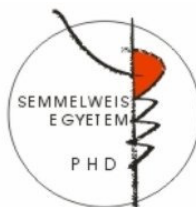


A nyomási fekély ellátásának vizsgálata a minőségi betegellátás kritériumai szerint

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

Bevezetés

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

A nehezen gyógyuló sebek, így a nyomási fekély ellátása igen hosszú időt, hónapokat vesz igénybe. A nyomási fekélyrel 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. A nyomási fekélyrel rendelkező beteget 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.

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 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. A felfekvés minél hatékonyabb és eredményesebb ellátásának elsőrendű feltétele a beteg pontos nyomonkövetése, melynek érdekében fontos az egészségügy különböző szintjeinek összefogása.

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 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.

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 vizsgálata, hogy az ápolás és a betegellátás tárgyi feltételeinek megfelelő mértékű biztosítása hatással vannak a nyomási fekély lefolyására,
- annak a vizsgálata, 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.

Módszer

A kutatás folyamata

A többlépcsősre tervezett kutatási folyamat *előkészítő fázis*ában 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.

Előkészítő fázis: Az 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. A vizsgálatban az egyes osztályokon bent fekvő minden nyomási fekélyvel rendelkező beteg részt vett, függetlenül a decubitus kialakulásának súlyosságától a stádium szerinti beosztástól. 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 (Pd, Pp). A negyedévenként számolt tartam- és pontprevalencia adatokból szórásanalízist (szórás, SD) végeztünk az átlagtól vett átlagos eltérés vizsgálatára.

Összességében, ezen megelőző kutatás beigazolta, hogy a kórházban előforduló nyomási fekély nyomonkövetését folyamatos vizsgálattal lehet végezni. Az ezekből az adatokból számított tartamprevalencia mutatók pontosabbak, megbízhatóbbak, mint a pontprevalencia mutatók.

A betegek nyomonkövetésének vizsgálata

Mintavétel: 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 vizsgálatban minden olyan beteg szerepelt, akinek 2007-ben meglévő felfekvése volt, és az osztályok jelentettek az intézetben működő decubitusos csapatnak. 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 kerültek be (A-csoport, $n=65$), valamint azok, akiknél a kórházi tartózkodás ideje alatt alakult ki nyomási fekély (B-csoport, $n=234$).

Adatgyűjtési módszer és eszköz: A felmérés longitudinális, prospektív módszerrel történt, melyet követően sor került a kapott adatok feldolgozására. 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 a kimenetel (lefolyás) kritériumait, továbbá az alkalmazott prevenció és kezelési módszereket.

Statisztikai elemzés: 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.

Az ellátórendszerekben dolgozó ápolók körében készült felmérés

Mintavétel: Jelen vizsgálat 2009 és 2011 években történt. Diszkrét sokaságnak tekintettük a Magyarországon dolgozó ápolók körét a vizsgálat adott éveiben. Véletlen, nem arányos rétegzett mintavételi technika alkalmazása során a sokaság kategóriái kerültek meghatározásra (háziorsvosi ellátás, fekvő- és járóbeteg-szakellátás, otthonápolás), majd véletlen mintavételi eljárással került sor az elemek kiválasztására. A nyomási fekély ellátásában történő részvétel kritériumaként való megfelelés, továbbá a nyomási fekély ellátása tekintetében, a minta reprezentativitása kimondható. A sokaságból történő merítés két évben, azonban nem ugyanazon területről történt, ezért a minta együttesen került vizsgálatra. A 100%-os reprezentativitás ér-

dekében, végül 414 felnőtt beteg ellátásában dolgozó, nyomási fekély ellátást is végző ápoló által kitöltött kérdőív került értékelésre a kutatómunka során.

Adatgyűjtési módszer és eszköz: Az ellátóterületek vonatkozásában készült kutatás módszerét tekintve kvantitatív, következtető, illetve leíró jellegű vizsgálat, melyhez kérdőíves felmérést alkalmaztunk. A kérdőívek kiosztását megelőzően, a kérdések értelmezhetőségének a vizsgálata érdekében, 10-10 fő ápoló körében (a háziorvosi ellátásból, az otthoni szakellátásból, a járóbeteg-, valamint a fekvőbeteg-szakellátásból), próbatesztelésre került sor. Megbízhatósági vizsgálat 10 fő körében készült, melyeket az egyes intervallum skálát tartalmazó kérdések esetén vizsgáltunk.

