



**ELEKTRONICKÝ, RECENZOVANÝ, VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
PRE OŠETROVATEĽSTVO**



2017
Ročník 7, číslo 2
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

asist. prof. Dr. Esma Demirezen

Saglik Bilimleri Fakultesi, Istanbul Universitesi, Istanbul

doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotníckých věd, Univerzita Palackého v Olomouci

doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

prof. PhDr. Valéria Tóthová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

prof. Tony Warne

School of Nursing & Midwifery, University of Salford

Zodpovední redaktori

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

Web: <http://www.osetrovatelstvo.eu>

Vydavateľstvo Osveta, spol. s r. o., Jilemnického 57, 036 01 Martin, Slovenská republika

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2017

Sadzba, reprodukcia a zalomenie Tvorivec, s.r.o. v Martine

e-mail: sokolr@tvorivec.sk

OBSAH

EDITORIÁL

Radka Bužgová 43

EDITORIAL

Radka Bužgová 44

KLINICKÉ PROSTREDIE Z PERSPEKTÍVY ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA – KVALITATÍVNA ŠTÚDIA

Elena Gurková, Jana Kollárová 45

PARTICIPATION IN A SUPPORT GROUP FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S DISEASE PATIENTS

Adriana Rosenberg, Miroslava Tokovská 53

APLIKÁCIA INZULÍNU INZULÍNOVÝM PEROM U DETÍ S DIABETES MELLITUS 1. TYPU – ADHERENCIA K LIEČBE

Mária Zanovitová, Martina Lepiešová, Monika Manová..... 58

POPÔRODNÁ ADAPTÁCIA NOVORODENCA V SKIN TO SKIN KONTAKTE

Eva Lazárová, Viera Simočková 64

POĎAKOVANIE RECENZENTOM

..... 72

Editoriál

Vážené čtenářky, Vážení čtenáři,

dovoľte mi, abych se s vámi v závěru dalšího roku podělila o několik myšlenek zaměřených na problematiku paliativní péče. Péče o umírající pacienty provází obor ošetrovateľství od dob jeho vzniku. Přesto v současné době hovoříme o paliativní péči a paliativní medicíně jako novém, rychle se rozvíjícím oboru. Proměnou postoje společnosti ke smrti a umírání se postupně proměňuje také přístup lékařů a dalších zdravotnických pracovníků k tomuto tématu. Umírající pacient by již neměl být vnímán jako „neúspěch medicíny“, ale člověk, který má svou důstojnost, své potřeby i práva a to také v rámci poskytování zdravotní péče.

V posledních dvaceti letech došlo k vývoji v definování pojmu paliativní péče. Mezi nejčastěji uváděné definice patří definice WHO, která v roce 1990 vymezila paliativní péči jako komplexní (symptomatologickou, psychosociální a duchovní) péči o pacienty nereagující na kurativní léčbu s cílem dosáhnout co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. V této době byla poskytována paliativní péče zejména pacientům s onkologickým onemocněním s ukončenou kurativní léčbou v terminálním stádiu onemocnění. V roce 2002 byla publikována novější definice WHO, která klade větší důraz na předcházení utrpení a současně je chápána v širším pojetí pro pacienty s život ohrožující nemocí. Cílem paliativní péče je podpora, zachování, posílení a někdy i dosažení lepší kvality života u pacientů s život ohrožující nemocí, zahrnující také pacienty s chronickým, progresivním, neonkologickým onemocněním. Principy paliativní péče mohou být dle tohoto pojetí aplikovány již v brzké fázi nemoci a probíhat společně s kurativní léčbou. Také pacienti s neonkologickým onemocněním mohou mít významný prospěch ze služeb specializované paliativní péče. To je důvodem, proč se nyní začínají diskutovat otázky, jakým způsobem aplikovat principy paliativní péče u pacientů umírajících na kardiovaskulární, neurodegenerativní, či jiné neonkologické onemocnění a jakým způsobem je aplikovat v různých prostředích péče, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, případně domovy pro seniory nebo jiná zařízení sociálních služeb.

Od dubna 2017 jsme začali na našem pracovišti řešit projekt AZV MZ ČR 17-29447A s názvem „*Neuropaliativní a rehabilitační přístup pro zachování kvality života pacientů v pokročilé fázi vybraných neurologických onemocnění*.“ Pacienti s progresivním neurologickým onemocněním (např. pacienti s roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, Huntingtonovou chorobou nebo s onemocněním motorického neuronu) patří do skupiny pacientů, kteří přímo neumírají, ale čelí životu ohrožující nemoci a potřebují kvalitní léčbu symptomů, vhodnou komunikaci podporující a usnadňující rozhodování o další léčbě a péči a dopomoc při koordinaci zajištění péče v různých prostředích ještě před nástupem terminální fáze nemoci. Přesto jim služby paliativní péče nejsou zpravidla nabízeny. Již v roce 2008 započala Evropská asociace pro paliativní péči a Evropská akademie neurologů diskutovat o propojení neurologické a paliativní péče. V rámci našeho projektu bychom chtěli otevřít otázku aplikace modelu „Neuropaliativní a rehabilitační péče“ také v České republice. Věříme, že rozpoutání odborné diskuse na toto téma, bude přínosem také pro samotné pacienty i jejich rodinné příslušníky.

doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.

Ostravská univerzita, Lékařská fakulta,
Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

Editorial

Dear Readers,

Let me share with you, at the end of another year, a few thoughts about the issues of palliative care. The care of dying patients has been part of nursing practice since its beginning. Still, we are currently talking about palliative care and palliative medicine as about a new, rapidly evolving field. Changing the society's attitude to death and dying gradually changes the doctors' and other health workers' attitude to this topic. A dying patient should no longer be perceived as a "failure of medicine", but as a person who has their dignity, needs and rights, including the context of health care provision.

In the past twenty years, the definition of palliative care has been redefined. The definition by the WHO from 1990 is one of the most commonly cited, defining palliative care as a complex (symptomatological, psychosocial and spiritual) care for patients who do not respond to curative treatment, in order to achieve the best quality of life for patients and their families. At that time, palliative care was provided mainly to patients with an oncological disease with terminated curative treatment at the terminal stage of the disease. In 2002, a newer definition by the WHO was published. It put greater emphasis on the prevention of suffering and at the same time was seen in a wider concept for patients with life-threatening illness. The aim of palliative care is to promote, maintain, strengthen, and sometimes achieve a better quality of life in patients with life-threatening illness, including patients with chronic, progressive, non-cancer diseases.

The principles of palliative care, according to this definition, can be applied in the early stages of the disease and combined with curative treatment. Patients with non-cancer disease may also benefit significantly from specialized palliative care services. It has resulted in a debate about how to apply the principles of palliative care in patients who die of cardiovascular, neurodegenerative, or other non-cancer disease, and how to apply these principles in various care settings, such as in hospitals, long-term care homes, homes for the elderly or other social services facilities.

In April 2017, our department started the project AZV MZ ČR 17-29447A called "*Neuropalliative and Rehabilitation Approach to Preserve the Quality of Life in Patients with an Advanced Stage of Selected Neurological Diseases*". Patients with progressive neurological disease (e.g. patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease or motor neuron disease) belong to a group of patients who do not die directly, but they do face life-threatening diseases and need high-quality symptom management, appropriate communication that would support and facilitate decision-making on further treatment and care and help in coordinating care provision in various settings before the onset of the terminal stage of the disease. However, palliative care services are not usually offered to these patients. Already in 2008, the European Association for Palliative Care and the European Academy of Neurology have begun to discuss the link between neurological and palliative care. As part of our project, we would like to open the question of applying the model of "neuropalliative and rehabilitation care" also in the Czech Republic. We believe that opening up a professional discussion on this topic will be also beneficial for the patients and their family members.

doc. PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
University of Ostrava, Faculty of Medicine,
Department of Nursing and Midwifery

Klinické prostredie z perspektívy študentov ošetrovateľstva – kvalitatívna štúdia

Elena Gurková, Jana Kollárová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstract

GURKOVÁ, E. – KOLLÁROVÁ, J. Clinical learning environment from nursing students' perspectives – a qualitative study. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2017, vol. 7, no. 2, pp. 45-52. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-2/klinicke-prostredie-z-perspektivy-studentov-osetrovatelstva-kvalitativna-studia>.

Aim: The aim of the descriptive qualitative study was to analyse a clinical learning environment from the point of view of students, their experiences about clinical practice. The analysis was focused on how the students perceived their position in the workplace, identifying factors that positively or negatively affect their learning at the clinical workplace to provide greater insight for development an effective clinical teaching strategy in clinical nursing education.

Design: Descriptive qualitative study.

Methods: Focus group with 5 nursing students was used to obtain students' experiences about their clinical practice. The content of the focus group was divided into 4 categories. Thematic analysis method was used to analyze the data.

