

Nullhipotézisként összességében meghatároztuk, hogy az ápolási dokumentáció megadott kategóriák szerinti megítélése nincs hatással az egyes ellátóterületek, valamint a saját információáramlás megítélésére.

Az információáramlás és ápolási dokumentáció jellemzésére használt kritériumok közötti Kolmogorov-Smirnov eloszlás vizsgálatában megállapítható volt, hogy a saját információáramlás és a kórházból történő információáramlás megítélése tekintetében az egyéb dokumentációt jellemző kategória nem követ normál eloszlást ($p \leq 0,114$ és $p \leq 0,178$), ezért ezen kategória vonatkozásában nem tekintettük értelmezhetőnek a további analízist. A többi esetben a normál eloszlás feltétele teljesül.

A Levene-teszt alapján a szóráshomogenitás vizsgálatából látható, hogy a csoportokon belüli szórások – 5%-os szignifikancia szinten – megegyeznek, vagyis a varianciaelemzés ezen feltétele teljesül. *(29. táblázat)*

29. táblázat: Homogenitás vizsgálatának eredményei Levene-teszttel az információáramlás megítélésének vonatkozásában ellátóterületenkénti bontásban

Információáramlás megítélése	F	p (szignifikancia)
Háziorvosi ellátás	1,308	0,052
Otthoni szakellátás	1,159	0,186
Kórházi szakellátás	0,945	0,633
Az ellátó terület saját megítélése	0,931	0,668

A következő táblázat az ápolási dokumentáció kritériumainak befolyásoló hatását (F-próba) mutatja, az egyes ellátóterületekről történő és a saját információáramlás megítélésére. Szignifikánsnak kimutatott esetekben a hatás erősségének vizsgálatára parciális éta-négyzet számítását végeztük el. *(30. táblázat)*

Látható, hogy

- a háziiorvosi ellátásban az egyéb kategória hatása szignifikáns, igen alacsony erősséggel ($F=0,028$, $\eta^2 =0,017$),
- az otthoni szakellátásban az „írott forma” kategória, valamint az egyéb kategória hatásai jelentősek igen alacsony erősséggel ($F=0,033$, $\eta^2 =0,016$; $F=0,026$, $\eta^2 =0,017$),
- a kórházi szakellátásban nem találtunk az információáramlást befolyásoló kategóriákat,
- az ápolók saját információáramlásának tekintetében az ápolási folyamat, illetve a beteg ápolási igényeinek a követhetőségét jelölték befolyásoló tényezőként, azonban szintén alacsony erősséggel ($F=0,020$, $\eta^2 =0,019$) ($F=0,010$, $\eta^2 =0,023$).

30. táblázat: Az ápolási dokumentáció jellemzésére megadott kritériumok hatása az ellátóterületenkénti, valamint a terület saját információáramlásának a megítélésére

Kritériumok	Információáramlás megítélése ellátóterületenként						Saját információáramlás megítélése	
	Háziiorvosi ellátás		Otthoni szakellátás		Kórházi szakellátás		F érték	p (η^2)
	F érték	p (η^2)	F érték	p (η^2)	F érték	p (η^2)		
<i>feladatcentrikus</i>	0,506	0,477	1,840	0,176	2,287	0,132	0,729	0,394
<i>betegcentrikus</i>	1,699	0,193	0,018	0,893	1,142	0,286	0,091	0,763
<i>preventív</i>	0,281	0,597	0,008	0,929	0,135	0,714	0,073	0,787
<i>áttekinthető</i>	0,022	0,883	1,182	0,278	0,678	0,411	0,031	0,860
<i>követhető az ápolási folyamat</i>	0,860	0,354	0,320	0,572	1,409	0,236	5,490	0,020 (0,019)
<i>követhető a beteg ápolási igénye</i>	0,390	0,533	0,830	0,363	0,172	0,679	6,638	0,010 (0,023)
<i>számítógépen vezetett</i>	0,648	0,421	3,626	0,058	0,220	0,640	0,515	0,474
<i>írott formájú</i>	1,629	0,203	4,580	0,033 (0,016)	0,979	0,323	1,059	0,304
<i>jól alkalmazható</i>	0,095	0,759	0,465	0,496	0,805	0,370	0,408	0,524
<i>hivatalosan elfogadott</i>	0,589	0,443	1,025	0,312	0,001	0,981	0,046	0,830
<i>egyéb</i>	4,896	0,028 (0,017)	5,015	0,026 (0,017)				

Összefoglaló következtetésként elmondható, hogy az ápolás folyamatának és a beteg ápolási igényeinek a követhetősége befolyásolja az ápolók saját információáramlásának megítélését. Tehát, ha az alkalmazott dokumentációban az ápolási folyamat és a beteg ápolási igényei nyomonkövethetőek, akkor az információáramlást is megfelelőbbnek tartják az ápolók. Ugyanakkor fontos kiemelnünk, hogy a háziorvosi ellátásban és az otthoni szakellátásban az ápolási dokumentáció negatív jellemvonásai szintén befolyásolja az információáramlást.

Az ellátóterületek közötti együttműködés és információáramlás, valamint a kommunikáció megítélése közötti kapcsolat vizsgálatára Khi-négyzet próbát alkalmaztunk (5%-os szignifikancia szinten), a kapcsolat erősségének jellemzésére pedig Pearson-féle korrelációs együttható vizsgálatát ($0 \leq R \leq 1$) végeztük el.

Az eredményeket bemutató *31. táblázat* könnyebb áttekinthetőségét segítve kiemelt rácsvonalak fogják közre az együttműködés, valamint az információáramlás ellátóterületenként talált kapcsolati jellemzőit. Halvány vörös színnel emeltük ki az előbbi két kategória egymással, kézzel pedig a kommunikáció megítélésével való kapcsolatait. A korrelációs-mátrix jellegéből adódóan nem értelmezhetőek a kategóriák önmagukkal kimutatott kapcsolatai (sötét szürke cellák), továbbá a szimmetrikus adatok miatt a világos szürke tartományok.

A táblázatból leolvashatók:

- Az együttműködés megítélése szignifikáns, közepesen erős kapcsolatban van az egyes ellátóterületek vonatkozásában ($p=0,000$, $0,280 \leq R \leq 0,710$). Tehát, ha az egyik ellátóterületre kedvező a megítélés, akkor nagy a valószínűsége, hogy a másik terület megítélése is kedvező lesz.
- A másik ellátóterület irányába történő információáramlás tekintetében hasonló figyelhető meg: az információáramlás megítélése szignifikáns, közepesen erős kapcsolatban van az egyes ellátóterületek vonatkozásában ($p=0,000$, $0,261 \leq R \leq 0,634$). Tehát, ha az egyik ellátóterületre kedvező a megítélés, akkor nagy a valószínűsége a másik területnek a kedvező megítélése is.

- Az ápolók saját információáramlásának a megítélése nem hozható kapcsolatba a másik ellátóterület irányába történő információáramlás megítélésével. Ezért ez ebből a szempontból szubjektív megítélésnek tekinthető.
- Ugyanakkor az ápolók saját információáramlásának és a kórházi szakellátással való együttműködés megítélése között gyenge jellegű szignifikáns különbség mutatkozik ($p \leq 0,016$, $R \leq 0,124$). Tehát, ha az ápoló a saját információáramlását kedvezőnek ítéli meg, akkor nagy a valószínűsége annak, hogy a kórházi szakellátással való együttműködését is. Ez abból adódik, hogy a kórházi szakellátással való kapcsolat dominál mindegyik ellátó terület véleménye szerint.
- Az ellátóterületek kapcsolatát keresve az együttműködés és az információáramlás megítélése tekintetében szignifikáns különbséget mutattunk ki ($0,000 \leq p \leq 0,005$). A kapcsolat erősségét vizsgálva $0,140 \leq R \leq 0,562$ értékeket kaptunk. Tehát, az együttműködés megítélésének mértéke egyenes arányban van az információáramlás megítélésének mértékével, mely különösen jellemző az egyes területek egymás közötti, illetve a háziorvosi ellátás és az otthoni szakellátás kapcsolatára.
- Az együttműködés megítélése szignifikáns, gyenge erősségű kapcsolatot mutat a kommunikáció hatékonyságának megítélésével ($0,012 \leq p \leq 0,036$, $0,107 \leq R \leq 0,127$). Tehát az ellátóterületek közötti együttműködés minősége valószínű, hogy befolyásolja a közöttük lévő kommunikáció hatékonyságát.
- Az információáramlás megítélése csak a kórházi ellátás vonatkozásában mutat szignifikáns, de gyenge erősségű különbséget ($p \leq 0,029$, $R \leq 0,111$) a kommunikáció hatékonyságának megítélésével. Tehát, a kórházi szakellátás felől érkező információk befolyásolják a kommunikáció hatékonyságát. Ez abból adódik, hogy jelenleg a kórházi ellátás felől érkező információk szabályozott formában vannak meg, továbbá ez az adat alátámasztja a kórházi ellátás a betegellátásban meglévő domináns jellegét.
- Az ápolók önértékelése az információáramlás megítélése tekintetében szintén szignifikáns, közepes erősségű jelleget mutat ($p \leq 0,000$, $R \leq 0,492$). Tehát az ápolók fontosnak tartják a saját maguk szerepét az információáramlásban, mely a kommunikáció hatékonyságát befolyásolja.

- Az együttműködés és az információáramlás együttesen mutatott szignifikáns volta, mindhárom ellátóterület vonatkozásában a kommunikáció hatékonyságának megítélése tekintetében is szignifikánsnak mutatkozott. Tehát az együttműködés és az információáramlás együttesen erősítik a kommunikáció hatékonyságát.

31. táblázat: Az ellátóterületek közötti együttműködést, az információáramlást, valamint a kommunikáció hatékonyságának megítélését befolyásoló tényezők összefüggései

		Együttműködés megítélése			Információáramlás megítélése				Kommunikáció megítélése
		otthoni szak-ellátással	házi-orvosi ellátással	kórházi szak-ellátással	otthoni szak-ellátás felől	házi-orvosi ellátás felől	kórházi szak-ellátás felől	saját	
Együttműködés megítélése	otthoni szakellátással	1							
	házi-orvosi ellátással	p≤0,000 R≤0,710	1						
	kórházi szakellátással	p≤0,000 R≤0,491	p≤0,000 R≤0,534	1					
Információáramlás megítélése	otthoni szakellátás felől	p≤0,000 R≤0,562	p≤0,000 R≤0,418	p≤0,000 R≤0,296	1				
	házi-orvosi ellátás felől	p≤0,000 R≤0,386	p≤0,000 R≤0,542	p≤0,000 R≤0,280	p≤0,000 R≤0,634	1			
	kórházi szakellátás felől	p≤0,001 R≤0,162	p≤0,005 R≤0,140	p≤0,000 R≤0,418	p≤0,000 R≤0,261	p≤0,000 R≤0,277	1		
	saját	p≤0,222	p≤0,060	p≤0,016 R≤0,124	p≤0,449	p≤0,424	p≤0,376	1	
Kommunikáció megítélése	p≤0,036 R≤0,107	p≤0,022 R≤0,116	p≤0,012 R≤0,127	p≤0,480	p≤0,230	p≤0,029 R≤0,111	p≤0,000 R≤0,492	1	

5. Megbeszélés

5.1. A beteg nyomonkövetési vizsgálat eredményeinek megbeszélése

Vizsgálatunk, a kórházban előforduló nyomási fekélyvel rendelkező betegek körében megerősítette azt az evidenciát, miszerint a betegek átlagéletkora 65 év feletti. A nők körében gyakoribb a megjelenése, továbbá a kialakulás tekintetében a II. stádiumú, sacrális elhelyezkedésű felfekvések képviselnek nagyobb arányt.

A vizsgálat szerint a betegek átlagéletkora 72,3 év, helyzeti középértéke 74 év volt, és a nők dominanciája figyelhető meg (61,2%). (Henoch és Gustafsson 2003, Chan és mtsai 2009, Gardner és mtsai 2009, Sakai és mtsai 2009) Stechmiller és mtsai (2008) által kidolgozott irányelv a 75 év feletti korosztályban magasabb előfordulási arányt határozott meg.