Statisztikai elemzés: A minta jellemzésére ismérvek, valamint számszerűsített változók mérése történt, melyeket nem metrikus és metrikus skálák használatával végeztünk. A nem metrikus (kategórizált) skálák hatásainak vizsgálatára egy, illetve több szempontos varianciaelemzést (ANOVA), a hatás erősségének kimutatására parciális éta-négyzet számítás ($0 \leq \eta^2 \leq 1$), továbbá kimutatott szignifikáns különbség esetén az átlagok összehasonlítására kétmintás Z-próbát ($\alpha \leq 5\%$) alkalmaztunk. A metrikus, intervallum skálák esetén a közöttük lévő kapcsolat vizsgálatára Khi-négyzet próbát (5%-os szignifikancia szinten vizsgálva, $p \leq 0,05$), a kapcsolat jellegét kutatva, pedig Pearson-féle korrelációs együttható számítás ($0 \leq R \leq 1$) végeztünk.

Eredmények

A betegek nyomonkövetési eredményeinek bemutatása

A minta bemutatása átfogó elemzéssel történt. 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 az 1. táblázat tartalmazza.

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

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

	Decubitussal érintett 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)			
<input type="checkbox"/> férfi	38,5 (25)	38,9 (91)	38,8 (116)
<input type="checkbox"/> nő	61,5 (40)	61,1 (143)	61,2 (183)
Honnan érkezett, % (fő)			
<input type="checkbox"/> otthonából	66,1 (43)		78,3 (234)
<input type="checkbox"/> más intézet (akut)	18,5 (12)		11,7 (35)
<input type="checkbox"/> más intézet (krónikus)	6,2 (4)		3,3 (10)
<input type="checkbox"/> szociális otthon	9,2 (6)		6,7 (20)
Kialakulás helyszíne, % (fő)			
<input type="checkbox"/> akut osztály		30,3 (71)	
<input type="checkbox"/> 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)			
ülősont	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)
ülősont+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 beteg kényelmének elősegítése érdekében alkalmazott ún. old-style eszközöket az esetek 47%-ában alkalmazták az ápolók, gyakran a preventív eszközök használata mellett is. A statikus preventív alátétek és eszközök 22%-ban, a dinamikus matracok és ágyak 30%-ban kerültek alkalmazásra. A kötszerhasználat tekintetében kiemelhető a modern sebellátási módszerek alkalmazása (53%), a kötszertípusok kombinált használata (31%) a hagyományos módszerek (16%) mellett.

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 mozgásképességének 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 mozgásképessége 13,3%-ban határozza meg a statikus eszközök alkalmazását ($V=0,133$).

A nyomási fekély kimenetele szignifikáns kapcsolatban van a sebellátás választott módszerével ($p\leq 0,004$), valamint a beteg mozgásképességével ($p=0,000$). 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 ($\lambda=0,081$).

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.

Az ellátóterületeken dolgozó ápolók körében készült felmérés eredményeinek a bemutatása

Az egyes ellátóterületeken dolgozó ápolók demográfiai jellemzőit vizsgálva az átlagéletkor 37 és 45 év között. 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%). A kérdőívet kitöltő ápolók egészségügyben ledolgozott átlag munkaideje 17 és 26 év között változott. A kérdőívre válaszolók közül 254 fő (61,4%) mondta, hogy a hatáskörén kívüli tevékenységeket is végez a munkája során.

Az otthoni szakápolással való együttműködés tekintetében, a krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátását az ápolók 9%-a az első, 10%-a a második, 15%-a a harmadik, 12%-a a negyedik, illetve 13%-a az ötödik helyre tette. 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.

A felmérés szerint az ápolók jelentős része ($n=391$) alkalmaz preventív eszközöket a beteg-ellátás során. Mindegyik ellátóterületen a kényelmi eszközök alkalmazása az elterjedt. A dinamikus eszközök használata leginkább a fekvőbeteg-szakellátásban jelenik meg. A területek összességét tekintve elterjedt a hagyományos sebkezelési módszer mellett (55,1%), a nedvszívó kötszerek (55,1%), továbbá az alginátok alkalmazása (44,9%). 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.