Results: Three basic themes were identified: *Theory-practice gap; Inclusion/exclusion at a workplace; Individual support and supervision*. Within the identified themes we formed 7 subthemes: *Different approaches; Expectations and reality of clinical practice; Development of learning opportunities and interest in students; Exclusion from patient care; Knowledge about students' competencies; Feed back and Individual supervision*.

Conclusions: Attitudes and behaviours of clinical staff impact on student learning. This paper has provided specific examples of obstructing and facilitating factors for development of learning in clinical practice. The students perceived lack of opportunities to practice and staff knowledge about students' learning outcomes and exclusion from patient care as obstructing factors. Individual supervision, recognition and appreciation of students as competent and trusted were identified as facilitating factors.

Keywords: nursing students, clinical teaching/practice, clinical learning environment, mentors, staff-student relationships

Úvod

Klinické výučbové prostredie môžeme analyzovať z rôznych perspektív – právnej, vzdelávacej, klinickej, ako aj študentskej (Bjørk et al., 2014). Z právneho aspektu je vo vzdelávaní v klinických podmienkach potrebné pacientom zabezpečiť poskytovanie kompetentnej, bezpečnej zdravotnej starostlivosti študentmi, tzv. požiadavka spôsobilosti študenta pracovať ako budúca sestra (Bjørk et al., 2014). Z hľadiska vzdelávacieho vystupuje do popredia požiadavka rozvoja, integrácie a implementácie vedomostí, postojov a zručností študentov získaných počas ich teoretickej a predklinickej prípravy v podmienkach klinickej praxe. Klinické hľadisko sa dotýka osôb zodpovedných za vedenie študentov počas klinickej praxe, najčastejšie klinických mentorov alebo učiteľov klinickej praxe, ktorí vnímajú študentov ako svojich budúcich potencionálnych kolegov vo svojom odbore. Z perspektívy študentov môže byť klinické prostredie vnímané ambivalentne. Na jednej strane môže byť hodnotené negatívne, ako zdroj stresu, na druhej strane však študenti oceňujú jeho význam a nenahraditeľnosť a hodnotia ho ako najdôležitejšiu časť ich vzdelávania. Skúsenosti získané na klinických pracoviskách ovplyvňujú ich výber budúceho zamerania, špecializácie. Viaceré výskumy (napr. Courtney et al., 2002) zistili, že študenti sa uchádzali častejšie o prácu na tých klinických pracoviskách, s ktorými mali pozitívne skúsenosti počas štúdia.

Proces získavania odborných kompetencií v klinickom prostredí vychádza z predpokladov situačného vyučovania a zapojenia študentov do určitej odbornej komunity, v ktorej sa učia neformálne reagovať v daných sociálnych situáciách s dôrazom na komunikáciu s odborníkmi. Situačné učenie neobsahuje len získavanie partikulárnych psychomotorických zručností pri jednotlivých ošetrovateľských výkonoch, ale zahŕňa získavanie širších skúseností, schopností. V rámci participácie v ošetrovateľskej starostlivosti študent využíva, aplikuje svoje vedomosti (uvedomuje si ich význam v jednotlivých situáciách), a zároveň sa adaptuje na kultúru pracoviska – osvojuje si jej hodnoty, postoje, predstavy a ďalšie atribúty danej kultúry (tzv. skryté kurikulum, *hidden curriculum*). Jedna z teórií situačného vyučovania, tzv. teória o legitímnej okrajovej participácii (Lave, Wenger, 2001), vysvetľuje, že študent zastáva najskôr okrajovú pozíciu. V analógii s klinickou výučbou v ošetrovateľstve to znamená, že počas prvých klinických cvičení postupne „absorbujeme“ kultúru pracoviska (Melincavage, 2010), predovšetkým pozorujeme skúsené sestry, učiteľa/mentora. Táto pozícia sa označuje za legitímnu, pretože učiaci sa subjekt stáva od začiatku plnoprávnym členom „komunity praxe“ (odborná komunita skúsených sestier). Postupne, ako získava nové skúsenosti, sa dostáva z okrajovej pozície „začiatočníka“ (*newcomer*) do pozície plnej participácie „ostrieľaného veterána“ (*old-timer*) s väčšími kompetenciami, nezávislosťou, zodpovednosťou. Bergjan, Hertel (2013) však poukazujú na skutočnosť, že v porovnaní s inými odborníkmi, študenti ošetrovateľstva neobjavujú svoju profesiu „od periférie k centru“, ale častokrát sú

priamo zapojení do kľúčových aspektov starostlivosti o pacientov a ich rodiny. Laveová a Wenger (2001) vo svojej teórii opisujú, že komunita praxe (v našom prípade sestier, lekárov, ďalších členov zdravotníckeho tímu) má svoje (neformálne) smernice, postupy, ktoré definujú, kto je v nej odborník, kto outsider alebo niekto medzi uvedenými dvomi pólmi. Študenti ošetrovateľstva sú počas klinickej praxe v komunite praxe, ktorú tvoria nielen členovia zdravotníckeho tímu, ale aj pacienti, rovesníci z iných ročníkov, odborov a pod. Pozícia študenta na oddelení je spájaná s úzkosťou z prostredia ako aj snahou dostať sa z marginálnej pozície do stredu, medzi odborníkov. Úlohou učiteľa klinickej praxe, mentora je usmerňovanie, podpora a vytváranie príležitostí pre študentov s cieľom ich progresie v tomto procese. Ak však prístup zo strany personálu a učiteľa, mentora udržiava len okrajovú participáciu študenta, môže to viesť k vyššej miere jeho úzkosti a demotivácie.

Ciele

Cieľom kvalitatívnej štúdie bolo analyzovať klinické výučbové prostredie z pohľadu študentov, ich skúseností na klinických pracoviskách. Zamerali sme sa na vnímanie ich pozície na oddelení, identifikáciu faktorov, ktoré pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú ich proces učenia na klinickom pracovisku s cieľom poskytnúť východiská pre možnosti ich využitia v oblasti vedenia klinickej praxe zo strany mentorov, učiteľov, resp. v oblasti podpornej supervízie študentov.

V práci sme formulovali nasledovné výskumné problémy: Aké sú skúsenosti študentov ošetrovateľstva počas klinickej praxe? Ktoré situácie vnímajú študenti ako záťažové počas klinickej praxe? Ktoré faktory vnímajú ako pozitívne, facilitujúce, podporujúce ich proces učenia a ktoré faktory vnímajú ako negatívne, limitujúce pri získavaní nových zručností počas klinickej praxe? Ako vnímajú naplnenie svojich očakávaní od klinickej výučby v priebehu štúdia?

Súbor

V kvalitatívnej štúdií sme zvolili metódu zámerného výberu, pre vyhľadanie a kontaktovanie respondentov bolo použité ich spojenie s určitou inštitúciou, v našom prípade vzdelávacou inštitúciou. Do výskumu sme zaradili respondentov, ktorí spĺňali nasledujúce kritériá: študent/študentka tretieho ročníka študijného programu ošetrovateľstvo 1. stupňa (denná forma), ochota spolupracovať a zúčastniť sa výskumu.

Výskumný súbor tvorilo 5 študentov, vek študentov bol v rozmedzí 22-32 rokov. Štyria respondenti boli absolventmi strednej zdravotníckej školy v odbore zdravotnícky asistent, jeden študent bol absolventom gymnázia. Klinické pracoviská, ktoré navštevovali a z ktorých čerpali svoje skúsenosti počas svojho štúdia, boli pediatrické oddelenia, internistické oddelenia (interné oddelenie, oddelenie dlhodobochorých, oddelenie klinickej hematológie, klinika kardiológie) a chirurgické oddelenia. Dáta boli zbierané v marci 2017.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Každý z respondentov bol informovaný o výskumnom zámere štúdie, zabezpečení anonymity, spôsobe zverejnenia výsledkov a možnosti kedykoľvek prerušiť účasť na výskume. Následne bol získaný informovaný súhlas od každého respondenta. Autori deklarujú, že štúdia nemá žiadny konflikt záujmov.

Metodika

V štúdií sme uplatnili deskriptívny kvalitatívny prístup s využitím ohniskovej diskusie a tematickej analýzy.

Zber údajov

Základnou metódou zberu dát bola organizovaná ohnisková diskusia (*focus groups*). Uvedená metóda je založená na skupinovej diskusii, moderovanej výskumníkom tzv. moderátorom a využíva skupinovú interakciu, aby získala k určitej téme názory, postoje a perspektívy účastníkov (Morgan 2001). Otázky, ktoré sme použili v ohniskovej diskusii, sme rozdelili do troch oblastí: vnímanie pozície študenta; skúsenosti študentov s klinickou výučbou a prostredím; prístup personálu na oddelení, vzťah s mentorom a učiteľom (Tab. 1.).