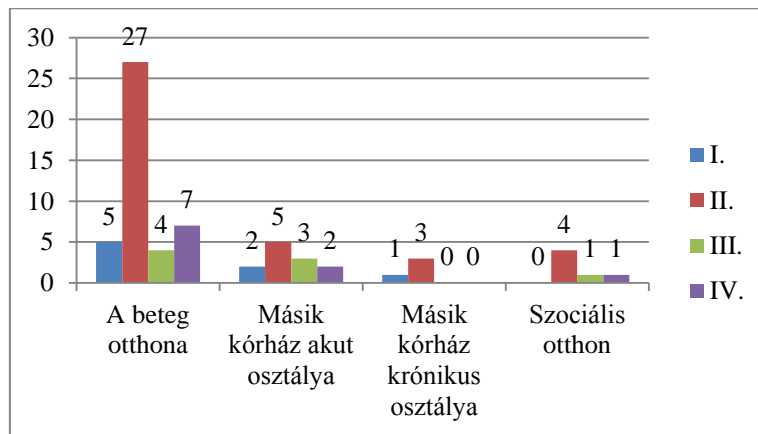
A nyomási fekély stádium szerinti megoszlását tekintve a II. stádiumú decubitus előfordulása 62% volt. A kapott saját eredményt a 32. táblázat tartalmazza, a kiemelt irodalmi hivatkozások viszonylatában. Látható, hogy a szakirodalmi adatok között eltérések mutatkoznak abban, hogy a nyomási fekélyben szenvedő betegek számát, vagy az előforduló decubitus számát vették alapul. Ez az összehasonlíthatóságot egyértelműen nehezíti.

32. táblázat: A nyomási fekély stádium szerinti megoszlása, az irodalmi adatok összehasonlításában

Irodalmi hivatkozás	Betegszám, fő	I., %	II., %	III., %	IV., %
<i>Lepistö és mtsai 2001</i>	164	20,0	40,0	38,0	2,0
<i>Meraviglia és mtsai 2002</i>	34	59,0	38,0	0	3,0
<i>Paquay és mtsai 2008</i>	228 (decub.)	34,2	18,0	33,3	14,5
<i>Suriadi és mtsai 2008</i>	47	41,7	45,8	10,4	2,1
<i>Essex és mtsai 2009</i>	218	40,8	41,7	11,5	6,0
<i>Gardner és mtsai 2009</i>	71	79,7	14,8	5,5	
<i>Matos és mtsai 2010</i>	32 (decub.)	36,6	58,5	4,9	0
<i>Cox 2011</i>	65 (decub.)	31,0	35,0	2,0 mély: 23,0, osztályozhatatlan: 7,0	2,0
<i>Franek és mtsai 2011</i>	58	25,9	44,8	29,3	0
<i>Saját eredmény, 2007</i>	299	24,0	62,0	8,0	6,0

Az összes decubitusos beteg és a kórházban kialakuló felfekvéses betegek (B-csoport) között hasonló előfordulási eloszlást tapasztaltunk, azonban a decubitussal érkező betegek (A-csoport) esetében kevesebb volt az I. stádiumú nyomási fekély (12,3%), valamint magasabb a IV. stádiumú nyomási fekély (15,4%) aránya.

A kialakulás helye szerinti bontásban a nyomási fekély stádiumainak eltérő eloszlásait láthatjuk. (25. ábra) Az otthonukból érkező betegek körében kiemelkedő a II. stádiumú, ugyanakkor magasabb a IV. stádiumú decubitusok száma. Megemlítést érdemel továbbá, hogy másik kórházból érkező nyomási fekélyrel rendelkező betegek körében, ha krónikus osztályról érkezett a beteg, akkor csupán I., illetve II. stádiumú, míg akut osztályról érkező beteg esetén főként II. stádiumú felfekvése volt.



25. ábra: Stádiumok az A-csoport kialakulás helye szerinti bontásban, fő (n=65)

Chan és mtsai (2009) n=18 elemszámú vizsgálatában 74,8%-ban II. stádiumú, 50,1%-ban farcsonton kialakuló felfekvésekről számol be.

Az előforduló decubitus legnagyobb arányban a sacrumon alakult ki (71,2%), akár önállóan (68,9%), akár másik lokalizációs helyel együtt jelentkezett. (33. táblázat)

33. táblázat: A nyomási fekély lokalizáció szerinti megoszlása, az irodalmi adatok összehasonlításában

Irodalom	Beteg-szám, fő	Kereszt-csont, %	Sarok, %	Boka, %	Tompor, %	Ülő-csont, %	Csípő, %	Síp-csont, %	Könyök, %	Egyéb, %
Lepistö és mtsai 2001	164	33	22	-	11	-	14	-	-	-
Suriadi és mtsai 2008	44	91,6	4,2	2,1	2,1	-	-	-	-	-
Chan és mtsai 2009	18	33,5	-	5,6	50,1	-	5,6	-	-	-
Gardner és mtsai 2009	71	16,5	24,2	-	8,8	-	-	-	-	-
Cox 2011	65 (decub.)	58	5	-	34	-	-	-	-	-
<i>Saját eredmények, 2007</i>	347 (decub.)	71,2	17,0	5,7	2,0	2,3	-	0,3	0,6	0,9

A betegek 14,7%-ánál (44 fő) több helyen alakult ki felfekvés, így a 299 beteg esetén 347 decubitus került rögzítésre. A nyomási fekély kombinált előfordulásáról hasonlóan több szakirodalom számol be. Lepistö és mtsai (2001) 164 nyomási fekélyvel rendelkező beteg esetében 257 felfekvést, Paquay és mtsai (2008) 188 beteg esetében 228 nyomási fekélyt regisztráltak. Gardner és mtsai (2009) vizsgálatában a résztvevő betegek közel felének kettő vagy annál több nyomási fekélye volt.

Kutatásunk kiterjedt annak a vizsgálatára, hogy a betegek mozgásképesége, a tehermentesítő, nyomáscsökkentő eszközök használata, az inkontinencia ellátásának a módja, illetve a sebészeti módszerek alkalmazása milyen arányban jelentkezik a vizsgált betegek körében. Vizsgálatunk, ezen tényezők egymással, illetve a nyomási fekély kimenetelével való kapcsolatra is rávilágított.

A nyomási fekélyvel rendelkező betegek 59%-a mozgásképtelen (teljes ellátást igénylő) és 41%-a mozgáskorlátozott (részleges ellátást igénylő) volt, valamint mindegyik beteg igényelt az inkontinencia ellátására alkalmas eszközöket. Szignifikáns különbségeket mutattunk ki:

- a kényelmi és a dinamikus eszközök használata között ($p=0,000$, $V=0,206$),
- a statikus és a dinamikus eszközök alkalmazása között ($p=0,000$, $V=0,601$),

- a statikus eszközök használata és a beteg mozgásképessége között ($p \leq 0,021$, $V=0,133$),
- a nyomási fekély kimenetele és a sebellátás módszere között ($p \leq 0,004$),
- a nyomási fekély kimenetele és a beteg mozgásképességével ($p=0,000$, $\lambda=0,105$),
- a sebkezelés és a mozgásképesség között ($p=0,000$, $\lambda=0,081$).

A mozgásképesség és a nyomási fekély kialakulása között Chan és mtsai (2009), Gardner és mtsai (2009) és Cox (2011) mutattak ki szignifikáns kapcsolatot.

Henoch és Gustafsson (2003) a módosított Norton, Waterlow, Braden és Chaplin rizikófelmérő skálák összehasonlító vizsgálata során mindegyik csoportban szignifikáns kapcsolatot mutattak ki a mobilitás ($p < 0,001$) és az inkontinencia ($p=0,03$), valamint a decubitus kialakulása között $n=35$ nyomási fekélyvel rendelkező beteg körében készült munkájuk során. Ezen szignifikáns kapcsolatot Norton-, valamint Braden-skála tesztelése során Defloor és Grypdonck (2005) is leírták. Vizsgálatukban kimutatták, hogy $n=1772$ beteg körében II. vagy súlyosabb stádiumú felfekvés a forgatást igénylő csoportban („turning group”) 5,1%-ban, míg a forgatást nem igénylő csoportban („non-turning group”) 11,7%-ban alakult ki.

Az ápolók kényelmi és prevenciós (statikus) vagy terápiás (dinamikus) eszközök közötti választása kimutatta, hogy a kényelmi eszközök használata az elsődleges. Az eszközök közötti választás megfelelősége a vizsgálat eredménye alapján megkérdőjelezhető, hiszen csupán 60,1% az esélye annak, hogy az ellátók a statikus vagy a dinamikus eszközök alkalmazása mellett döntenek.

Ennek ellentmond Defloor és Grypdonck (2005) $N=1458$ beteg körében készült felmérése, melyben megállapították, hogy a decubitus-rizikóval rendelkező betegek esetében az ápolók 10,8%-ban nem alkalmaztak prevenciós eszközöket. Ugyanakkor az alkalmazott eszközök közül a beteg kényelmét elősegítő eszközt csupán 5%-ban használták, továbbá megelőzésre nem alkalmaztak dinamikus, terápiás célzatú eszközöket.

A decubitusos betegek ellátásában igen jelentős arányban (98%) történt az inkontinencia ellátására alkalmazott segédeszközök használata, ami viszont nem jelenti egyértelműen azt, hogy ezek a betegek inkontinensek voltak. A nyomási fekély és az inkontinencia közötti kapcsolatot nem mérte a vizsgálat. Korábbi eredmények szignifikáns összefüggést mutattak ki az inkontinencia és a nyomási fekély előfordulásával. (Bours és mtsai 2001)

Az összes vizsgálatban szereplő betegszámot tekintve a decubitusos betegek 78,3%-a otthonról, 11,7%-a másik kórház akut osztályáról, 6,7% szociális otthonból és 3,3% másik kórház krónikus osztályáról érkezett az intézménybe. A vizsgálatban résztvevő betegek 21,7%-ának (65 fő) már az intézetbe történő felvételkor volt felfekvése, és a betegek 66,1%-ban az otthonukból, 33,9%-ban más intézetből érkeztek.

A vizsgálat helyszínéként választott 1500 ágyas vidéki kórházban a nyomási fekély prevalenciája 0,81%, incidenciája 0,78% volt 2007-ben. (Saját felmérés adatai)

A kórházban kialakult decubitusok 69,7%-a akut osztályon, átlagosan az ellátás 6. napján, 30,3%-a krónikus osztályon, átlagosan az ellátás 38. napján alakultak ki. Reddy és mtsai (2006) vizsgálatukban eltérő eredményeket kaptak. Jelentős terjedelemben ugyan, az akut ellátásban 0,4-38%-ban, a krónikus ellátásban pedig 2,2-23,9%-ban fordult elő nyomási fekély.

A felfekvések kimenetelét tekintve jelentős részben változatlan vagy súlyosbodó (42,1%, 30,8%) esetekkel találkoztunk, a javult (13,7%), illetve a gyógyult (13,4%) felfekvések igen kevés arányban jelentek meg.

A nyomási fekélyvel rendelkező betegek 21,7%-a az intézetbe történő felvételkor rendelkezett decubitussal, ezek kétharmad része (66%) otthonukból kerültek a kórházba. Ugyanakkor a kórházból távozó decubitusos betegek 40,1%-a más intézetbe (12,4%), vagy otthonukba (27,7%) kerültek további ellátásra.

A nyomási fekély kialakulásának színtere nincs kapcsolatban a decubitus lefolyásával vagy a beteg további sorsával. Szignifikáns különbség mutatható ki azonban a decubitus lefolyása, valamint a beteg további sorsa között ($p < 0,000$). A kapcsolat jellegét illetően

kimutattuk, hogy a nyomási fekély lefolyása 32,5%-ban befolyásolja a beteg további sorsát, ugyanakkor a beteg további sorsáért 41%-ban a decubitus lefolyása is felelős. Tehát a beteg halálát 41%-ban a nyomási fekély súlyosbodása kíséri.

5.2. Az ellátóterületeken dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek a megbeszélése

A nyomási fekélyvel rendelkező betegek ellátását végző ápolók átlagéletkora 41 év, jelentős részük minimum felsőfokú szakképesítéssel, valamint átlagosan 21 év munkavisztonnyal rendelkezett.

Az ápolók 30,7%-a dolgozik mellékállásban (kb. kétharmad részük az egészségügy más területén), mely a gyenge kötések elvének megfelelően indirekt módon befolyásolja a közöttük lévő kapcsolatot.