A megkérdezett ápolók jelentős része részt vett már nyomási fekély ellátásával kapcsolatos továbbképzéseken (69,6%). 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 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.

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.

A háziorvosi ellátás vonatkozásában a prevencióval és a kezeléssel kapcsolatos ismeretek megítélése tekintetében szignifikáns és közepes erősségű összefüggést találtunk a saját ismeret és másik háziorvosi ellátás ismeretének megítélése ($p\leq 0,046$, $R=0,321$ és $p\leq 0,004$, $R=0,448$), továbbá a saját ismeret és az otthoni szakellátás általi megítélése ($p\leq 0,025$, $R=0,414$ és $p\leq 0,009$, $R=0,477$) között. Az otthoni szakellátás vonatkozásában a prevenció, valamint a kezelés tekintetében jelentős, közepes jellegű kapcsolatot a saját ismeret és másik otthoni szakellátás megítélése között került kimutatásra ($p\leq 0,007$, $R=0,491$ és $p\leq 0,029$, $R=0,406$). 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 ($p\leq 0,000$, $R=0,528$ és $p\leq 0,000$, $R=0,531$).

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. 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. 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”.

Az ápolási dokumentáció kritériumainak befolyásoló hatásait vizsgálva az információáramlás megítélése tekintetében kimutatásra került, hogy a háziorvosi ellátásban az egyéb kategória hatása ($F=0,028$), az otthoni szakellátásban az „írott forma” kategória, valamint az egyéb kategória hatásai ($F=0,033$ és $F=0,026$), az ápolók saját információáramlásának tekintetében

pedig az ápolási folyamat, illetve a beteg ápolási igényeinek a követhetősége ($F=0,020$ és $F=0,010$) mutattak szignifikáns különbséget.

Az ellátóterületek közötti együttműködés megítélését vizsgálva 59 fő rossznak és 23 fő kiválónak ítélte azt. A szakmai végzettség és az együttműködés megítélése között nem találtunk jelentős különbséget ($0,253 \leq F \leq 0,874$). Az együttműködés megítélése szignifikáns, közepesen erős kapcsolatban van az egyes ellátóterületek vonatkozásában ($p=0,000$, $0,280 \leq R \leq 0,710$).

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 másik ellátóterület irányába történő információáramlás megítélése szignifikáns, közepesen erős kapcsolatban van az egyes területek vonatkozásában ($p=0,000$, $0,261 \leq R \leq 0,634$). 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 ($p \leq 0,016$, $R \leq 0,124$). 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. Az ápolók önértékelése az információáramlás megítélése tekintetében szintén szignifikáns, közepes erősségű jelleget mutat ($p \leq 0,000$, $R \leq 0,492$).

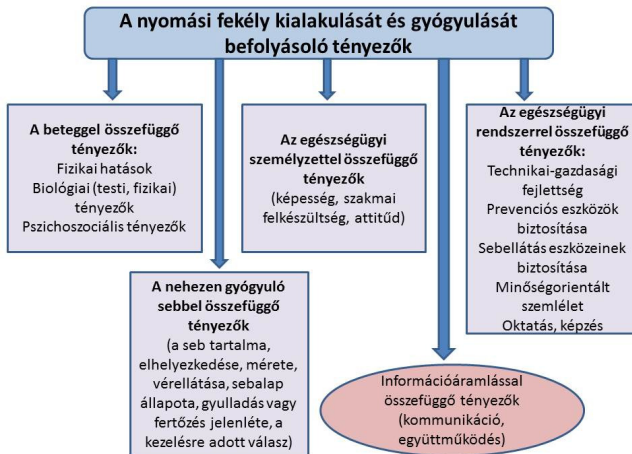
A válaszadó ápolók mindegyik ellátóterületen az egymás közötti kommunikációt a „megfelelő”, vagy annál kedvezőtlenebb kategóriákba sorolták. Az együttműködés megítélése szignifikáns, gyenge erősségű kapcsolatot mutat a kommunikáció hatékonyságának megítélésével ($0,012 \leq p \leq 0,036$, $0,107 \leq R \leq 0,127$). 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. Az együttműködés és az információáramlás együttesen mutatott szignifikáns volta, mindhárom ellátóterület vonatkozásában a kommunikáció hatékonyságának megítélése tekintetében is szignifikánsnak mutatkozott.