Tab. 1. Zameranie a obsah ohniskovej diskusie

Oblasť	Otázky použité v ohniskovej diskusii
Vnímanie pozície študenta	Popíšte nám prosím, niektoré zo svojich skúseností získaných počas klinickej praxe za posledný mesiac (Na akom ste boli oddelení, kto vás počas praxe viedol, aké ste mali služby a pod.). Aké je to pre Vás byť „študentom“ na oddelení? Čo pre Vás znamená učiť sa na pracovisku? Ako sa Vaše skúsenosti menili v priebehu Vášho štúdia?
Skúsenosti študentov s klinickou výučbou, klinickým prostredím	V ktorých situáciách v priebehu klinickej praxe ste pociťovali stres alebo úzkosť? Čoho ste sa najviac obávali? Chceli by ste hovoriť o tých situáciách, ktoré boli pre Vás najviac zatažujúce (vyvolávajúce úzkosť)? Popíšte nám ich, aké boli, čo im predchádzalo, na čo ste vtedy mysleli, ako ste sa cítili a ako ste zareagovali? Čo Vám pomohlo danú situáciu zvládnuť? Aký mali dané negatívne situácie pre vás dôsledky? Význam pre učenie, profesijný rast? V ktorých situáciách v priebehu klinickej praxe ste naopak pociťovali radosť, uspokojenie? Čo Vás na praxi najviac tešilo, uspokojovalo? Popíšte nám ich, aké boli, čo im predchádzalo, na čo ste vtedy mysleli, ako ste sa cítili a ako ste zareagovali? Aký mali dané situácie pre vás dôsledky? Význam pre učenie, profesijný rast?
Prístup personálu na oddelení, vzťah s mentorom a učiteľom	Ako by ste opísali vzťah sestrami na oddelení na klinickej praxe? Čo v ich prístupe bolo pre Vás pozitívne, usmerňujúce Vaše učenie? Čo ste vnímali negatívne? Prípadne prečo? Aký prístup, spôsoby výučby učiteľa/mentora sa objavovali najčastejšie? Ktoré naopak boli zriedkavé? Ktoré činnosti, spôsoby výučby v práci učiteľa/mentora Vám najviac pomohli? Prípadne prečo? Ktoré činnosti v práci učiteľa/mentora ste vnímali ako vzor pre svoju budúcu profesiu? Prípadne prečo? Aké boli Vaše predstavy, očakávania od zdravotníckeho personálu na oddelení? Ako sa naplnili, resp. nenaplnili? Aké boli Vaše predstavy, očakávania od učiteľa klinickej praxe? Ako sa naplnili, resp. nenaplnili?

Ohniskovú diskusiu sme zaznamenávali súbežne na dva diktafóny z dôvodu prevencie straty dát.

Analýza údajov

Analýzu rozhovorov sme realizovali prostredníctvom metódy tematickej analýzy (Braun, Clarke, 2006). Analýza sa uskutocňuje v šiestich fázach: zoznámenie sa s dátami; generovanie iníciaľných subtém; hľadanie tém; preskúmanie tém; definovanie a pomenovanie tém; zhrnutie výsledkov. V prvej fáze analýzy sme prepis ohniskovej diskusie niekoľkokrát prečítali, aby sme sa zoznámili s jazykom študentov. V tejto fáze sme sa snažili čítať prepis diskusie aktívnym spôsobom, všímať si určité vzorce a významy v dátach. Následne sme označili pasáže (extrakty/ilustrácie dát), v ktorých sme identifikovali významové jednotky. Extrakty sme previedli do programu MS Excel, pre lepšiu manipuláciu s úryvkami dát, ich pomenovaním, preskupovaním a spájaním. Spojením prvých extraktov vznikli predbežné subtémy. Subtémy sme následne zoskupovali do tém na základe podobnosti a významovej prepojenosti. Vo finálnej fáze sme identifikovali štyri nosné témy, ktoré tematizujú výpovede respondentov. Tento proces vykonávali dvaja výskumníci nezávisle na sebe (*triangulation of investigators*).

Výsledky

Na základe výsledkov tematickej analýzy sme identifikovali tri nosné témy a to *Rozdiel medzi teóriou a praxou; Začlenenie/vyčlenenie do tímu na pracovisku; Potreba individuálneho vedenia*. V rámci nich sme ďalej odkryli ďalšie subtémy, ktoré bližšie špecifikujú ich význam (Tab. 2.). Na dokreslenie významu jednotlivých subtém sme použili vybrané výpovede respondentov.

Tab. 2. Identifikované témy a subtémy

Rozdiel medzi teóriou a praxou	Začlenenie / vyčlenenie na pracovisku	Potreba individuálneho vedenia
Rozdielnosť prístupov	Vytváranie príležitostí pre učenie a záujem o študentov	Mať sa na koho obrátiť
Predstavy a realita praxe	Vyradovanie zo starostlivosti Poznanie kompetencií študenta Spätná väzba	

Rozdiel medzi teóriou a praxou

V téme rozdiel medzi teóriou a praxou sme identifikovali dve subtémy: *Rozdielnosť prístupov* a *Predstavy a realita praxe*.

Rozdielnosť prístupov

Vnímanie rozdielov medzi teóriou a praxou predstavuje jednu z častých skúseností študentov. Výkony realizované v podmienkach simulačných učební sa líšia od tých, ktoré študenti vykonávajú v klinickej praxi u pacientov. Dostupnosť pomôcok, reakcie pacienta, časový prvok, požiadavky personálu pracoviska, sú faktormi, ktoré ovplyvňujú úroveň výkonu. Študenti v rôznych reálnych klinických situáciách opisovali určitú "rozpoltenosť" medzi požiadavkami učiteľa a sestier na oddelení. Výsledkom bolo varírovanie medzi prispôbením sa "rutine" pracoviska, snahou vyhovieť personálu, ako aj nižšia miera generalizácie a aplikácie teoretických vedomostí v konkrétnych situáciách. Jedna zo študentiek to vyjadrila nasledovne: „Ideme k nejakému výkonu so sestrou, ktorá nám ukáže postup, ako to môže byť pre nás jednoduchšie, častokrát takým spôsobom ako sa to nemá robiť.“ Študenti prehodnocovali vyžitie teoretickej prípravy v praxi. *Prednášky a cvičenia sú úplne o inom (napríklad ošetrovateľský proces) ako je prax, v praxi je to úplne iné. Je to stále o tom, ako sa to má robiť a nie ako sa to robí, potom nevieme čo máme robiť, napríklad na štátniciach.* Rozdiely uvádzali aj v oblasti dokumentácie. „*Ked' sa 3 roky na škole učíme dokumentáciu a plánovanie, a prídeme do praxe a robíme ju inú, úplne inú. Prečo sa neučíme robiť dokumentáciu, ktorá je reálne v nemocniciach, alebo aspoň približnú, lenže my robíme úplne niečo iné.*“ Ďalším problémom boli aj rozdielne postupy na jednotlivých pracoviskách. „*Proste niečo urobíme a reakcia sestier je hneď – takto sa to u nás nerobí alebo – a toto neviete, čo ste sa vlastne naučili alebo proste niečo urobíme a reakcia, čo to robíte a podobne. Každé oddelenie je iné a človek potom nevie, ako to kto a kde vyžaduje.*“ Negatívne vnímali nedostatok praktických skúseností v oblasti fyzikálneho vyšetrenia. „*K tomu posudzovaniu sme sa poriadne nedostali, je to len o teórii. Učíš sa vrzgoty, piskoty, ale v živote sme to na pacientovi nepočúvali.*“

Predstavy a realita praxe

Pri prehodnocovaní svojich predstáv o klinickej praxi, zdravotníckom personáli, profesii sestry a reálnych skúsenostiach, študenti vyjadrovali určité sklamanie nad tým, čo od klinického prostredia očakávali a ako sa ich očakávania a predstavy naplnili. Dominovali témy ako komunikácia s pacientmi a kultúrna senzitivita. „*Ja som bola hlavne sklamaná z toho ako sa sestry a zdravotnícki asistenti správajú k pacientom, boli to naozaj smutné scenáre. Učia nás, že máme byť tie nestranné, máme pomáhať bez ohľadu na vek, rasu a národnosť, náboženstvo a tak ďalej... a v praxi sestra napríklad namiesto mena volala na dieťa ty cigán, no cigán sem, cigán tam.*“ Iná študentka uviedla podobnú skúsenosť: „*Ten z tej izby, ten postihnutý – tak to bolo niekedy.*“ Ďalším problémom bola administratívna záťaž na pracovisku, resp. vnímanie problému dokumentácia verzus čas na pacienta. „*Mám pocit, že pre sestry je teraz hlavná dokumentácia a až potom niekde je pacient. Sestra akoby bola len od toho, aby dokumentovala a spisovala, aby dokumentačne všetko sedelo a vlastne ten pacient je veľakrát na poslednom mieste. Pacient je akoby len nejaký materiál, pásová výroba.*“