A kapcsolatfelvételi utakat vizsgálva, valamennyi ellátási szint felől megtörténik ugyan, azonban az otthonápolási szolgálatokkal való kapcsolatfelvétel a leggyakoribb. A szakápolási tevékenységek tekintetében a műtét vagy baleset következtében előforduló funkciókiesések pótlása (mobilizáció), a krónikus sebek ellátása, illetve a műtéti sebek, sztómák ellátása igényelte az otthoni szakápolási szolgálatok bevonását.

Az otthonápolási szolgálatok kiemelt szerepe nem vitatható a nyomási fekély kezelése terén. Kapp és Annells (2010) otthonápolásban, 7 nyomási fekélyvel rendelkező beteg körében készült kvalitatív vizsgálatban megállapították, hogy a nyomási fekély okozta diszkomfortérzés, az életvitel korlátozottsága mellett az egyes ellátóhelyeken alkalmazott eltérő kezelési módok – melyek a kommunikáció hiányára vezethetők vissza – jelentős frusztrációt okoztak a betegekben. Az otthoni szakellátás keretében megteremtődik a lehetőség az ápoló és a beteg közötti bizalom és szoros kapcsolat kialakulására, ami megnöveli a betegek hitét a gyógyulásban.

A nyomási fekély kialakulásának helyszínét tekintve a kórház dominanciája figyelhető meg a válaszok 67,3%-ában, melyet a szociális otthonban, majd a beteg otthonában

történő kialakulás követett (22,1% és 10,6%). Fontos meglátnunk, hogy az otthoni szakellátásban dolgozók teljes mértékben csak a kórházi kialakulást jelölték be.

A kényelmi, prevenciós, illetve terápiás eszközök alkalmazását tekintve a kényelmi eszközök elterjedését mutatják a válaszok. A prevenciós eszközök alkalmazása a fekvőbeteg-szakellátás mellett az otthoni szakellátás területén elterjedt, míg a terápiás eszközök használata főként a kórházi ellátásban figyelhető meg.

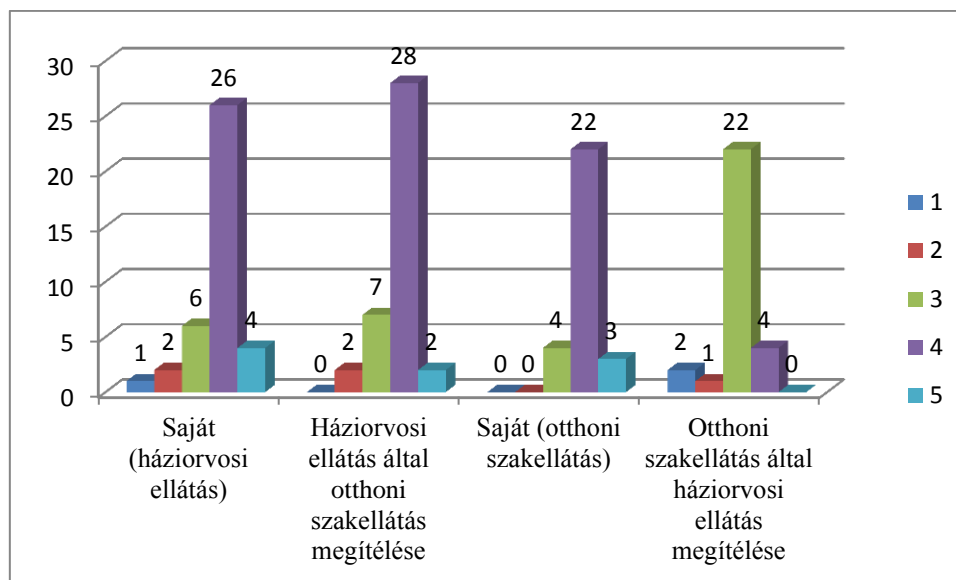
Az ellátóterületek a sebellátási módszerek széles skáláját alkalmazzák, melyek közül a hagyományos sebkezelés mellett, a korszerű sebellátási elveknek megfelelően, elterjedt a modern sebkötöző anyagok használata is. A kötszerek közötti választást a kórházi szakellátásban rendelkezésre álló eszközök alapján történő javaslat, a beteg fizetőképessége, továbbá a járóbeteg-szakellátásban a korábbi eszközök figyelembevétele határozzák meg.

A vizsgálatban résztvevők 69,6%-a vett már részt a nyomási fekélyvel kapcsolatos továbbképzésen, akik közül 56,6% vallotta, hogy munkája során alkalmazni is tudja a megszerzett ismereteket. A továbbképzésen való részvétel és a megelőzéssel kapcsolatos ismeret megítélésének mértéke között szignifikáns különbséget mutattunk ki ($p \leq 0,036$), ami korrelál Gallant és mtsainak (2010) a vizsgálatával. Kimutatták, hogy az ápolók ($N=256$) ismeretének szintje szignifikáns kapcsolatban van a továbbképzéseken való részvételi hajlandósággal ($p < 0,0001$), továbbá bizonyították, hogy hiába van meg a szükséges elméleti ismeret a megelőzésben szerepet játszó tényezők tekintetében (felmérés, Braden-skála, nyomás, aktivitás/mobilitás, tápláltság, nyíró erő, gyógyászati segédeszközök), a gyakorlatban kevesen alkalmazzák azokat.

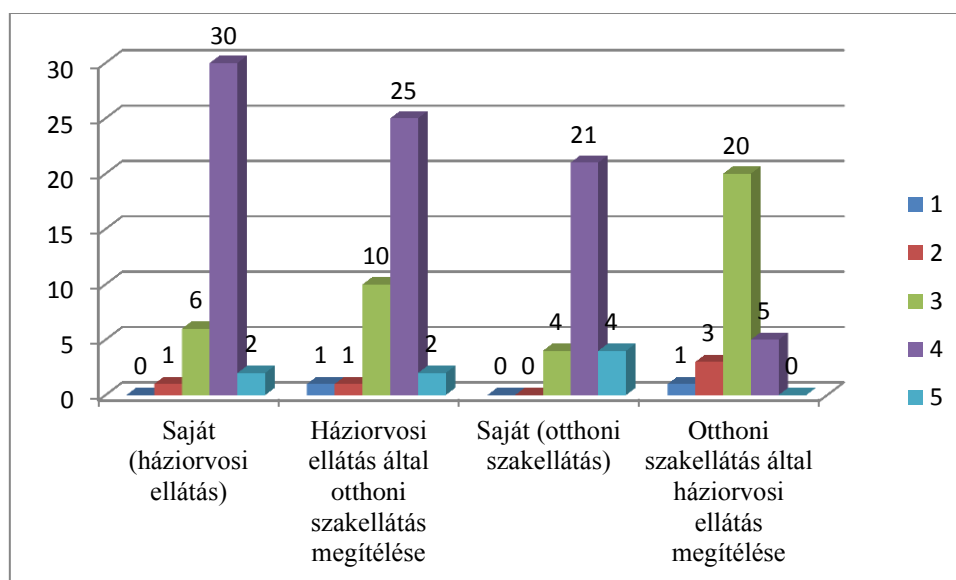
Megállapítottuk azt is, hogy az ismeretek folyamatos bővítése fordított arányban van mind a megelőzéssel, mind a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szintek megítélésével.

Az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók saját ismereti szintjének megítélése alapján hasonlóan vélekedtek az azonos területen dolgozó ápolók ismereteiről a prevenció és a kezelés tekintetében egyaránt. Az otthoni szakellátással való szoros kapcsolatra utal, hogy a háziorvosi ellátásban dolgozó ápolók hasonlóan értékelték az otthonápolásban dolgozó ápolók és a saját ismereti szintjüket. Fordítva azonban ez nem mondható el.

Az otthoni szakellátásban dolgozó ápolók rosszabbnak ítélték meg a háziiorvosi ellátásban dolgozók ismereteit, mint viszont. (26. és 27. ábrák)



26. ábra: A megelőzéssel kapcsolatos ismeretek megítélése (fő) háziiorvosi ellátás esetén n=39, otthoni szakellátás esetén n=29



27. ábra: A kezeléssel kapcsolatos ismeretek megítélése (fő) háziiorvosi ellátás esetén n=39, otthoni szakellátás esetén n=29

Az alkalmazott ápolási dokumentáció jellemzését tekintve a vizsgálatban résztvevők közel fele (50,7%) írott formájú dokumentációt alkalmaz, melyre a 65,5%-ban a betegcentrikusság, 39,9%-ban a hivatalosan elfogadottság, 38,4%-ban az áttekinthetőség volt a jellemző. Ugyanakkor 36,5% véleménye szerint a feladatcentrikusság is jellemzője az ápolási dokumentációnak, melyben követhető az ápolás folyamata.

A decubitus rizikófelmérő-skála alkalmazása a fekvőbeteg-szakellátásban jellemző, mely során kiemelten a Norton-skála került megjelölésre (51,2%). A kockázat felmérésének indikációja jellemzően a betegek mozgásképességének csökkenése (mozgásképtelen beteg esetén 36,2%, mozgáskorlátozott beteg esetén 28,6%), illetve a beteg állapotának a rosszabbodása (43,8%).

Az információ továbbításának módjait tekintve, mindegyik ellátóterületen magas arányban a beteg és a hozzátartozók általi szóbeli tájékoztatás jelent meg. Az írott tájékoztatás legfőbb formája a kórházi zárójelentés, valamint az otthoni szakellátás igénylését elrendelő háziorvosi dokumentum. Az ápolás vonatkozásában a fekvőbeteg-szakellátás felől történő, illetve az egyes intézetek és a kórházak egyes osztályai között alkalmazott ápolási zárójelentésre is történtek utalások. Más ellátóterületről hasonló, ápolási tevékenységről szóló információáramlás csak elvétve jelent meg.

Az információáramlás megítélése tekintetében szignifikáns különbséget találtunk:

- a háziorvosi ellátásban az egyéb kategória kapcsolatában ($F=0,028$),
- az otthoni szakellátásban az egyéb kategória mellett az írásos dokumentáció formája tekintetében ($F=0,026$ és $F=0,033$),
- a saját információáramlás vizsgálatok az ápolási folyamat, valamint a beteg igényeinek a követhetőségében ($F=0,020$ és $F=0,010$).

Az ellátóterületek egymás közötti együttműködésének a megítélése leginkább megfelelőnek mondható, valamint jellemzően megkeresést követően szóban történő információáramlás figyelhető meg. A kórházi ellátás felől az írásban történő információáramlása is jelentős arányt képviselt (megkeresés után 132 fő, kezdeményezően 99 fő). Az ellátóterületek egymás közötti kommunikációjának hatékonyságát a megkérdezettek jelentős része megfelelő vagy annál rosszabb

minősítéssel jellemezte (kiváló: 3 fő, jó: 84 fő, megfelelő: 151 fő, kielégítő: 93 fő, rossz: 74 fő).

Ezen eredményünk hasonló Gregson és munkatársainak 1992-ben közzétett vizsgálati eredményével, melyet a háziorvosi ellátás területén az orvos és a körzeti ápoló kapcsolatában vizsgáltak (N=148). Az általuk megjelölt kritériumok alapján 3%-ban nem találtak, 20%-ban csak formális és igen rövid, 50%-ban szabályozott kommunikációt találtak. A 24%-ban talált közös munkakapcsolatot, és a 3%-ban véleményezett multidiszciplináris kooperációt mutató munkakapcsolatot abban az esetben észleltek, ha a munkát közös épületben, egymás nyilvántartásának a használatával, illetve egymás hatáskörének az ismeretével végezték a megkérdezettek. (Gregson és mtsai 1992)

Hazai korábbi kutatási munkákat felkutatva Pető Éva 2000. áprilisában Szegeden tartott előadásában ismertette hasonló vizsgálati eredményeit. „Az egészségügyi szakdolgozók véleménye a kommunikációról” c. előadásában 865 fő egészségügyi dolgozó véleményét kérdezve, a más teamekkel való kommunikációs kapcsolatot a megkérdezettek jelentős része (44,1%) nagyon jónak, 43,4% közepesnek, és 12,5% nagyon rossznak minősítette. Ezen adatok ellentmondanak a jelen vizsgálat eredményeivel.

Pető fenti vizsgálata az információáramlás vizsgálatára is kitért, melyet az egészségügyi dolgozók 53,4%-ban közepesnek, 30%-ban nagyon rossznak és 16,6%-ban nagyon jónak ítélt meg.