Következtetések

1. A nyomási fekélyrel rendelkező betegek nyommonkövetésével alátámasztottuk, hogy a nyomási fekély az ellátás, így az ápolás fontos minőségi indikátoraként van jelen.
2. A hazai egészségügyi rendszer követi a nemzetközi standardokat a betegségek körlefoiyását befolyásoló tényezők, a nyomási fekély előfordulása, valamint a nyomási fekély ellátása és nyommonkövetése tekintetében.
3. 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 sebllátásra 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 vizsgálatra az ellátásszervezők és a finanszírozók figyelmébe ajánlott.
 - Továbbá a sebllátási módszerek protokollokban történő konkrét meghatározása szintén szükséges a nyomási fekély meghatározó paramétereinek figyelembevételével.
4. Megállapíthatjuk, hogy a hazai ellátórendszerekben még mindig hiányosságok tapasztalhatóak a decubitus megelőzése és ellátása területén.
5. A nyomási fekélyrel rendelkező beteg az egészségügyi ellátás bármely színterén megjelenhet/megjelenik, ily módon ellátásuk igényli az egyes egészségügyi ellátóterületek egymással való kapcsolatát, szakmai kommunikációját.
6. 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 háziiorvosi ellátás az, amely a kórházi (fekvő-, vagy járóbeteg-) szakellátás által javasolt otthoni szakellátást elrendelheti, ezért kiemelkedő e terület információ-továbbító felelőssége is.
7. 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 ez irányú korlátozása is.

8. A külföldi ellátási rendszerek jobban preferálják a beteg otthoni ellátását. Az otthoni szakellátásnak kiemelt szerepe van a nyomási fekélyrel rendelkező betegek ellátásában is, ezért fontos, hogy a kommunikáció folyamatát tekintve kerüljön további fejlesztésre.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Igazolásra került, hogy a nehezen gyógyuló sebbel (köztük a nyomási fekélyrel) rendelkező betegek holisztikus ellátásában nagy jelentősége van az ellátást végző egyes egészségügyi ellátóterületek közötti együttműködésnek, melynek igen fontos feltétele a betegcentrikus, az ellátás folyamatát nyomon követhető 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.
13. A kommunikáció hatékonyságának a megítélését befolyásolja az ellátóterületek közötti együttműködés, valamint a saját információáramlás mértéke.
14. 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. (1. ábra)



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

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.

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, melynek alapján az információáramlás vonatkozásában fellelhető zavarok kiküszöbölhetők. (2. táblázat)

2. 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	nyomatott 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 kommunikáció minősége és a nyomási fekély alakulása közötti összefüggések vizsgálatára vonatkozó korábbi kutatást nem találtunk. További javaslatainkat az alábbiakban foglaljuk össze:

- 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 dekurusz-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 preferált 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.

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

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 nyomónkövetés 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 prevenció 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.

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.

Saját közlemények

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények

Tudományos cikkek:

1. **Raskovicsné Csernus M**, Rózsa M. (2001) A decubitosos 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**. Sebellátás – 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 sztomával 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. Lendvai Cs, **Raskovicsné Csernus M.** (2011) Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ápolásának etikai kérdései. *Nővér*, 24(1): 5-15.
9. Balogh Z, **Raskovicsné Csernus M**, Mészáros J. (2011) Hosszú idejű ellátás minőségének mérése az Európai Unióban. *Nővér*, 24(1): 30-36.
10. Kádárné Szabó I, Ponta A, **Raskovicsné Csernus M.** (2011) A mobilizáció jelentősége a decubitus prevencióban. *Nővér*, 24(3): 25-33.
11. Kádárné Szabó I, Ponta A, **Raskovicsné Csernus M.** (2011) Decubitus felmérés – de hogyan? *Nővér*, 24(3): 34-39.
12. Hudoba É, **Raskovicsné Csernus M**, Ujfalussy I. (2011) Biológiai terápiában részesülő betegek ismereteinek felmérése. *Nővér*, 24(6): 14-24.

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.** Ápoláselméletek rendszere. In: Oláh A. (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Budapest. Medicina, 2012. 265-280.