Začlenenie, vyčlenenie študentov na pracovisku

Proces socializácie na pracovisku je súčasťou tzv. skrytého kurikula, ktoré výrazne ovplyvňuje rozvoj profesijnej identity u študentov. Proces začlenenia sa, zaradenia sa do kolektívu na klinickom pracovisku je pre študentov najnáročnejšou úlohou, výzvou, ktorá ich stojí omnoho viac úsilia ako samotné učenie (Nolan, 1998). V rámci tejto témy sme identifikovali štyri subtémy: *Vytváranie príležitostí pre učenie a záujem o študentov; Vyrad'ovanie zo starostlivosti; Poznanie kompetencií študenta; Spätná väzba.*

Vytváranie príležitostí pre učenie a záujem o študentov

Študenti v poslednom ročníku štúdia pred štátnou skúškou vnímali intenzívnejšie potrebu vyhľadávať opakovane príležitosti pre nácvik, preskúšanie si odborných ošetrovateľských výkonov. Zo strany sestier vnímali rozdiely v ich vnímanosti voči študentom medzi jednotlivými oddeleniami, z hľadiska veku sestier a zároveň zdôrazňovali, že častokrát prístup personálu je reflexiou na prístup študentov. „*Je to vlastne o komunikácii študent a sestra, aj o kolektíve na oddelení. Stále sa to odvíja od toho, ako sestry na oddelení k nám pristupujú, a teda aj my k nim. Sú študenti, ktorí sa nebudú snažiť, a tým pádom si sestry vytvoria taký obraz o nás všetkých a škatul'kujú nás. Sú sestry, ktoré si nás vôbec nevšímajú a potom sú sestry, ktoré nám rady povedia, sú milé, vidia že chceme, takže nám ukážu, vysvetlia.*“ Proces socializácie na pracovisku, vzťahy so sestrami je pre študentov zdrojom stresu, neistoty, jedna zo študentiek to opisala nasledovne: „*Každé ráno, alebo keď ideme na zmenu sme v očakávaní, čo nás vlastne čaká, lebo stále je to o inom, je to stres, že to bude buď-alebo...aké budú sestry a od toho sa odvíja potom celý deň.*“ Študenti vo vzťahu k získavaniu príležitostí pre učenie opisovali rozdielne prístupy z hľadiska oddelení, resp. pracovných zmien. „*Vedeli sme, že na tom oddelení štátnicujeme, tak sme sa pýtali všetko, pri každom riedení chceme byť, chceme to a to, stále sme sa pýtali ako robia konkrétne výkony, proste pri všetkom sme chceli byť. Boli sestry, ktoré nám všetko bez problémov ukázali. Jeden deň sme všetko robili s nimi a na druhý deň pri inej zmene nás nezobrali k ničomu, zostalo to pri toalete, kŕmení, plienkach, poprípade umývaní stolíkov a dezinfekcii. Samozrejme, vždy sú argumenty aj toto treba robiť. Dobré, ale celé tri roky... my sme očakávali, že to bude odbornejšie, aby sme si vyskúšali systém, ktorý bude na štátniciach, lebo na štátniciach máš byť v izbe, máš sa starať o pacientov, máš poznať ich liečbu, a ty namiesto toho vlastne čo robíš, obiehaš oddelenie a prebaluješ.*“ Rozdiely v prístupe k študentom vnímali aj z hľadiska veku sestier. „*Staršie sestry boli väčšinou radi, že sme tam a fakt uvítali našu pomoc a viac ocenili našu samostatnosť. Tie mladšie si zase viac pamätajú na svoje študentské obdobie, takže niekedy mali viac takú chuť nám to vysvetliť a ukázať.*“ Ako ďalší faktor, negatívne ovplyvňujúci proces učenia na klinickom pracovisku, sme identifikovali častú cirkuláciu medzi pracoviska-

mi spojená s krátkodobým nadobudnutím zručností. „Je úplne nevhodné, že sme na oddeleniach týždeň, len čo si stihneme zvyknúť, odchádzame na iné oddelenie. A pritom to zažívame každý týždeň, pretože každý týždeň sme na inom oddelení.“ Na druhej strane, jedna študentka zmenu oddelení vnímala skôr pozitívne. „Mne sa práve páči, že je to pestré. Ja mám z toho iný, dobrý pocit. Možno preto, že sa viem pomerne rýchlo zadapťovať.“

Vyradovanie z odbornej starostlivosti

Študenti častokrát hodnotili personál na oddelení ako nezaujaty, indiferentný, uzavretý, neprístupný, resp. kriticky zaujatý voči študentom, čo vplývalo na ich pocity vyradenia/začlenenia a následne prežívania úzkosti. „Ale tak napríklad, opýtame sa, čo je potrebné pomôcť, povedia nič, nie, ďakujeme. Stáť na chodbe nemôžeme, na izbe pacient chce odychovať a nechcem len tak pri ňom stáť, vo vyšetrovni mi povedia, že zavaziam, neviem, kde mám ísť.“ Negatívne vnímali, ak sa stretli s nezaujmom sestier zapájať ich do odborných výkonov a prácu im zadeľovali predovšetkým zdravotnícki asistenti. „Zdravotnícky asistent, sanitár nám často zadeľuje prácu a to nezodpovedá tomu, čo by sme sa mali naučiť na klinických cvičeniach. Sestra išla pripravovať a aplikovať lieky a my sme kúpali deti, prebaľovali.“ Ďalším negatívnym faktorom bolo predominantné zameranie personálu skôr na ich kritiku, chyby a slabé stránky ako prednosti. Študenti uvádzali aj dôvody nedôvery voči študentom. „Aj sestra sama má stres, má napríklad strach z nadriadených a chce mať všetko tip-top. Možno preto nenechá urobiť študentom prácu, ktorú by mohli oni pokaziť.“

Poznanie kompetencií študenta

Študenti opisovali, že sa stretli s tým, že sestry nepoznali ich kompetencie. „Sestry väčšinou všeobecne nepoznajú naše kompetencie. Vždy sa pýtajú môžete toto robiť? Napríklad pýtať sa tretiačky, či môže aplikovať heparín.“

Spätná väzba

Otvorený, akceptujúci, podporujúci prístup personálu, rešpektujúci limitácie študenta, viedol u študentov k vyššej motivácii v štúdiu i profesii, spokojnosti, sebadôvere, spolupatričnosti s prostredím a zaangažovaniu študentov v starostlivosti na pracovisku, pocitom kompetentnosti. Študenti potrebujú a oceňujú spätnú väzbu, ktorú dostávajú od sestier, mentorov, učiteľov, ale aj samotných pacientov. „Vtedy to má zmysel, keď vidíme, že nás neberú ako podradných a neschopných.“ Ďalšia študentka to konkretizovala nasledovne: „Najlepší pocit je z toho, keď ťa sestra pochváli za dobre vykonanú prácu, stačí, že povie, že si urobila ten výkon správne, bola tam a ty cítiš už takú podporu.“ Študenti pozitívne oceňovali, ak mali možnosť samostatne realizovať výkony, ktoré viedli k ich väčšej zodpovednosti. Keď idem rozdať lieky, tak viem, že som zodpovedná ja a dávam si taký pozor na to, a proste si to trikrát prekontrolujem a učím sa na vlastných chybách.“ Ocenenie zo strany pacientov je pre študentov významný motivujúci faktor. „Pacienti sú radi, že sme tam pre nich.. Najviac prejavujú vďaka starším pacientom...aj za úplné maličkosti. Tak aj tie negatívne situácie sa dajú zvládať ľahšie, keď vieme, že tým pacientom bola poskytnutá taká starostlivosť, akú im môžeme poskytnúť a oni sú za to vďační. Keby neboli, tak asi nemáme žiadnu motiváciu.“ Prítomnosť učiteľa pri výkone bola študentmi vnímaná skôr negatívne ako pozitívne. Rola učiteľa bola koncentrovaná viac na hodnotenie ako samotný proces učenia. „Keď je pri výkone učiteľ, tak je tam stres, a ja v momente všetko proste zabúdam. Aj keď mi povie, prikyvujem s tým, že dobre, dobre, pretože sa obávam, že budem hodnotená zle. Je to stresujúce, každopádne. Keď niekto stojí za vami, stále máme ten pocit, že nám niekto stojí za chrbtom, a stále my to tak berieme ako keby nás niekto skúšal.“

Potreba individuálneho vedenia

Poslednou témou, ktorú sme identifikovali u všetkých respondentov bola Potreba individuálneho vedenia. Významovo je charakterizuje subtéma: *Mať sa na koho obrátiť.*

Mať sa na koho obrátiť

Vzťah medzi mentorom a študentom je v súčasnosti považovaný za najdôležitejší faktor priebehu a riadenia výučby v klinických podmienkach. Fungujúci individuálny vzťah medzi študentom a mentorom sa spája sa s vyššou spokojnosťou študentov s klinickou výučbou.