A vizsgálat során az ellátóterületek közötti együttműködés, a kórházi ellátás felől történő, továbbá az ápolók a saját maguk információáramlásának a megítélése, szignifikáns kapcsolat mutatott a kommunikáció hatékonyságának megítélésével.

Nem találtunk jelentős különbséget a szakmai végzettség és az együttműködés megítélése között egyik ellátóterület vonatkozásában sem.

Szignifikáns különbséget mutattunk ki:

- az ellátóterületek egymás közötti együttműködésben ($p=0,000$, $0,280 \leq R \leq 0,71$);
- az ellátóterületek egymás közötti információáramlásban ($p=0,000$, $0,261 \leq R \leq 0,634$);
- az együttműködés és az információáramlás között ($0,000 \leq p \leq 0,005$, $0,140 \leq R \leq 0,562$);
- az ellátóterület saját információáramlásának megítélése és a kórházi ellátással történő együttműködés között ($p \leq 0,016$, $R=0,124$);
- a kommunikáció megítélése és az együttműködés között ($0,012 \leq p \leq 0,036$, $0,107 \leq R \leq 0,127$);
- a kommunikáció megítélése és a kórházi ellátás felőli információáramlással ($p \leq 0,029$, $R=0,111$);
- a kommunikáció és a saját információáramlás megítélése között ($p=0,000$, $R=0,492$).

5.3. Hipotézisvizsgálat

1. *Feltételeztük, hogy az előforduló nyomási fekély kimenetelét befolyásolják a beteg mozgásképessége, az inkontinencia ellátásának módszerei, a prevenció, illetve a kényelmet elősegítő ápolási eszközök alkalmazása, valamint az alkalmazott kötszerek választása.*

A nyomási fekély kimenetele, lefolyása jelentős különbséget mutat a beteg mozgásképességével ($p=0,000$), valamint a sebellátás választott módszerével ($p \leq 0,004$). Az inkontinencia ellátására választott módszerek, illetve a kényelmi, a statikus, illetve a dinamikus eszközök alkalmazása nincs hatással a decubitus kimenetelére. Annak ellenére, hogy a beteg mozgásképessége, valamint a statikus eszközök használata között szignifikáns, gyenge erősségű különbséget ($p \leq 0,021$, $V=0,133$) mutattunk ki. Ezért ez a hipotézisünk csak részben teljesült.

2. *Feltételeztük, hogy az ápolók szakmai képzettsége, valamint a továbbképzésen való részvétele hatással vannak az ápolók megelőzéssel és kezeléssel kapcsolatos saját és egymás ismereti szintjének megítélésére.*

A vizsgálatban részvevő ápolók legmagasabb szakmai végzettsége igen jónak mondható: 41,8%-ban ápoló (OKJ), 21,7%-ban diplomás (BSc) ápoló, 14,7%-ban és 2,7%-ban egyéb szakápolói és körzeti-közösségi szakápolói végzettséggel rendelkeznek. A nyomási fekély ellátásával kapcsolatos továbbképzésen az ápolók 69,6%-a vett részt. A megelőzéssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélése és a továbbképzésen való részvétel között mutattunk ki szignifikáns különbséget ($p \leq 0,036$). A szakmai végzettség nincs hatással sem a prevencióval, sem a kezeléssel kapcsolatos saját ismereti szint megítélésére. A másik ellátóterület ismereti szintjének megítélése kapcsán elmondható, hogy a hasonló ellátási terület megítélése és a saját ismereti szint megítélése tekintetében mindegyik terület esetében szignifikáns különbséget találtunk, ugyanakkor a különböző ellátóterületeket véleményezve csak a háziorvosi ellátás és az otthoni szakellátás között találtunk kapcsolatot, mely azonban fordított irányú. Ezért hipotézisünket részben tekintjük teljesültnek.

3. *Feltételeztük, hogy a nyomási fekély ellátása igényli az egészségügyi ellátórendszerek közötti együttműködést, melynek ápolók általi megítélését befolyásolja az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók szakmai végzettsége.*

A beteg nyomonkövetés vizsgálatában kimutattuk, hogy az intézetbe felvételre kerülő betegek 21,7%-ának decubitusos volt, továbbá a decubitusos betegek 40,1%-a távozott a kórházból az otthonába, vagy másik intézetbe. Hipotézisünk ezen részét ezért igazoltnak tekinthetjük, hiszen a nyomási fekély ellátása igényli az egyes ellátóterületek együttműködését.

Az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók, az egymással történő együttműködésüket a kórházi ellátás kivételével inkább közepesnek, vagy rosszabbnak ítélték meg, továbbá szignifikáns és közepes erősségű különbséget mutattunk ki mindegyik vizsgált terület vonatkozásában. ($p \leq 0,000$, $0,280 \leq R \leq 0,710$) A szakmai végzettség azonban nem befolyásolja az együttműködés megítélését. ($0,253 \leq p \leq 0,795$) Ezért hipotézisünk második részét nem tekinthetjük igazoltnak.

4. *Feltételeztük, hogy az alkalmazott ápolási dokumentáció megítélése befolyásolja az ellátóterületek közötti információáramlás megítélését, mely az együttműködés megítélésével együtt hatással vannak a kommunikáció hatékonyságának megítélésére.*

Az ápolási dokumentáció megítéléséhez előre megadott kritériumok alapján az ápolók az ápolási folyamat, illetve a betegek igényeinek követhetőségét határozták meg, mint a saját információáramlást befolyásoló tényezőket. ($F=0,020$ és $F=0,010$) Az egymás közötti információáramlás megítélésének tekintetében az otthoni szakellátás esetén az írott forma, mint kritérium esetén találtunk jelentős különbséget ($F=0,033$) az egyéb kategória mellett ($F=0,026$). Ezen utóbbi kategória a háziorvosi ellátásban is befolyásoló hatással jelentkezett ($F=0,028$). Az együttműködés mindegyik ellátóterület vonatkozásában befolyásolja a kommunikáció hatékonyságát. Ugyanakkor az információáramlás és a kommunikáció hatékonyságának megítélése tekintetében az információáramlás csak a kórházi ellátás vonatkozásában mutatott jelentős különbséget amellett, hogy az ápolók igen fontosnak tartják saját szerepüket az információáramlás biztosításában.

Kimutatásra került, hogy az ellátóterületek közötti együttműködés megítélését befolyásolja az ápolási dokumentáció követhetősége továbbá, hogy az együttműködés és az ápolók saját maguk által történő információáramlásban vállalt szerepe egyértelmű hatással vannak a kommunikáció hatékonyságára. Ezért ezen hipotézisünket a jelen vizsgálat vonatkozásában elfogadottnak tekinthetjük.

5.4. A felmérés korlátai és erősségei

A vizsgálat korlátai között fontos megemlítenünk, hogy a kedveszöten válaszadási arány következtében a háziorvosi ellátásban és az otthoni szakellátásban a kevés mintaszám miatt csak figyelemfelhívó jelleggel bír az értékelés. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy az ápolók körében készült felmérés az ápolói megítélést vizsgálja, melynek következtében szubjektív és az együttműködés, az

információáramlás és a kommunikáció hatékonyságának megítélése tekintetében alacsony validitás melletti eredményeket kaptunk.

A kutatás erősségeiként az alábbiakat emeljük ki:

- Egyedülálló vizsgálat hazai és nemzetközi szinten.
- Szakmapolitikai irányt mutat.
- Felhívja a figyelmet a betegutak folyamatában meglévő hiányosságokra.
- Felhívja a figyelmet az ellátóterületek közötti kommunikáció hiányára.
- A standardok kialakításához, és az indikátor-fejlesztéshez kritériumokat határoz meg.
- Tükröt tart az ellátók, ápolók elé.
- A felmérést igényelte az ápolás szakma.

6. Következtetések

A nyomási fekélyrel rendelkező betegek nyomonkövetésével alátámasztottuk, hogy a nyomási fekély az ellátás, így az ápolás fontos minőségi indikátoraként van jelen.

A hazai egészségügyi rendszer követi a nemzetközi standardokat a betegségek kórlefolását befolyásoló tényezők, a nyomási fekély előfordulása, valamint a nyomási fekély ellátása és nyomonkövetése tekintetében.

Az intézetekben alkalmazott, inkább eljárásleírások, iránymutatást adnak az ápolóknak a megelőzés és az ápolás folyamatának tervezésében és kivitelezésében. Ugyanakkor a nyomási fekély megelőzésére és ellátására nincs hazai egységes, evidenciákon alapuló ajánlás. Ennek következtében:

- A kényelmi eszközök alkalmazása standardizáltnak tekinthető, azonban a statikus és a dinamikus eszközök közötti választás intuitív módon történik, mely szükségessé teszi ezen eszközök protokoll szerinti előírt alkalmazásának meghatározását.
- A sebellátásra vonatkozóan vannak országos konszenzus anyagok, melyeket az ellátók ismernek, mégis a kötszerek közötti választás ad hoc módon történik. Ennek azonban nem ápolásszakmai, hanem egyéb okai vannak, melyek további vizsgálata az ellátásszervezők és a finanszírozók figyelmébe ajánlott.
- Továbbá a sebellátási módszerek protokollokban történő konkrét meghatározása szintén szükséges a nyomási fekély meghatározó paramétereinek figyelembevételével.

Megállapíthatjuk, hogy a hazai ellátórendszerekben még mindig hiányosságok tapasztalhatóak a decubitus megelőzése és ellátása területén.

A nyomási fekélyvel rendelkező beteg az egészségügyi ellátás bármely színterén megjelenhet/megjelenik, ily módon ellátásuk igényli az egyes egészségügyi ellátóterületek egymással való kapcsolatát, szakmai kommunikációját.

A fekvőbeteg-, illetve az otthoni szakellátás szerepe egyaránt jelentős a nyomási fekély ellátását tekintve. Az előbbi jelentőségét az adja, hogy a decubitus kialakulásának a fő helyszíne, az utóbbi pedig a betegek további szakellátását végző terület. Mivel a mai jogszabályi környezetben a háziorvosi ellátás az, amely a kórházi (fekvő-, vagy járóbeteg) szakellátás által javasolt otthoni szakellátást elrendelheti, ezért kiemelkedő e terület információ-továbbító felelőssége is.

Ugyanakkor a betegek ellátásának folyamatossága nincs biztosítva, ennek tényezői lehetnek a hatáskörök meghatározatlansága, és az egészségügyi ellátás szervezetek szerinti elkülönülése, valamint a jelenleg hatályos adatvédelmi törvény ezirányú korlátozása is.

A külföldi ellátásrendszerek jobban preferálják a beteg otthoni ellátását. Az otthoni szakellátásnak kiemelt szerepe van a nyomási fekélyvel rendelkező betegek ellátásában is, ezért fontos, hogy a kommunikáció folyamatát tekintve kerüljön további fejlesztésre.

Rámutattunk a szakmai továbbképzések jelentőségére és megfelelőségére, ami feltételként szerepel a minőségi ellátás struktúra dimenziójában. Ugyanakkor nem vizsgáltuk ennek mennyiségi szempontból való teljesülését. A hazai ápolók szakképzettsége megfelelő, mely egy feltáratlan humán tartalékot jelenthet, ami részben kompenzálja a strukturális (tárgyi és személyi) háttér hiányát. A humán erőforrásban megbújó tartalékok feltárása segít a meglévő feltételrendszer kihasználásában.

A folyamatos képzés, a magasabb szakképzettség elérése növeli az ápolók ismereteit, szakmai önbecsülését, a kommunikáció hatékonyságát, ebből azonban nem következik egyértelműen az együttműködés és az információáramlás megfelelősége. Az ezt befolyásoló háttértényezők vizsgálata további felmérést tesz szükségessé.