„A o tom by to malo byť, že ty by si mala mať jednu osobu, ktorá by mala o tebe vedieť, postarať sa trochu o teba...vždy je to fajn, keď príde za tebou sestra a povie – chcete vedieť to a to, chcete si skúsiť to a to?“ Pozitívne skúsenosti s vedením zo strany sestier môžu viesť k podpore profesijnej identity u študentov. No ja si vždy poviem, že keď je dobrá sestra, tak aj ona sama mi navrhne, že pod urobíš to sama a ja budem pozeráť na teba, hovoriť čo máš robiť, tak vtedy si poviem proste áno, takto to chcem aj ja robiť. Toto chcem aj ja raz robiť so študentmi, keď budem pracovať a zase naopak, že toto robiť nebudem, že som si to zažila sama a proste nebudem taká odmeraná a budem sa snažiť im pomôcť, lebo človek sa presne vie vcítiť do ich situácie.“ Študenti vyjadrovali potrebu podpornej supervízie, zameranej nielen na vzdelávací aspekt (zlepšenie pracovných kompetencií, riešenie konkrétnych problémov, situácií), ale aj na jej podpornú funkciu (citlivé sprevádzanie, práca s emóciami, podpora pri prekonávaní prekážok, podpora pocitu bezpečia pre účinnú reflexiu a sebareflexiu). Potrebujem sa z niektorých vecí vyrozprávať, niekoho, kto by mi pomohol to zobjektívizovať a mať nadhľad, odstup. Niekoho, kto by vysvetlil, že to bolo z tej strany také a preto tak sestra zareagovala ...možno by nám to pomohlo v tom, aby sme si my

samé nevytvárali len zlé, negatívne pohľady. Alebo by stačil len pohľad tej tretej osoby, že ako vidí ona na danú situáciu. To by určite pomohlo.“

Diskusia

V slovenskej a českej odbornej literatúre venujúcej sa vzdelávaniu sestier nachádzame skôr len marginálne odkazy na skúsenosti, preferencie, očakávania študentov od klinickej výučby. Viaceré zahraničné kvalitatívne štúdie (Sharif, Masoumi, 2005; Levett-Jones et al. 2009; Melincavage, 2011) potvrdzujú, že v klinickom prostredí sa študenti cítia ako niekto, kto tam je navyše. Tzv. (v anglickej literatúre definovaný) *supernumerary status* označuje stav, kedy študent v rámci svojej profesijnej prípravy nemôže byť zamestnaný na danom klinickom pracovisku, ale má sa prostredníctvom supervidovanej participácie podieľať na starostlivosti. Práve z tejto pozície študenta môžu vo vzťahu ku personálu oddelenia vyplývať špecifické problémy jeho socializácie. Na jednej strane si môžeme predstaviť študenta, ktorý očakáva ústretovosť personálu, pocit akceptácie, snaží sa začleniť do kolektívu a získať nové skúsenosti, zručnosti a pod. Na druhej strane je to zdravotnícky personál, zainteresovaný predovšetkým vlastným pracovným životom, časovo termínovaným pracovným harmonogramom, povinnosťami, nedostatkom personálu, pracovnými vzťahmi a konfliktami, zodpovednosťou a pod. Mentor, učiteľ klinickej praxe sú integrujúcimi prvkami v triáde študent – personál – mentor/učiteľ.

V súlade so zahraničnými kvalitatívnymi štúdiami sme potvrdili, že vzťahy so sestrami na pracovisku môžu byť študentmi hodnotené ako stresujúce. Ako časté problémy, resp. negatívne faktory učenia na klinickom pracovisku, študenti uvádzali neochotu, ignorovanie sestrami, nezohľadňovanie ich nedostatočných skúseností zo strany sestier, resp. komentáre personálu o pripravenosti študentov, ktoré vedú u študentov k pocitom nedostatočnosti, zlyhania, nekompetentnosti (Melincavage, 2011). Levett-Jones et al. (2009) vo svojej kvalitatívnej štúdií zistili, že študenti častokrát vnímajú personál na oddelení ako hostilný, indiferentný, uzavretý, neprístupný, čo vplýva na ich pocity vyradenia/začlenenia a následne prežívania úzkosti. Rovnako v štúdií Gibbonsovej et al. (2007) významná časť študentov hodnotila predominantné zameranie personálu skôr na ich kritiku, chyby a slabé stránky ako prednosti. Ako ďalší zdroj stresu bola identifikovaná zmena pracovísk, častá cirkulácia medzi pracoviskami spojená s krátkodobým nadobudnutím zručností, ktorú sme zistili aj v našej štúdií.

V práci sme sa nezamerali len na obštruktívne, ale zároveň aj podporujúce faktory zo strany zdravotníckeho personálu. Otvorený, akceptujúci, podporujúci prístup personálu, rešpektujúci limitácie študenta, viedol u študentov k vyššej motivácii v štúdiu i profesii, spokojnosti, sebadôvere, spolupatričnosti s prostredím a zaangažovaniu študentov v starostlivosti na pracovisku, pocitom kompetentnosti (Chesser-Smyth, 2005; Levett-Jones et al., 2009; Löfmark Wikblad, 2001). Špecifickou kategóriou, identifikovanou vo viacerých štúdiách, bola komunikácia študent ošetrovateľstva – sestra na klinickom pracovisku (Melincavage, 2011). Študenti citlivo vnímali podceňovanie, komentovanie a urážky zo strany sestier. Charakter klinickej výučby v ošetrovateľstve reflektuje hierarchiu a patriarchát zdravotníckeho systému. V súvislosti s klinickou výučbou sú preto kritizované perzistujúce problémy, akými sú behavioristicky orientované študijné programy, autoritatívne metódy výučby, nepodporujúce iniciatívu, samostatnosť študentov, ale vedúce skôr k pasívnemu plneniu úloh, strachu z negatívneho hodnotenia a vzájomného obviňovania. Uvedené kritizované aspekty pretrvávajú v prístupe učiteľov, v ich vyučovacích metódach a hodnotení študentov.

Odbornosť, skúsenosti mentora alebo učiteľa klinickej praxe, jeho hodnotenie študentov (subjektívnosť hodnotenia, neustála kontrola, pozorovanie) sú považované za ďalšie významné faktory, negatívne ovplyvňujúce mieru úzkosti a obáv študentov počas klinickej praxe (Melincavage, 2010). Löfmark Wikblad (2001) vo svojej kvalitatívnej štúdií analyzovali pozitívne a negatívne pôsobiace faktory zo strany učiteľa na získavanie klinických skúseností študentov. Situácie, činnosti pri ktorých študenti mohli preukázať svoju zodpovednosť, samostatnosť rozhodovania a zároveň dostali konštruktívnu spätnú väzbu vnímali ako významný podporujúci faktor pre ich učenie i vzťah s pacientom. Negatívne pre svoj odborný rast hodnotili nedostatočnú kontinuitu spätnej väzby od učiteľov, nedostatok času, príležitostí pre získavanie nových zručností, bagatelizovanie, kritiku otázok študenta.

Potreba individuálneho vedenia bola jednou z tém, ktorú sme identifikovali v našej práci. Štúdie v západných krajinách EU (Warne et al., 2010) jednoznačne potvrdzujú posun od tradičnému skupinovému vedeniu študentov učiteľom ku individualizovanému vzťahu medzi mentorom klinickej praxe a študentom. Efektívnosť individuálnych vedení študentov má teda silnú empirickú podporu. V nadväznosti na výskumy v západoeurópskych krajinách bol v rámci projektu EmpNURS realizovaný komparatívny výskum (Antohe et al., 2015) z krajín strednej a východnej Európy (Českej republiky, Maďarska, Rumunska a Litvy). Výsledky uvedeného výskumu potvrdili dominanciu skupinovej metódy vedenia študentov v týchto krajinách. V rámci celoslovenského výskumu (Gurková et al., 2016), realizovanom na vzorke 503 študentov ošetrovateľstva druhých a tretích ročníkov zo šiestich slovenských univerzít, sme zisťovali, aké majú študenti skúsenosti s organizáciou klinickej výučby. Zaujímavým zistením našej práce bola skutočnosť, že nezanedbateľná časť študentov (24,8 %) uvádzala negatívne skúsenosti s individuálnym vedením zo strany mentorov (zmena mentorov v závislosti od služieb a pracoviska, absencia štruktúrovaných plánovaných diskusií zo strany mentorov, častejšie skupinové vedenie v porovnaní s individuálnym vedením). Ďalšia časť študentov (31,5 %) uvádzala problémy v skupinovom vedení (jeden mentor viedol súčasne viacero študentov). Organizácia klinickej praxe sa následne premietla do hodnotenia klinického prostredia. Študenti hodnotili pozitívnejšie skôr faktory vyplývajúce zo samotného pracoviska (štyl vedenia na pracovisku a ošetrovateľská starostlivosť na oddelení) ako vzťahu mentor/študent alebo učiteľ/študent). Výsledky našej kvalitatívnej štúdie rovnako poukazujú na preferenciu individuálneho prístupu zo strany študentov. Významná časť študentov v našom kvalitatívnom výskume uvádzala skúsenosti

s tradičným modelom výučby, ktorý bol spájaný so slabším hodnotením klinického prostredia v porovnaní s individualizovaným vzťahom študent/mentor.

Záver

Tematickou analýzou rozhovorov sme identifikovali tri základné témy: *Rozdiel medzi teóriou a praxou; Začlenenie/vyčlenenie do tímu na pracovisku; Potreba individuálneho vedenia*. V rámci uvedených tém sme identifikovali 7 subtém: *Rozdielnosť prístupov; Predstavy a realita praxe; Vytváranie príležitostí pre učenie a záujem o študentov; Vyradovanie zo starostlivosti; Poznanie kompetencií študenta; Spätná väzba a Mať sa na koho obrátiť*. Identifikované témy a subtémy reflektujúce a limitujúce faktory učenia na klinickom pracovisku.

Štúdia vznikla ako súčasť projektu KEGA „Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier“ (016PU-4/2015).

Zoznam bibliografických odkazov

- ANTOHE, I. – RIKLIKIENE, O. – TICHELAAR, E. – SAARIKOSKI, M. 2016. Clinical Education and Training of Student Nurses in Four Moderately New European Union Countries: Assessment of Students' Satisfaction with the Learning Environment. In *Nurse Education in Practice* [online], 2016, vol. 17, pp. 139-144. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595315002097>.
- BERGJAN, M. – HERTEL, F. 2013. Evaluating Students' Perception of their Clinical Placements - Testing the Clinical Learning Environment and Supervision and Nurse Teacher Scale (CLES+T Scale) in Germany. In *Nurse Education Today* [online], 2013, vol. 33, no. 11, pp. 1393-1398. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(12\)00375-9/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(12)00375-9/pdf).
- BJØRK, I. T. – BERNTSEN, K. – BRYNILDSEN, G. – HESTETUN, M. 2014. Nursing Students' Perceptions of their Clinical Learning Environment in Placements Outside Traditional Hospital Settings. In *Journal of Clinical Nursing* [online], 2014, vol. 23, no. 19-20, pp. 2958-2967. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12532/full>. ISSN 0962-1067. DOI 10.1111/jocn.12532.
- BRAUN, V. – CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. In *Qualitative Research in Psychology* [online], 2006, vol. 3, no. 2, pp. 77-101. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
- COURTNEY, M. – EDWARDS, H. – SMITH, S. – FINLAYSON, K. 2002. The Impact of Rural Clinical Placement on Student Nurses' Employment Intentions. In *Collegian Royal College of Nursing, Australia* [online], 2002, vol. 9, no. 1, pp. 12-18. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769608600396>.
- CHESSER-SMYTH, P. A. 2005. The Lived Experiences of General Student Nurses on their First Clinical Placement: A Phenomenological Study. In *Nurse Education in Practice* [online], 2005, vol. 5, no. 6, pp. 320-327. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595305000454>.
- GIBBONS, C. – DEMPSTER, M. – MOUTRAY, M. 2008. Stress and Eustress in Nursing Students. In *Journal of Advanced Nursing* [online], 2008, vol. 61, no. 3, pp. 282-290. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04497.x/full>.
- GURKOVÁ, E. – ŽIAKOVÁ, K. – CIBRÍKOVÁ, S. – MAGUROVÁ, D. – HUDÁKOVÁ, A. – MROSKOVÁ, S. 2016. Factors Influencing the Effectiveness of Clinical Learning Environment in Nursing Education. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online], 2016, vol. 7, no. 3, pp. 470-475. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-03/17-gurkova-et-al.pdf>.
- LAVE, J. – WENGER, E. 2001. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, 139 p.
- LEVETT-JONES, T. – LATHLEAN, J. – HIGGINS, I. – MCMILLAN, M. 2009. Staff - Student Relationships and their Impact on Nursing Students' Belongingness and Learning. In *Journal of Advanced Nursing* [online], 2009, vol. 65, no. 2, pp. 316-324. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x/full>.
- LÖFMARK, A. – WIKBLAD, K. 2001. Facilitating and Obstructing Factors for Development of Learning in Clinical Practice: A Student Perspective. In *Journal of Advanced Nursing* [online], 2001, vol. 34, no. 1, pp. 43-50. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.3411739.x/full>. ISSN 0309-2402. DOI 10.1046/j.1365-2648.2001.3411739.x.

MELINCAVAGE, S. M. 2011. Student Nurses' Experiences of Anxiety in the Clinical Setting. *Nurse Education Today* [online], 2011, vol. 31, no. 8, pp. 785-789. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711001195>.

MORGAN, D. L. 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd, 2001. 99 s.

NOLAN, C. A. 1998. Learning on Clinical Placement: The Experience of Six Australian Student Nurses. *Nurse Education Today* [online], 1998, vol. 18, no. 8, pp. 622-629. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na internete: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691798800592>.

SHARIF, F. – MASOUMI, S. 2005. A Qualitative Study of Nursing Student Experiences of Clinical Practice. In *BMC Nursing* [online], 2005, vol. 4, no. 1, pp. 6. [cit. 2017-07-06]. Dostupné na internete: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-4-6>.

Kontakt

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, FZO PU
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
E-mail: elena.gurkova@unipo.sk

Prijaté: 7. 7. 2017

Akceptované: 28. 8. 2017

Participation in a support group from the perspective of family caregivers of Alzheimer's disease patients

Adriana Rosenberg*, Miroslava Tokovská**

* University of Stavanger, Faculty of Social Sciences, Institute of Health Studies, Norway

** VID Specialized University, Faculty of Health Studies, Sandnes, Norway

Abstract

ROSENBERG, A. – TOKOVSKÁ, M. Participation in a support group from the perspective of family caregivers of Alzheimer's disease patients. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2017, vol. 7, no. 2, pp. 53-57. Available on: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/en/archive/2017-volume-7/number-2/participation-in-a-support-group-from-the-perspective-of-family-caregivers-of-alzheimer-s-disease-patients>.

Aim: The aim of the study was to identify, describe and analyze approaches positively affecting care provided by family caregivers to the patients with Alzheimer's disease with focus on caregivers' perceptions and experience regarding personal participation in the support group.

Methods: The qualitative cross-sectional descriptive study design was adopted. To gather empirical data semi-structured interviews with family caregivers was used. Twenty caregivers were recruited between January and April 2016. The data were analyzed by thematic analysis.

Results: Three themes emerged reflecting positive impact of personal participation in a support group on caregivers: Solution-focused optimism, Practical help and Feeling of companionship. Psychosocial support from professionals and others in similar situation was also stressed with an emphasis on approaches already being used and verified by others members of the group.

Conclusions: Study results indicate the importance of belonging to support group perceived by family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Keywords: family caregiver, patient with Alzheimer's disease, support group, interview, thematic analyses

Introduction

In the empirical study we want to highlight the importance of experiencing survival participation in the support group for family caregivers. Such experience provides lessons for professional work and aids to development of its professionalization in the socio-health sector.

Patient with Alzheimer's disease can occur in any family, any social class, and any ethnic group and gender. Nursing and social care for a family member suffering from Alzheimer's dementia is demanding from the beginning, and exhausting emotionally as well as physically. The disease is progressive, with a slow start and duration for several years. Alzheimer's disease is a challenge for the whole family (Rachel, Turkot, 2015, s. 60). The family with an affected member finds itself in a stressful situation, in the need of practical, mental and material support from healthcare professionals and the government. Nursing competencies include complex approaches for assessment of the role of caregiver and mutual relationship between a caregiver and care-receiver for the estimation of problems and needs of a family. Assessment of a caregiver involves evaluation of a caregiver's role, lifestyle, impact of a current daily program and duties on his or her physical, mental and social aspect of health. It will also depend on the behavior, rate of caregiver duties, what kind and range of involvement in social and recreational activities, economic means, environment and equipment for care provision will be selected. Besides that, it includes observation and stress symptom evaluation of a caregiver (Kuručová, 2016, s. 23). The goal of caregiver's strain assessment is recognition of changes in the stressful situation, options of sources for social support, revealing of risk factors of the strain and assessment of coping strategies for the stressful situation. Social workers come in contact with the family of an ill person in several phases of the disease. Competencies of social workers are much wider, especially regarding social and health care, and they are not only in relation to a family, but mainly to an ill member of the family. This means especially social work in a direct contact with patients in specialized social service facilities by non-pharmacological approaches, but also with patients in home environment by cognitive activation.