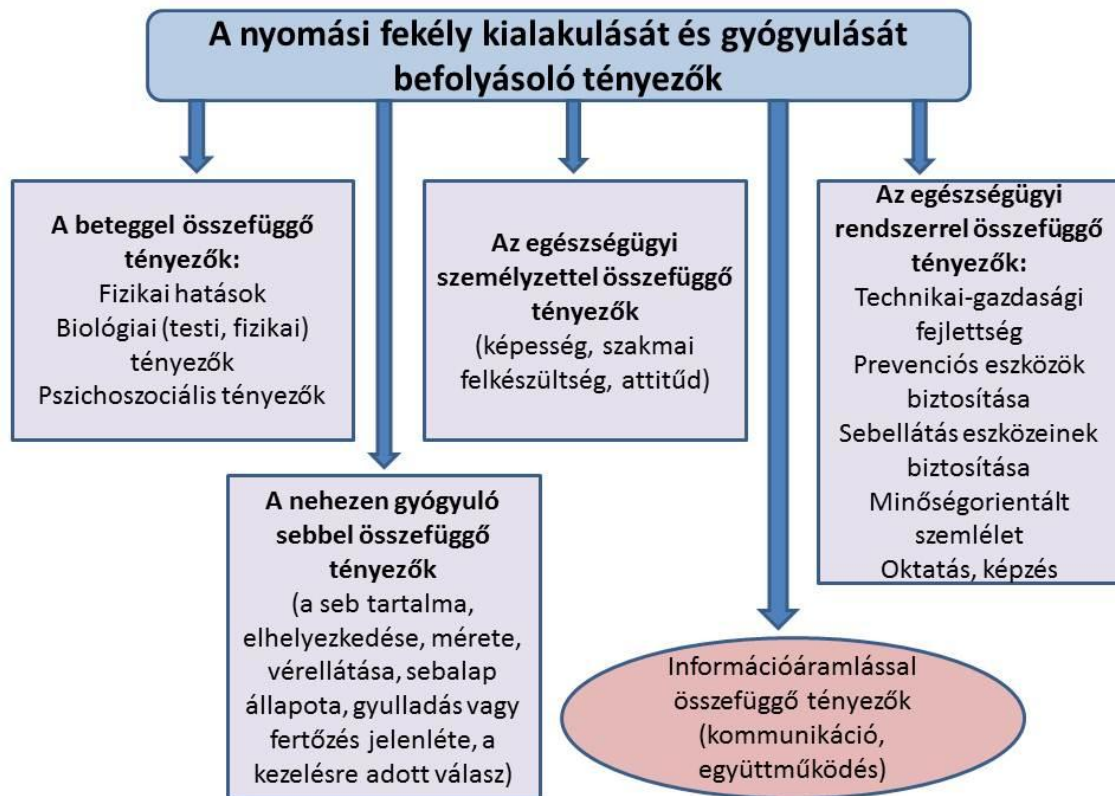
Az egyes ellátórendszerek között szervezetlen és hiányos az átjárhatóság, valamint leginkább informális módon és szóban történik. Ez azonban nem alkalmas arra, hogy visszajelzéseket adjon a beteg állapotáról. Az ellátórendszerek ápolói között kezdetleges és esetleges a kommunikáció, nincsenek ezt szabályozó standardok.

Igazolásra került, hogy a nehezen gyógyuló sebbel (köztük a nyomási fekélyel) rendelkező betegek holisztikus ellátásában nagy jelentősége van az ellátást végző egyes egészségügyi ellátóterületek közötti együttműködésnek, melynek igen fontos feltétele a betegcentrikus, az ellátás folyamatát nyomonkövethető dokumentáció, mint az információáramlás fontos eszköze. Így az ápolási dokumentációnak fontos szerepe van az ellátóterületek közötti együttműködés és információáramlás során, ami kihatással van a kommunikáció hatékonyságára is.

A kommunikáció hatékonyságának a megítélését befolyásolja az ellátó területek közötti együttműködés, valamint a saját információáramlás mértéke.

Rávilágítottunk olyan területekre, ahol az evidenciák további fejlesztése szükséges, mert a struktúra és az eredmény minőség dimenzióin kívül a folyamat fejlesztésére helyeződik a hangsúly. Bizonyításra került, hogy a minőségi ellátás során az ellátóterületek közötti kommunikáció, mint folyamat-indikátor jelenik meg.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a nyomási fekély kialakulását és lefolyását, a bevezetőben részletesen ismertetett befolyásoló tényezőkön kívül az információáramlással összefüggő tényezők is nagymértékben meghatározzák. (28. ábra)



28. ábra: A nyomási fekély kialakulását és gyógyulását befolyásoló tényezők (Vowden és mtsai (2008) nyomán saját készítés)

Meghatároztuk azokat a kritériumokat, melyeket a nyomási fekély megelőzésére és kezelésére vonatkozóan, a kommunikáció folyamatát tekintve figyelembe szükséges venni. Kővágó (2009) szerinti csoportosítást felhasználva, a kommunikáció résztvevőinek, a folyamat eszközeinek, valamint további tényezőknek a szerepe emelhető ki. (34. táblázat)

34. táblázat: A kommunikáció folyamatának résztvevői és jellemzői a nyomási fekély megelőzése és ellátása során (Kővágó (2009) nyomán saját készítés)

Kommunikáció folyamatának elemei		Nyomási fekély megelőzés és ellátás	Jellemzője
kommunikáció résztvevői	kibocsátó	a beteget küldő szervezet hivatalos képviselője	<ul style="list-style-type: none"> • szakértelem • megbízhatóság • rokonszenv
	befogadó	a beteg ellátását tovább folytató szervezet hivatalos képviselője	<ul style="list-style-type: none"> • szakértelem • attitűd
	humán környezet	nincs	
a folyamat eszközei	kódolás/ dekódolás	magyar nyelv, orvosi szaknyelv	<ul style="list-style-type: none"> • egységes terminus technikusok alkalmazása • irányelveknek megfelelő
	üzenet	vonatkozik: <ul style="list-style-type: none"> • a kialakult helyzetre • az eddigi ellátás módjára • a további ellátásra 	<ul style="list-style-type: none"> • betegcentrikus • a valóságot tükrözze • egyértelmű • a feladatok pontos megjelölése
	csatorna	nyomtatott dokumentáció	<ul style="list-style-type: none"> • mindenki számára ismert • alkalmazásának kritériumai meghatározottak • logikusan szerkesztett
további tényezők	válasz (visszajelzés)	reagálás, visszacsatolás kontroll alkalmával	<ul style="list-style-type: none"> • mutassa a folyamat irányát • mutassa a kezelés hatékonyságát
	kommunikációs zaj	információtorzulás akadályozó tényezők	a további ellátást végző terület jól értelmezze a folytatni kívánt ellátást
	környezet (tárgyi)	külső tényezők (beteg, hozzátartozó) befolyásoló hatása	<ul style="list-style-type: none"> • történjen információképzés: a beteget küldő terület készítsen és/vagy küldjön átadó dokumentumot • jusson el az átadó dokumentum a beteg további ellátását végző területhez

A kommunikációs ciklusban az információ megszerzése és feldolgozása során, az üzenet megfogalmazásakor, valamint az üzenet átadásakor sérülhet a kommunikáció folyamata. (Bärnkopf 2002)

A nyomási fekély ellátásával kapcsolatos információáramlás vonatkozásában ennek alapján zavar keletkezhet ha:

- A kibocsátó, illetve a befogadó nem rendelkezik megfelelő szakmai tudással ahhoz, hogy az információt észlelje, vagy a továbbításhoz és a megértéshez megfelelően megfogalmazza.
- A kódolást és a dekódolást zavarja a nem adekvát szakkifejezések alkalmazása, továbbá, ha ezek nem felelnek meg a szakmai irányelveknek.

- A betegről továbbított üzenet nem felel meg a valóságnak, valamint a további ellátás nem egyértelműen meghatározott.
- Az ellátók nem rendelkeznek a megfelelő dokumentációval, vagy ha igen az nem áttekinthető, és nem a beteg szükségleteire, az ellátás további sarkallatos pontjaira koncentrálnak.
- Nem történik a befogadó részéről visszacsatolás az ellátás folytatásáról, az esetleges változtatásokról, ezáltal a beteg további ellátásáról, így a kibocsátó torz információkhoz juthat az ellátás hatékonyságáról. (pl. A kibocsátó javasol egy kötszert, melyet a befogadó nem használ tovább, és erről a kibocsátót nem értesíti. A következő kontroll vizsgálat alkalmával a kibocsátó azt tapasztalja, hogy nem gyógyul a seb, ezért arra következtet, hogy nem megfelelő az alkalmazott kötszer.)
- A befogadó terület nem megfelelően értelmezi a kibocsátó javaslatát a további kezelésre vonatkozóan, ezért torzulnak az információk. (pl. Alginát és hidrocolloid kötszer használatát javasolja a kibocsátó, és szükség szerinti kötéscserét. A befogadó a szükség szerintiséget napi alkalmakra határozza meg, amely a modern sebellátási módszer alkalmazásakor szükségtelen.)
- Nem történik információképzés direkt vagy véletlen esetben.
- Nem jut el az átadó dokumentum a kibocsátótól a befogadóig. (pl. A beteg, vagy a hozzátartozó nem továbbítja azt.)

A fenti felsorolás a leglényegesebb tényezőket tartalmazza, melyből látható, hogy igen körültekintő és alapos, jól szervezett kommunikációs folyamat szükséges a várható zavaró tényezők elkerülésére.

Az egészségügyi rendszer szervezeti jellegéből következően az egyén betegségének felismerése és gyógyítása, ellátása során több ellátóterülettel is kapcsolatba kerül. Ezen ellátási szintek közötti kapcsolat, együttműködés jellege, formája, és szakszerűsége hatással van a beteg egészségügyi ellátáshoz való hozzáállására, továbbá a kezelés, a gyógyítás, és az ápolás eredményességére. A felfekvés kezelésében, valamint a további állapotromlás megelőzésében, megakadályozásában jelentős szerepe van az ellátó team tagjainak. Együttműködésük, és a közöttük lévő kapcsolatrendszer kialakítása a hatékony és eredményes ellátás záloga.

A kommunikáció minősége és a nyomási fekély alakulása közötti összefüggések vizsgálatára vonatkozó korábbi kutatást nem találtunk. Ez a vizsgálat azt vélelmezi, hogy az infrastruktúrális és tárgyi eszközök, valamint a személyi feltételek hiánya mellett a kommunikáció folyamatának standardizálása nem feltételez újabb anyagi ráfordítást, ugyanakkor az ellátás hatékonyságát növelheti. Kutatásunk ezért az egészségügyi rendszerben lévő egyéb tartalékokat tárta fel.

Összefoglaló javaslatok:

- Hazánkra adaptált a nyomási fekély megelőzésére és ellátására vonatkozó szakmai irányelv készítése.
- A biztonságos betegutak nyomonkövethetőségének és a dokumentáltság felülvizsgálata. A hiányzó dokumentációk elkészítése, egységesítése, bevezetése, alkalmazása, illetve az alkalmazás felügyelete.
- Ehhez elengedhetetlenül szükséges az adatvédelmi szabályok felülvizsgálata, melyet követően az ellátóterületeket összekötő on-line adatbázis, „kapcsolati dekurzus-lap” kialakítása, illetve az ehhez szükséges tárgyi feltételek megteremtése. Ezáltal lehetőség nyílik az on-line kétirányú kommunikációra, mellyel az információáramlás is biztosítottá válik. Ezen adatbázis feltételeinek a megteremtése (pl. kompatibilis hardverrendszer kialakítása, körültekintő szoftver-fejlesztés, továbbképzések szervezése) több időt igényel. Addig is a papíralapú, megfelelően szerkesztett nyomtatványok alkalmazásának (egységesített orvosi és ápolási zárójelentés, Távozási lap stb.) a kötelezővé tétele szükséges minden betegellátási formában.
- Ehhez azonban egységes nyelvezet, egységes ismereti szint, a kevésbé profefált ellátási területeken dolgozó szakemberek továbbképzése, ismeretek bővítése elengedhetetlen.
- Szükséges az ellátóterületek közötti kommunikáció standardjainak a meghatározása, illetve további indikátorfejlesztés a kommunikáció hatékonyságáról.
- A folyamatos továbbképzés az ismeretek bővítésén és aktualizálásán túlmenően, erősíti az ellátóterületek egymással történő együttműködését is.

- A nehezen gyógyuló sebek ellátásának komplex volta miatt felmerül az igény az ellátással kapcsolatos feladatok centralizálására – nemzetközi példákat követve (O’Hare 2008) – „sebkezelő centrumok” létrehozására, „sebkezelő ápoló” munkakör kialakítására.
- Ennek megfelelően szükséges az oktatási rendszer felülvizsgálata, az ápolók számára a már meglévő kompetencia-alapú képzési és kimeneti követelményeket figyelembevevő munkaköri feladatok biztosítása.

Mindezen célirányosabbá, ellenőrizhetőbbé tenné a krónikus sebbel rendelkező betegek ellátását, mely a költséghatékonyság és az eredményesség irányába hatna.

A kórházban jelenlévő nyomási fekély nem minden esetben ott alakul ki. (Gardner és mtsai 2009) Meg kell említenünk, hogy a vizsgálatok eredményeiből láthatóan az egészségügyi ellátóterület mellett a decubitusos betegek ellátásában, a szociális ellátórendszer is érintett. Ez a nem elhanyagolható tény szükségessé teszi a későbbiekben a vizsgálat kiterjesztését a szociális ellátó szférára is.

7. Összefoglalás

A nyomási fekély megelőzésének és ellátásának meglévő standardizált strukturális feltételei és folyamatszabályozása ellenére a gyógyulási eredmények kedvezőtlen képet mutatnak. A részletes leíró szakirodalmi kitekintés során bemutatásra kerültek a kialakulást befolyásoló tényezők, melyek ellentmondásban vannak a személyes tapasztalatokkal. A vizsgálat ezen ellentmondás okainak felderítését tűzte ki célul. Vizsgáltuk az előforduló nyomási fekélyek kimenetelét befolyásoló tényezőket. Feltételeztük, hogy az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók szakmai felkészültsége hatással van a megelőzéssel és a kezeléssel kapcsolatos ismeretek szintjének, valamint az egészségügyi ellátórendszerek közötti együttműködésnek a megítélésére. Továbbá feltételeztük, hogy az alkalmazott ápolási dokumentáció megítélése befolyásolja az ellátóterületek közötti információáramlás megítélését, mely az együttműködés megítélésével együtt hatással vannak a kommunikáció hatékonyságának megítélésére.

A többlépcsős kutatási folyamatban vizsgálatra került a nyomási fekély előfordulási mutatóinak alkalmazhatósága, majd a nyomási fekélyvel rendelkező betegek körében végzett nyomonkövetés során a decubitus kialakulását befolyásoló tényezők közötti összefüggések. A kutatás szignifikáns kapcsolatot támasztott alá a nyomási fekély kimenetele és a mozgásképesség, továbbá a sebellátás választott módszerei között, valamint a mozgásképesség és a kényelmi és prevenciós eszközök használata, ezen belül a statikus eszközök alkalmazása, illetve a sebellátási módszerek között. Az ápolók körében készült felmérés során a továbbképzésen való részvétel és a prevencióval kapcsolatos ismereti szint között találtunk jelentős különbséget. Kimutatásra került, hogy az ellátóterületek közötti együttműködés és az információáramlás együttesen erősítik a kommunikáció hatékonyságát.

Megfogalmazásra került egy, a nyomási fekély kialakulását és ellátását befolyásoló új tényező, az információáramlásnak a kiemelt szerepe. Javaslat fogalmazódott meg az egészségügyi rendszer strukturális és diszciplináris folyamatának újraértékelésére, valamint meghatározásra kerültek a kommunikációs folyamat alapkritériumai, melyek figyelembevételével az információáramlás zavartalanná válik, és az ellátás központjában lévő beteg holisztikus megközelítése érvényesül.

8. Summary

In spite of the already existing standardised, structural conditions of the prevention and treatment of pressure ulcer and of the regulations of the process, therapies show unfavourable results. With the help of presenting the descriptive bibliography in details, those influential factors on the development were also demonstrated, which went against the own experiences. This paper aimed to find out the reason of this contradiction. Factors influencing the outcomes of pressure ulcer were examined. It was also supposed that the qualifications of nurses working in the investigated areas of health care could have a bearing on their knowledge related to the prevention, treatment and to the judgement of the cooperation among the different stages of health provision. It was believed that the judgement of applied nursing documentation could be related to the judgement of the exchange of information among the areas of health care that with the judgement of cooperation effected the judgement of the efficiency of communication. In frame of this multiple stage research, the applicability of incidence numbers of pressure ulcer were investigated, then the relation to the influential factors on development of decubitus was also examined with the help of the survey carried out among the patients suffering from pressure ulcer. This research found out significant relation between the outcome of pressure ulcer and the motility of patients; moreover between the selected methods of wound healing as well as between the motility and the application of preventive means and means for comfort, including the connection between the use of static means and the methods of wound healing. On the basis of the research fulfilled among the nurses the participation in training courses and their knowledge regarding prevention did not show significant difference. It was stated that both cooperation among the stages of health provision and the exchange of information could improve the efficiency of communication. A new influential factor, more precisely the exchange of information, was also defined in relation to the development and treatment of pressure ulcer. Suggestions were put into words concerning the revision of the structural and disciplining processes of health care and the determination of basic criteria of communication in view of which the flow of information could become uninterrupted and health provision would concentrate on the holistic approach in case of treating patients.

9. Irodalomjegyzék

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. (1997. XII. 23.)
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltve: 2012-05-07)
2. 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600020.NM&celpara=#xcelparam (letöltve: 2012-05-07)
3. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. (2006. XII. 22.)
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600132.TV&celpara=#xcelparam (letöltve: 2012-05-07)
4. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000004.EUM&celpara=#xcelparam (letöltve: 2012-05-07)
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care*, 14(1): 5-13.
6. Aggleton P. *Health*. Routledge, London, 1990: 5-12. letölthető:
<http://books.google.hu/books?id=RAo-AAAAIAAJ&printsec=frontcover&dq=aggleton+health&hl=hu&sa=X&ei=Rm6vT6TINcXUtAaXIIGrBA&ved=0CDkQ6AEwAA#v=onepage&q=aggleton%20health&f=false> (letöltve: 2012-01-29)
7. Allman RM, Laprade CA, Noel LB, Walkar JM, Moorer CA, Dear MR, Smith CR. (1986) Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med*, 105(3): 337-342.
8. Allman RM. (1989) Epidemiology of pressure sores in different populations. *Decubitus*, 2: 30-33.
9. Anton L. (2006) Pressure ulcer prevention in older people who sit for long periods. *Nurs Older People*, 18(4): 29-35.
10. Baksa J. (2001) Decubitus, Sebkezelés – sebgyógyulás. *A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata*, 4(1): 4-9.

11. Ball J, Bindler RC. *Child Health Nursing – Partnering with Children & Families*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey 07458, 2006: 80.
12. Bärnkopf Zs. *A kommunikáció könyve*. Flaccus Kiadó, Budapest, 2002: 8-36.
13. Belicza É. *A kórházi ellátás minőségének indikátorai IV. Az 1996-os betegforgalmi adatokra vonatkozó elemzések*. EMIKK füzetek, 16, Debrecen, 1998: 4-22.
14. Bennett G, Dealey C, Posnett J. (2004) The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing*, 33(3): 230-235.
15. Berlowitz DR, Wilking SV. (1989) Risk factors for pressure sores. A comparison of cross-sectional and cohort-derived data. *J Am Geriatr Soc*, 37(11):1043-1050.
16. Blaxter M. *Health and Lifestyle*. Taylor & Francis e-Library (5. kiadás), New York, 2005: 13-24. letölthető:
http://books.google.hu/books?id=DFsie2U9Z_UC8printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (letöltve: 2012-05-07)
17. Bond J, Cartlidge AM, Gregson BA, Barton AG, Philips PR, Armitage P, Brown AM, Reedy BLEC. (1987) Interprofessional collaboration in primary health care. *J R Coll Gen Pract*, 37(297): 158-161.
18. Bours GJW, De Laat E, Halfens RJG, Lubbers M. (2001) Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. Results of a cross-sectional survey. *J Intensive Care Med*, 27: 1599-1605.
19. Bours GJW, Halfens RJG, Abu-Saad H, Grol R. (2002) Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in institutions in The Netherlands. *Res Nurs Health*, 25(2): 99-110.
20. Brienza D, Kelsey S, Karg P, Allegretti A, Olson M, Schmeler M, Zanca J, Geyer MJ, Kusturiss M, Holm M. (2010) A randomized clinical trial on preventing pressure ulcers with wheelchair seat cushions. *J Am Geriatr Soc*, 58: 2308-2314.
21. Brown S. (2004) The Braden Scale: A Review of the Research Evidence. *J Orthop Nurs*, 23(1): 30-38.
22. Buda B. *Kommunikáció a szervezetben, Elmélet és alkalmazkodás kölcsönhatásainak sajátos perspektívái*. In: Mészáros A. (szerk.), *Kommunikáció és konfliktusok kezelése a munkahelyen*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2007: 25.
23. Calianno C. (2007) Quality improvement strategies to prevent pressure ulcers. *Nurse Pract*, 32(7): 10, 13-15.

24. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D. (2007) Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs*, 58(3): 263-272.
25. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. (2009) Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in Sao Paulo. *Sao Paulo Med J*, 127(4): 211-215.
26. Chan WS, Pang SMCh, Kwong EWY. (2009) Assessing predictive validity of the modified Braden scale for prediction of pressure ulcer risk of orthopaedic patients in an acute care setting *J Clin Nurs*, 18: 1563-1573.
27. Clarke A. *The Sociology of healthcare* (Second edition). Pearson Education Limited, Essex England, 2010: 29-37. letölthető: http://books.google.hu/books?id=xdISerYdExUC&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (letöltve: 2012-01-29)
28. Connor T, Sledge JA, Bryant-Wiersema L, Stamm L, Potter T. (2010) Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures. *Urol Nurs*, 30(5): 289-295, 305.
29. Cooper RA. Understanding wound infection. In: *European Wound Management Association (EWMA), Position Document: Identifying criteria for wound infection*, London MEP Ltd, 2005: 2-5. letölthető: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2005__Wound_Infection_/English_pos_doc_final.pdf (letöltve: 2011-01-05)
30. Cox J. (2011) Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care*, 20(5): 364-375.
31. Cox J, Roche S, Van Wynen E. (2011) The effects of various instructional methods on retention of knowledge about pressure ulcers among critical care and medical-surgical nurses. *J Contin Educ Nurs*, 42(2): 71-78.
32. Cutting KF, White RJ, Mahoney P, Harding KG. Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In: *European Wound Management Association (EWMA), Position Document: Identifying criteria for wound infection*, London MEP Ltd, 2005: 6-9. letölthető: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2005__Wound_Infection_/English_pos_doc_final.pdf (letöltve: 2011-01-05)

33. Csabai M, Molnár P. Egészség, betegség, gyógyítás – Az orvosi pszichológia tankönyve. Springer, Budapest, 1999: 26-36.
34. Daniel-Wichern S, Dudel H, Halferns RJ, Wilborn D. (2009) Transfer of theory into practice in geriatric care. Connection between pressure ulcer prevalence and guideline implementation. *Pflege Z*, 62(10): 612-616.
35. Davis CM, Caseby NG. (2001) Prevalence and Incidence Studies of Pressure Ulcers in Two Long-Term Care Facilities in Canada. *Ostomy Wound Manage*, 47(11): 28-34.
36. Defloor T, Grypdonck MFH. (2005) Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *J Clin Nurs*, 14: 373-382.
37. Dinya E. Biometria az orvosi gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2001: 402-403.
38. Essex H, Clark M, Sims J, Warriner A, Cullum N. (2009) Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-related quality of life measures. *Wound Repair Regen*, 17: 797-805.
39. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. letölthető: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf (letöltve: 2011-01-05)
40. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. letölthető: http://www.npuap.org/Final_Quick_Treatment_for_web_2010.pdf (letöltve: 2011-01-05)
41. Farkas, G. (2003) A hagyományos ápolástól az otthoni szakápolás kialakulásáig: nemzetközi és hazai ápolástörténeti áttekintés. *Nővér*, 16(3): 3-8.
42. Fercsik E, Raátz J. Kommunikáció szóban és írásban. Korona Nova Kiadó, Budapest, 1997: 116-117.
43. Fogerty MD, Abumrad NN, Nanney L, Arbogast PG, Poulouse B, Barbul A. (2008) Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair Regen*, 16(1): 11-18.