World Health Organization (WHO, 2017) recommends increasing the amount of information on support groups and establishment of support groups cooperated by professionals (coordinated interdisciplinary cooperation) such as: nurses, social workers, psychologists, physicians and others.

Aim of the study

The aim of the study was to identify, describe and analyze approaches positively affecting care provided by family caregivers to the patients with Alzheimer's disease with focus on caregivers' perceptions and experience regarding personal participation in the support group.

Sample

To participate in research participants were addressed by personal contact in a specific support group of twenty persons. Criteria for participant selection were as following: regular participation in the support group during minimum 6 consecutive months and voluntary participation in the research. Other criteria were not specified. The interviews were conducted in central Slovakia. Every interview took 20 to 60 minutes. Participants consented to participate in research before interviewed.

Participants were in relationship to patients with Alzheimer's disease in various family relations, as stated in table 1. Average age of female participants was 56 years; average age of male participants was 45 years.

Tab. 1. Overview of research participants' family relationships

Females in relation	n	Males in relation	n
Daughters	9	Sons	5
Daughters-in-law	3	Husband	1
Sisters	2	-	-
Total	14	Total	6

Methodology of the research

The qualitative cross-sectional descriptive study design was adopted. The study is based on collection of data by semi-structured interviews with family caregivers – participants of the support groups involving relatives of patients with Alzheimer's disease in Slovakia. Semi-structured interviews were focused on questions about positive experiences from participation in a support group, perception and importance of verified approaches as well as reasons for participation. Interviews were recorded with the help of recorder and subsequently were transcribed into written record.

For data analysis we used the method of thematic analysis (Braun, Clarke, 2006, p. 83). Silverman (2005, p. 26) mentions that based on qualitative research paradigm we deal with understanding of human behavior regarding reference range of the participants themselves. For illustration, the answers of participants in the text are made in italics.

Results

Caregiver's perception has elements from personal participation in the support group and there are three themes emerging from thematic analysis reflecting approaches that positively affect the management of care of patient with Alzheimer's disease from caregiver perspective: 1. *Solution-focused optimism*, 2. *Practical help*, 3. *Feeling of companionship*.

Solution-focused optimism

"By participation in the support group I got tailored information. I knew what to do and what not to; I can try what the others tried and it worked. It is not general information, but information about our loved ones, about us and about what we can do." (65-year-old daughter). The patient's family does not need general information but orientation of operative approaches, multiple views on a certain situation that guarantees the success of solutions. A 51-year-old daughter-in-law says: *"Each problem of my mother-in-law has several solutions and I have not tried all yet – this is what I have learned from the support group."* Diverse views on the same problem from several group participants create mutual optimism for care management. A 58-year-old daughter also explains the importance of being focused on verified approaches: *"I always confirm whether I am doing right regarding the approach to my mom."* Many family caregivers live in a hope that transforms to their approach in the care for their close person. They consider hope to be a positive emotion which helps them to find some value in hopelessness and gradually set to management of the caregiver role.

Practical help

Participants view practical help as a factor positively affecting care for a close person at several levels. Some of them get practical help from the other family members (children, grandchildren, siblings) who are useful in the situations like a ride to a doctor, purchase of a medical device or financial support. Others also get practical help from facilitators of a support group. *"Facilitators answer my email queries promptly or always take my phone call and advise immediately."* (59-year-old sister). Some family members also use help provided by caregivers or nurses from home care agency or neighbors who help them in a daily care. Participants perceive devotion of professional or nonprofessional time of others as practical help. Practical help is viewed from several perspectives and always has certain importance in the management of care needed. Often it is not help with some practical or common issues, e.g. household works, but mainly devotion of time to enjoy the other person.

Feeling of companionship

Willingness to share common worries and joys in an open communication and by the of exchange experience creates a feeling of companionship. *"What we are here is more than a family. We have developed deep friendships that only we can understand."* (51-year-old daughter-in-law). Feeling of companionship is one of the themes positively affecting general care of the patients and personal participation in a support group. *"The feeling that I am not alone means a strong support for me."* (50-year-old son). Feeling of companionship has a motivation meaning in social behavior and is equally positive for all the involved. The importance of companionship is in the willingness to help each other which is significant in care of the patients with Alzheimer's disease regarding progression of the disease and care needed.

Caregivers also stressed the importance of personal participation into the work of support group. The benefits for caregivers were described in three areas as: 1. Knowledge development and exchange of authentic experience, 2. Health protection of family caregivers, 3. Support for caregiver role management.

Knowledge development and authentic experience exchange were the most frequently repeated reason of participation in a support group stated by participants, specifically gaining the information related to progression, course and prognosis of the disease and related care. The stages of the disease are also the base for care flexibility and demands for a family caregiver. Although currently it is possible to find sufficient information in mass-media sources including the net, caregivers prefer personal contact in a support group. *"Information in a support group means an open door for better understanding of Alzheimer's patients. What suits me very well is that I do not have to study, just schedule two hours and do not have to waste energy and time on the Internet and reading required literature."* (57-year-old daughter). Contact with facilitators as well as with other group members is also very important. *"It is admirable to see experts in the support group working. It is obvious that they care about feedback, honestly try and do it all with devotion."* (47-year-old daughter). The environment of support group is useful not just for obtaining new information, but also for sharing members' own and mediated experience. *"Obtaining necessary information and experience exchange between us is the greatest help. The strongest support for me is credibility and authenticity of experience."* (57-year-old daughter-in-law). Healthcare information to all the participants is interpreted in a proper form, understandable for a common person. In the support group everybody can ask questions, no question is stupid or funny and each is answered not only by an expert, but also by other participants. Information obtained in this way helps family members prepare for next stage of the disease and related strain and care.

We also consider the perception of the health protection of family caregivers as important.

"Only in the support group I can feel that somebody worries about me and provides care... just for me. Usually it is me who has to provide care more than 24 hours daily." (56-year-old daughter). Another participant (57-year-old daughter) comments: *"Participation in the support group can be compared with a big, heavy bag that I am not able to carry, but suddenly somebody appears – a person that understands how heavy the bag is – and helps me to carry it."* Protection of mental and physical health is a priority to retain care provision by family caregivers. The support group creates space for getting strength for next days by relaxed, intimate and safe atmosphere in the group and also creates networks for social relations and social life.

Experts help by their approach of creating good atmosphere in the group, by providing understandable information to the group members and by providing support of caregiver role management. A 43-year-old son stated in the interview: *"Now I can handle the accusations of my mom that I have stolen her something in a much better way. I am already prepared for them and have proactive approach to coming stress. I am well informed. This does not break me anymore as in the beginning, when I blamed myself."* A 51-year-old daughter-in-law finds supportive *"encouragement from qualified professionals dealing with this problem. I am grateful for the amazing humane approach."*

It is more than demanding to manage daily care for a close person, to work, take care of household or even school-able children. By participating in the support group, caregivers gain acknowledgement, praise and stimulation. A 56-year-old son who has been regularly attending the support group for fourth year, states: *"I do not know how I would manage the care for my mommy without the knowledge obtained in the support group. I have already lost my personal freedom and friends. I have only three things left: my mommy, trust in God and the support group."* Helping professionals consciously work on enforcing the family caregiver role. Long-term care for a patient requires governmental intervention (healthcare, terrain and ambulant social services) in combination with care of existing sources (family care). Only in this way, the strain is proportionally distributed.