44. Franek A, Kostur R, Taradaj J, Blaszczyk E, Szlachta Z, Dolibog P, Dolibog P, Polak A. (2011) Effect of high voltage monophasic stimulation on pressure ulcer healing: result form a randomized controlled trial. *Wounds*, 23(1): 15-23.
45. Gallant C, Morin D, St-Germain D, Dallaire D. (2010) Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *Int J Nurs Pract*, 16: 183-187.
46. Gardiner L, Lampshire S, Biggins A, McMurray A, Noake N, van Zyl M, Vickery J, Woodage T, Lodge J, Edgar M. (2008) Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2): 5-15.
47. Gardner A, Millar L, Legg S, Gomez Y, McGillion T, McGillion T, Mulcahy A. (2009) Pressure injury prevalence in a private health service: risks and recommendations. *Wound Practice and Research*, 17(3): 136-145.
48. Gibbon C. (2009) Moisture lesion or pressure ulcer?. *J Community Nurs*, 23(10): 11-16.
49. Gorecki C, Brown JM. (2009) Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 57(7): 1175-1183.
50. Govier I. (2000) Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand*, 14(17): 32-38.
51. Gregson BA, Cartlidge AM, Bond J. (1992) Development of a measure of professional collaboration in primary health care. *J Epidemiol Community Health*, 46(1): 48-53.
52. Gulácsi L. Minőségfejlesztés a gyakorlatban; A minőségfejlesztés kinyitja az ajtót Önök előtt, de Önöknek kell belépniük!. In: Gulácsi L. (szerk.), *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000: 171-210.
53. Halfens RJ, Bours GJ, Van Ast W. (2001) Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. *J Clin Nurs*, 10(6): 748-757.
54. Heiligermann Zs. (2003) Nyitás az otthonápolás felé: szakápolási protokollok az otthonápolási gyakorlatban. *Nővér*, 16(3): 9-20.
55. Henschel I, Gustafsson M. (2003) Pressure ulcers in palliative care: development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *Int J Palliat Nurs*, 9(11): 474-484.

56. Hopkins A, Dealey C, Bale S, Defloor T, Worboys F. (2006) Patient stories of living with a pressure ulcer. *J Adv Nurs*, 56(4): 345-353.
57. Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smout RJ. (2005) RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. *Am J Nurs*, 105(11): 58-70.
58. Iverson Ch, Flanagan A, Fontanarosa PB, Glass RM, Glitman P, Lantz JC, Meyer HS, Smith JM, Winker MA, Young RK. (1998) American Medical Association Manual of style: a guide for authors and editors, Williams & Wilkins, 549-563.
59. Jaul E. (2010) Assessment and Management of Pressure Ulcers in the Elderly. *Drugs Aging*, 27(4): 311-325.
60. Jenei Gy. Közzolgálati közgazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan, európai uniós követelmények. In: Gulácsi L. (szerk.), *Egészség-gazdaságtan*. Medicina, Budapest, 2005: 45-69.
61. Józsa P. Kód, kultúra, kommunikáció, Budapest, 1977. In: T. Molnár G. (szerk.), *Bevezetés az emberi kommunikáció történetébe*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2003: 56.
62. Kádárné SzI, Ponta A, Raskovicsné CsM. (2011) Decubitus felmérés – De hogyan?. *Nővér*, 24(3): 34-40.
63. Kapp S, Annells M. (2010) Pressure ulcers: home-based nursing. *Wound Care: S6-S13*.
64. Kárpáti Z. (1999) “Benchmark” – Igazodás a legjobbhoz. *Nővér*, 12(3): 8-12.
65. Kincses Gy. *Egészség (?) – gazdaság (?)*. Praxis Server Kft., Budapest, 1989: 11-40, 152-153.
66. Komáromi B. *Epidemiológia a népegészségügyben* In: Tompa A. (szerk.), *Népegészségügyi ismeretek*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 35-48.
67. Kovács IÉ. *Az egy- és kétirányú kommunikáció*. In: Mészáros A. (szerk.), *Kommunikáció és konfliktusok kezelése a munkahelyen*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2007: 72-73.
68. Kővágó Gy. *A kommunikáció elméleti és gyakorlati alapjai*. Bologna Tankönyvsorozat, Aula Kiadó, Budapest, 2009: 54, 65-79, 102-106.
69. Krause JS, Vines CL, Farley TL, Sniezek J, Cooker J. (2001) An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: relationship to protective behaviors and risk factors. *Arch Phys Med Rehabil*, 82: 107-113.

70. Kwong EW-Y, Pang SM-C, Aboo GH, Law SS-M. (2009) Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs*, 65(12): 2608-2620.
71. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. (2006) Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics. *Ostomy Wound Manage*, 52(2): 20-33.
72. Lepistö M, Erikson E, Hietanen H, Asko-Selfavaara S. (2001) Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. *Int J Nurs Pract*, 7: 280-287.
73. Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek A-Ch. (2004) Immobility: a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci*, 18(1): 57-64.
74. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. (2011) Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3): 523-530.
75. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. (2010) Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF, *Rev Eletr Enf*, 12(4): 719-726. doi: 10.5216/ree.v12i4.8481 letölthető: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a18.htm> (letöltve: 2012-05-02)
76. Mecocci P, von Strauss E, Sherubini A, Ercolani S, Mariani E, Senin U, Winblad B, Fratiglioni L. (2005) Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 20(4): 262-269.
77. Meraviglia M, Becker H, Grobe SJ, King M. (2002) Maintenance of Skin Integrity as a Clinical Indicator of Nursing Care. *Adv Skin Wound Care*, 15: 24-29.
78. Moffatt C, Vowden P. Hard-to-heal wounds: a holistic approach. In: European Wound Management Association (EWMA), Position Document: Hard-to-heal wounds: a holistic approach, London MEP Ltd, 2008: 1. letölthető: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2008/English_EWMA_Hard2Heal_2008.pdf (letöltve: 2011-01-05)
79. Moore Z, Clarke E. (2011) A survey of the provision of education in wound management to undergraduate nursing students. *EWMA Journal*, 11(1): 35-38.

80. Moore Z, Price P. (2004) Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *J Clin Nurs*, 13(8): 942-951.
81. Mortenson WB, Miller WC, the SCIRE Research Team. (2008) A review of scales for assessing the risk of developing a pressure ulcer in individuals with SCI. *Spinal Cord*, 46: 168-175.
82. Murphy JG, Dunn WF. (2010) Medical errors and poor communication. *Chest*, 138(6): 1292-1293.
83. O'Hare J. (2008) Maintaining standards for pressure ulcer management in care homes. *Nurs Stand*, 22(45): 62-68.
84. O'Tuathail C, Taqi R. (2011) Evaluation of three commonly used pressure ulcer risk assessment scales. *Br J Nurs (Tissue Viability Supplement)*, 20(6): S26-S34.
85. Országos Epidemiológiai Központ. Ajánlások az intézményi decubitus-fertőzések monitorizálásának kialakításához. *Epinfo*, Budapest, 2009, 16(14-15): 173-177.
86. Ousey K. (2009) Heel ulceration – an exploration of the issues. *J Orthop Nurs*, 13(2): 97-104.
87. Paksy A. Epidemiológiai módszerek In: Forgács I, Paksy A, Pauka T. (szerk.), *Népegészségtan*. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest, 1995: 61-63.
88. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. (2006) Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs*, 54(1): 94-110.
89. Paquay L, Verstraete S, Wouters R, Buntinx F, Vanderwee K, Defloor T, Van Gansbeke H. (2010) Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest-post-test study. *J Clin Nurs*, 19: 1803-1811.
90. Paquay L, Wouters R, Defloor T, Buntinx F, Debaillie R, Geys L. (2008) Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *J Clin Nurs*, 17: 627-636.
91. Pearson A, Francis K, Hodgkinson B, Curry G. (2000) Prevalence and treatment of pressure ulcers in Northern New South Wales. *Aust J Rural Health*, 8: 103-110.
92. Pearson A, Vaughan B. (1986) *Nursing models for practice*. An Aspen Publication, Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, 1986: 28-34.
93. Perrow Ch. *Szervezetszociológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2002: 55, 143-147.

94. Pierret J. Constructing discourses about health and their social determinants. In: Radley A. (Ed.), *World of Illness – Biographical and cultural perspectives on health and disease*. Taylor & Frances e-Library, New York, 2003: 9-12, 15-19, 22-23. letölthető:
http://books.google.hu/books?id=5A1gWoDkMDoC&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (letöltve: 2012-02-11)
95. Reddy M, Sudeep S, Rochon PA. (2006) Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA*, 296: 974-984.
96. Redelings M, Lee N, Sorvillo F. (2005) Pressure ulcers: more lethal than we thought?. *Adv Skin Wound Care*, 18(7): 367-372.
97. Reed RL, Hepburn K, Adelson R, Center B, McKnight P. (2003) Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: are these risk factors for pressure ulcers in mobility-impaired hospitalized adults?. *Gerontology*, 49(4): 255-259.
98. Rosengren KE. *Kommunikáció*, Typotex, Budapest, 2004: 69, 99-105, 117-120.
99. Runy LA. (2005) The Bad News About Bed Sores. *Hosp Health Netw*, 79(8): 28.
100. Russo C, Steiner C, Spector W. (2008) Hospitalizations related to pressure ulcers among adults 18 years and older, 2006, *Healthcare Cost and Utilisation Project, Statistical Brief 64*. Agency for Healthcare Quality and Research Web site, <http://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf>, 2008. In: Cox J. (2011) Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care*, 20(5): 364-375.
101. Sajtos L, Mitev A. *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest, 2007: 205.
102. Sakai K, Sanada H, Matsui N, Nakagami G, Sugama J, Komiyama Ch, Yahagi N. (2009) Continuous monitoring of interface pressure distribution in intensive care patients for pressure ulcer prevention. *J Adv Nurs*, 65(4).
103. Salczerné Hok M. (2003) Néhány összehasonlítás az EPUAP prevalencia project és az 1999. december 31 – 2000. március 31. közötti magyarországi SEBINKO-felmérés adatai között. *SEBINKO*, 1: 13.
104. Salczerné Hok M. (2006) A decubitus prevenció és kezelés átfogó vizsgálata Magyarországon 2005. *SEBINKO*, 1.: 9-32.

105. Saleh M, Anthony D, Parboteeah S. (2009) The impact of pressure ulcer risk assessment on patient outcomes among hospitalised patients. *J Clin Nurs*, 18: 1923-1929.
106. Schim SM, Cullen B. (2005) Wound care at end of life. *Nurs Clin North Am*, 40(2): 281-294.
107. Scivoletto G, Fuoco U, Morganti B, Cosentino E, Molinari M. (2004) Pressure sores and blood and serum dysmetabolism in spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 42(8): 473-476.
108. Sebinko Szövetség (2006) „A decubitus rizikófel mérés és prevenció, a nyomást átrendező eszközök (ágyak, matracok, feltétek) kiválasztásáról és alkalmazásáról a decubitus prevencióban a fekvőbeteg intézményekben és otthoni körülmények között”. Konszenzus anyag, Budapest, 2006. február 16. letölthető: http://sebinko.hu/?page_id=12 (letöltve: 2012-01-29)
109. Sebinko Szövetség (2009a) A krónikus-nehezen gyógyuló sebek helyi sebellátásához használatos kötszerek, eljárások támogatása – szakmai állásfoglalás. Konszenzus anyag, Budapest, 2009. november 16. letölthető: http://sebinko.hu/?page_id=12 (letöltve: 2012-01-29)
110. Sebinko Szövetség (2009b) A nyomási fekély prevenció evidenciákra alapozott eszközei, alkalmazásuk, a prevenció eszközeivel szembeni követelmények és felírhatóságuk – szakmai állásfoglalás (Budapest, 2009. november 16.) letölthető: http://sebinko.hu/?page_id=12 (letöltve: 2012-01-29)
111. Seedhouse D. (1997) Is a socialist health service possible. *Health Care Analysis*, 5(3): 183-185.
112. Shahin ES, Dassen T, Halfens RJ. (2008) Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. *Nurs Crit Care*, 13(2): 71-79.
113. Shreve J, Van Den Bos J, Gray T, Halford M, Rustagi K, Ziemkiewicz E. (2010) The economic measurement of medical errors (internet), Denver (CO): Society of Actuaries: 2010 Jun (cited 2011 Mar 2). Available from: <http://www.soa.org/files/pdf/research-econ-measurement.pdf>. In: Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, Halford M, Ziemkiewicz E, Shreve J. (2011) The \$17,1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. *Health Aff*, 30(4): 596-603.

114. Smith S. Kommunikáció az ápolásban. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2003: 17-206.
115. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. (2007) Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs*, 57: 494-504.
116. Sprakes K, Tyrer J. (2010) Improving wound and pressure area care in a nursing home. *Nurs Stand*, 25(10): 43-49.
117. Sprigle S, Sonenblum S. (2011) Assessing evidence supporting redistribution of pressure for pressure ulcer prevention: A review. *J Rehabil Res Dev*, 48(3): 203-214.
118. Streckmiller JK, Cowan L, Whitney JD, Philips L, Aslam R, Barbut A, Gottrop F, Gould L, Robson MC, Rodeheaver G, Thomas D, Stotts N. (2008) Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Rep Reg*, 16: 151-168.
119. Suriadi, Sanada H, Sugama J, Thigpen B, Kitagawa A, Kinoshita S. (2006) A new instrument for predicting pressure ulcer risk in an intensive care unit. *Tissue Viability*, 16(3): 21-26.
120. Suriadi, Sanada H, Sugama J, Thigpen B, Subuh M. (2008) Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. *Nurs Crit Care*, 13(1): 34-43.
121. Tahin T. A kórházi szervezet szociológiája. In: Molnár L. (szerk.), *Orvosi szociológia*, Medicina, Budapest, 1982: 140-159.
122. Tam WChE. (2003) Response of tissue to dynamic loading during wheelchair propulsion: An investigation on the etiology of pressure sores. Dissertation. Hong Kong Polytechnic University, AAT 3080242, DAI-B 64/02: 830. URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=765327171&sid=16&clientId=69695&RQT=309@VName=PQD>, ProQuest document ID: 765327171 (letöltve: 2005-10-13)
123. Tannen A, Dassen T, Halfens R. (2008) Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany-associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Clin Nurs*, 17(9): 1237-1244.
124. Tannen A, Dietz E, Dassen T, Halfens R. (2009) Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany-

- adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators. *J Eval Clin Pract*, 15(1): 85-90.
125. Terekeci H, Kucukardali Y, Top C, Onem Y, Celik S, Oktenli C. (2009) Risk assessment study of the pressure ulcers in intensive care unit patients. *Eur J Intern Med*, 20(4): 394-397.
126. Thein HH, Gomes T, Krahn MD. (2010) Health status utilities and the impact of pressure ulcers in long-term care residents in Ontario. *Qual Life Res*, 19:81-89.
127. Tsokos M, Heinemann A, Püschel K. (2000) Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality, *Int J Legal Med*, 113: 283-287.
128. Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, Halford M, Ziemkiewicz E, Shreve J. (2011) The \$17,1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. *Health Aff*, 30(4): 596-603.
129. Van der Kerkhof PC, Van Bergen B, Spruijt K, Kuiper JP. (1994) Age-related changes in wound healing. *Clin Exp Dermatol*, 19(5): 369-374. letölthető: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365_2230.1994.tb02684.x/abstract (letöltve: 2012-04-27)
130. Vanderwee K, Clark M, Dealy C, Gunningberg L, Defloor T. (2007) Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract*, 13(2): 227-232.
131. Victorian Quality Council. VQC Statewide PUPPS 2 Report 2004: Pressure ulcer point prevalence survey. Melbourne, VIC: Metropolitan Health and Aged Care Services Division Victorian Government Department of Human Services, 2005. In: Gardner A, Millar L, Legg S, Gomez Y, McGillion T, McGillion T, Mulcahy A. (2009) Pressure injury prevalence in a private health service: risks and recommendations. *Wound Practice and Research*, 17(3): 136-145.
132. Vingender I. Egészségszociológia. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1994: 22-30.
133. Vowden P, Apelqvist J, Moffatt C. Wound complexity and healing. In: European Wound Management Association (EWMA), Position Document: Hard-to-heal wounds: a holistic approach, London MEP Ltd, 2008: 2-9. letölthető: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2008/English_EWMA_Hard2Heal_2008.pdf (letöltve: 2011-01-05)

134. Walton-Geer P. (2009) Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. *AORN*, 89: 538-548.
135. Watret L, Middler FM, Wilson J. (2011) Challenges facing district nurses in the prevention of pressure ulcers. *EWMA Journal*, 11(3): 7-10.
136. Wilborn D, Grittner U, Dassen T, Kottner J. (2010) The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. *J Clin Nurs*, 9: 3364-3371.
137. World Health Organisation (2005). Constitution of the World Health Organisation. In: World Health Organisation. Basic Documents (2012) letölthető: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (letöltve: 2012-01-29)
138. Zrinyi M, Zékányné Rimár I. (2005) Ápolási beavatkozások hatása a beteg öngondozási képességére a kórházi felvétel és az elbocsátás között. *Nővér*, 18(4): 3-12.

10. Saját publikációk jegyzéke

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények

Tudományos cikkek:

1. **Raskovicsné Csernus M**, Rózsa M. (2001) A decubitusos betegek monitorizálásának jelentősége. *Egészségügyi Menedzsment*, 3(3): 29-34.
2. **Raskovicsné Csernus M**. (2002) Az ápolók elégedettsége az ápolási dokumentációval. *Nővér*, 15(3): 9-14.
3. **Raskovicsné Csernus M**, Papp L. (2007) Az ápoló szerepe a krónikus sebek ellátásában. *Nővér*, 20(6): 14-21.
4. **Csernus Raskovicsné M**, Papp L, Szabó Kádárné I, Hollós S, Balogh Z. (2011) Examination of pressure ulcer prevalence and its application in creating quality indicators. *New Medicine*, 3: 93-98.
5. **Csernus Raskovicsné M**, Kádárné Szabó I, Halmosné Mészáros M, Mészáros J. (2012) The factors influencing the outcome of pressure ulcer care. *New Medicine*, 1: 93-98.

Könyvfejezetek:

1. Váradyné Horváth Á, Hegedűs N, Müller Á, Nagy E, Schmidt B, Csillag A, **Raskovicsné Csernus M**. Sebllátás – sebmenedzselés. In: Oláh A. (szerk.) *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest. Medicina, 2012. 613-636.
2. Németh K, **Raskovicsné Csernus M**, Tulkán I, Pálfiné Szabó I, Hoffmann K, Jankó A, Fehér R, Zborovján Fné, Rajki V, Csillag A, Oláh A. Kritikus gondolkodás az ápolásban: Az ápolás folyamata és dokumentációja. In: Oláh A. (szerk.) *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest. Medicina, 2012. 281-294.
3. Fullér N, Járomi M, Müller Á, Gál N, **Raskovicsné Csernus M**, Váradyné Horváth Á, Oláh A. Védelmi, biztonsági szükségletek II. Immobilitás szindróma. Fekvőbetegek ápolása. In: Oláh A. (szerk.) *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest. Medicina, 2012. 721-730.

Értekezéstől független közlemények

Tudományos cikkek:

1. Rózsa M, **Raskovicsné Csernus M.** (2004) Gyakorlati oktatás Gyulán, a Békés Megyei Pándy Kálmán Kórházban. *ETInfo*, 7(12): 23-25.
2. Fülöp M, **Raskovicsné Csernus M.** (2007) Az egészségügyi szakdolgozók pályaválasztása. *Nővér*, 20(5): 17-26.
3. Szabó M, **Raskovicsné Csernus M**, Deák Gy-né. (2009) „Hogyan élnek Ők”- a sztómával élők rehabilitációja. *Nővér*, 22(2): 13-21.
4. Mengyán Zs, **Raskovicsné Csernus M.** (2009) Az aranyérbetegség, mint ápolási probléma, *Nővér*, 22(6): 14-21.
5. Hegedűs A, **Raskovicsné Csernus M**, Tar E. (2010) Porckorongsérv a betegek szemszögéből. *Nővér*, 23(2): 16-25.
6. **Raskovicsné Csernus M.** (2010) A hajléktalanok ápolói ellátásának etikai problémái, illetve a hajléktalanok ellátásához fűződő ápolói attitűd vizsgálata. *Nővér*, 23(3): 9-19.
7. Varga H, **Raskovicsné Csernus M.** (2010) A veleszületett szívfejlődési rendellenességek előfordulási kockázatának vizsgálata (a várandós édesanyák magzatkárosító hatásokra vonatkozó ismeretei alapján). *Nővér*, 23(4):16-31.
8. Hudoba É, **Raskovicsné Csernus M**, Ujfalussy I. (2011) Biológiai terápiában részesülő betegek ismereteinek felmérése. *Nővér*, 24(6): 14-24.
9. Lendvai Cs, **Raskovicsné Csernus M.** (2011) Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ápolásának etikai kérdései. *Nővér*, 24(1): 5-15.
10. Balogh Z, **Raskovicsné Csernus M**, Mészáros J. (2011) Hosszú idejű ellátás minőségének mérése az Európai Unióban. *Nővér*, 24(1): 30-36.
11. Kádárné Szabó I, Ponta A, **Raskovicsné Csernus M.** (2011) A mobilizáció jelentősége a decubitus prevencióban. *Nővér*, 24(3): 25-33.

Könyvfejezetek:

1. Pálfiné Szabó I, **Raskovicsné Csernus M.** Ápolói hivatás etikai vonatkozásai. In: Oláh A. (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Budapest. Medicina, 2012. 221-228.
2. Oláh A, **Raskovicsné Csernus M,** Orbán A, Borján E, Deák Gyné, Németh K, Karamánné Pakai A, Müller Á, Gál N, Sziládiné Fusz K. Székletürítés szükséglete, módosult székletürítés. In: Oláh A. (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Budapest. Medicina, 2012. 565-594.
3. Németh K, Tulkán I, Fullér N, Rajki V, **Raskovicsné Csernus M.** Ápolásméletek rendszere. In: Oláh A. (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Budapest. Medicina, 2012. 265-280.

11. Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet szeretném kifejezni mindazoknak, akik támogattak, kitartásra ösztönöztek a PhD tanulmányaim során, valamint tanácsaikkal segítségemre voltak a disszertáció elkészítésében.

Külön köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, **Dr. Hollós Sándor** tanszékvezető főiskolai tanárnak, aki észrevételeivel, tanácsaival segítette munkámat.

Hálával tartozom **Halmosné Mészáros Magdolnának** a Pándy Kálmán Megyei Kórház ápolási igazgató asszonyának és **Dr. Otlakán Aurél PhD.** osztályvezető főorvos úrnak, akik lehetőséget adtak, és támogattak a tanulmányaim során. Köszönöm **Dr. Kovács Józsefnek** a kórház főigazgató főorvosának, hogy engedélyezte számomra a kutatás egy részének elkészítését. Itt szeretném megköszönni volt munkatársaimnak, a Pándy Kálmán Megyei Kórház **Általános Sebészeti Osztály dolgozóinak** azt, hogy folyamatosan ösztönöztek és bátorítottak.

Köszönöm **Dr. Mészáros Judit** dékán asszonynak, **Dr. Tóth Gáborné** főiskolai docens asszonynak, hogy lehetőséget és támogatást adtak a disszertáció elkészítéséhez.

Köszönetemet fejezem ki **Dr. Balogh Zoltánnak**, hogy mint közvetlen szakmai felettesem bízott bennem, és folyamatosan ösztönzött, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökeként engedélyezte számomra a kutatás egy részének a lebonyolítását.

Köszönöm a részletes és alapos elővéleményezési bírálatokat **Dr. Feith Helga Judit** főiskolai docens asszonynak és **Dr. Gadó Klára** főiskolai tanár asszonynak.

Kollégaimnak köszönöm a biztatást, az érdeklődést, a megértést és a támogatást.

Szeretném kifejezni köszönetemet továbbá **Banai Jolánnak**, a MOHE elnök asszonyának az otthonápolási szolgálatok körében készült felmérés engedélyezéséért, **Bánfalvi Árpádnak** a statisztikai feldolgozásban nyújtott iránymutatásaiért, **Sóki Editnek** a publikációim nyomkövetéséért.

Megkülönböztetett köszönetemet fejezem ki *barátaimnak* és *családomnak*, akik megértő türelemmel elviseltek, és folyamatosan lelkesítettek, ha szükséges volt noszogattak, biztattak, meghallgattak, és kitartottak mellettem.

12. Mellékletek

Ábrák jegyzéke

Táblázatok jegyzéke

Beteg nyomonkövetési kérdőív

Kérdőív a kongresszuson résztvevő ápolóknak

Kérdőív az otthonápolási szolgálatban dolgozó ápolóknak

Kérdőív a hallgatóknak

Engedélyek