Discussion

Family care is a kind of primary care provided in a home environment of the ill family member. Kurucová (2016, s. 35) states that for solution of strain situations it is important how caregiver and other family members assess and interpret the situation, and how they view the seriousness of stressors and troubles related to them. If the situation is assessed as uncontrollable and unsolvable by the family, family problems caused by a stressor are so significant that the family might not be able to align situation requirements with possibilities thus several essential changes in family system will be needed, or the family may become dysfunctional which can create a crisis. Home environment is an important element, mainly in care for a senior due to a lower adaptability caused by higher age. Care for a patient with Alzheimer's disease requires a long-term help provision emphasizing sticking to life stereotypes, calm communication and respect to disease progression. By Tabaková and Václaviková (2008, s. 84), family caregivers feel fatigue and need relief from strain and social interventions, mainly by a form of consultation. Relatives in the role of family caregivers have to change their settled life habits and replace them by others, more proper ones for management of various situations brought by everyday life with the ill family member. At the same time, they have to cope with the fact that their close person requires a different quality of attention, love, patience, time and help than in previous years. Family members can feel negative emotions such as not believing persons they care for, shame, anger, sadness, loneliness, helplessness, guilt... and very few positive emotions in the situation. Family caregivers lose their freedom because the situation does not allow them to live their own life. All the attention and duties are focused on the needs of the ill person. Mental strain involves constant attention and observation of patient's condition, flexible reactions to requirements and changes of the patient, demands on memory, and responsibility for results of work, independent decisions and respecting certain rules. Besides that, we can also observe the impact of care for a chronically ill patient on family relations and in social area. The most frequent are a lack of family support and changes in role distribution in the family (Kurucová, 2016, s. 45). The main dilemma is distribution of the time between care for an ill family member and common household as well as care for own children. Time for oneself is extremely limited. Buijssen (2006, s. 77) states that almost all caregivers tend to show contradictory and mixed emotions. They love their partner or relative, but on the other hand they feel anger and annoyance. Some caregivers constantly swing between a desire to take care of the ill one and a wish to live their own lives, have hobbies, visit friends. Norheim and Dombestein (2015, s. 24) state that exigency of suitable communication with helping professionals about how caregivers imagine or want to care for their relatives is a basic precondition to enforce caregiver role management. They claim that caregivers in their research confirmed how they often manage the everyday care for their ill relative when they see that daily activities make sense for the ill family member as well as for a family caregiver. Callaby et al. (2012, s. 94) says that even the end of intensive care for a close person can be a prelude of emotional disorder or even a breakdown of the family caregiver. The way how to overcome this change is an essential task for social and health care services.

Hanisková (2006, s. 333) describes one of the most important elements for dementia care, the education of caregivers, advice and help provided to a family (20 % to 60 % of them suffered from depression). This element is especially based on the information that many family caregivers suffer from depression, usually requiring a long-term treatment and help of other family members and helping professionals. This way a so-called vicious circle is created. Prevention of depression is required and is possible to be maintained in the form of participation in the support group of caregivers with the same problem. In case family caregivers go up to the borders of their own abilities, their organism can collapse as result of a long-term strain, resulting in hospitalization of such overburdened family member. Therefore, it is necessary to provide help and support to family caregiver, so that the care does not mean an unsurpassable strain. Support can be also provided by social backup involving the family, close friends, neighbors, colleagues, community and professionals. Hrozenská et al. (2008, s. 112) underlines the importance of social backup in social work, meaning certain friendly relationship of two people with mutual trust and closeness and with the aim of helping the other better manage an unfavorable situation they have found themselves in.

By coordinated care for families with flexible personalized services there is a time-delay in long-term institutional care for persons with dementia (Sulkava et al., 2009, s. 2205).

Support group has priceless importance in meetings, experience exchange and acceptance and delivery of feedback. These interactions at the same time offer the group members an opportunity to learn more about themselves. Apart from the members of a group, this process is significantly helped by a professional – group facilitator (nurse, social worker), as this person can understand needs of a family caregiver better. The common view of participants is that it is encouraging to hear and know that others have similar problems, that they are not lonely in such situation. Unexpressed feelings are one of main reasons why people experience troubles. We found out that by mutual exchange of thoughts and experiences with the others they learn how to best cope with their own emotions. Knowing the feelings of others in a similar situation leads them to say openly how they feel deep inside. The role of a family caregiver is demanding and complicated and it is difficult to cope with it alone. For participants a support group is a place where they feel free and where there are people that understand and help each other. The support group provides them with an emotional support and social backup. Participants stated that together with practical advice and mutual help, these meetings are also a great mental help. By the mentioned facts we can say that participants in meetings of support groups obtain more knowledge about the disease, do not feel lonely, enforce the management of family caregiver role, increase their confidence in strain management and protection of their own health and have chance to identify with the others within the group.

Conclusion

Alzheimer's disease affects all members in a family, not just patients. Family caregivers therefore become "hidden victims of dementia". Research of approaches positively affecting family care in relation to personal participation in a support group proved the need of meeting the people who undergo similar experience to be another type of social service in the frame of social work with families. An important role in a support group has a facilitator – nurse/social worker providing the participants with consultations, understanding and encouragement regarding specific care for patients with Alzheimer's disease. Interdisciplinary and coordinated cooperation in social and health care sector in which a nurse and a social worker participate, is essential to ensure quality of care provided and support not only for a family member suffering from Alzheimer's disease, but also for the family caregiver. It is a challenge for educational institutions to create flexible curriculums for preparation of future helping professionals for a work with family caregivers.

References

- BRAUN V. – CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. In *Qualitative Research in Psychology*, 2006, vol. 3, no. 2, pp. 77-101.
- BUIJSSEN, H. 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006, 136 s.
- CALLABY, P. – COLEMAN, P. G. – MILLS, M. A. 2012. Caregiving in Dementia: From Resentment to Forgiveness. In *Journal of Religion, Spirituality and Aging* [online], 2012, vol. 24, no. 1-2, pp. 93-104. [cit. 2017-03-30]. Available on: <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2012.633053>.
- HANISKOVÁ, T. 2006. Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi In *Via praktica*, [online], 2006, roč. 3, č. 7/8, s. 333-336. [cit. 2017-01-13]. Available on: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=71&magazine_id=1.
- HROZENSKÁ, M. et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s.
- KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele: Posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné*. Praha: Grada, 2016. 112 s.
- NORHEIM, A. – DOMBESTEIN, H. 2015. På alerten hele tiden! Om pårørendes omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens In *Demens og Alderspsykiatri*, 2015, vol. 19, no. 4. Aldring og helse nasjonal kompetansetjeneste, pp. 22-28.
- RACHEL, W. – TURKOT, A. 2015. Jak pomoc opiekunom pacjentów z otepieniem w chorobie Alzheimera? In *Psychoterapia* 1 (172) [online], 2015, vol. 22, pp. 59-71. [cit. 2017-01-13]. Available on: http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT_1_2015/59Rachel_PT2015i1.pdf.
- SILVERMANN, D. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum?* Ikar: Bratislava: Iris, 2005. 327 s.
- SULKAVA, U. E. et al. 2009. Family Care as Collaboration: Effectiveness of a Multicomponent Support Program for Elderly Couples with Dementia. Randomized Controlled Intervention Study. In *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009, vol. 57, no. 12, pp. 2200-2208.
- TABAKOVÁ, M. – VÁCLAVIKOVÁ, P. 2008. Zátěž opatrovatele v domácom prostredí. In *PROFESE ON-LINE* [online]. 2008, roč. I, č. 2, s. 77-88. [cit. 2016-05-27]. Available on: http://profeseonline.upol.cz/archive/2008/2/POL_CZ_2008-2-3_Tabakova.pdf
- World Health Organization [online]. 2017. [cit. 2017-02-14]. Available on: <http://www.who.int/en/>.

Contact

Adriana Rosenberg MN, PhD.

Institute of Health Studies, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger
4036 Stavanger
Norway

E-mail: adriana.rosenberg@uis.no

Received: 5th April 2017

Accepted: 12th May 2017

Aplikácia inzulínu inzulínovým perom u detí s diabetes mellitus 1. typu – adherencia k liečbe

Mária Zanovitová, Martina Lepiešová, Monika Manová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstract

ZANOVITOVÁ, M. – LEPIEŠOVÁ, M. – MANOVÁ, M. Insulin administration by insulin pen in children with type 1 diabetes – adherence to the treatment. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2017, vol. 7, no. 2, pp. 58-63. Available on: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-2/aplikacia-inzulinu-inzulinovym-perom-u-deti-s-diabetes-mellitus-1-typu-adherencia-k-liecb>.

Aim: The aim of study was to assess the adherence of children with type 1 diabetes to the treatment with an emphasis on insulin application using insulin pen.

Method: The method of observation was used to gather empirical data. Observation form contained 15 items (representing individual interventions of insulin application technique) which were monitored directly during administration and were based upon the recommendations on the interventions leading to proper application of insulin by insulin pen.

Sample: We observed 45 children with type 1 diabetes at the age of 6-18 years who administered insulin by insulin pen. The study was conducted in the household of children, at the Clinic of Children and Adolescents of the University Hospital in Martin and at the Paediatric Department of the National Endocrinology and Diabetology Institute in Ľubochňa.

Results: Adhering to recommendations for proper application of insulin was particularly noticeable in following interventions: choosing the right injection site, adjusting the right insulin dose, injection site disinfection, verification of insulin cartridge. Failure to comply with recommendations for proper application of insulin using insulin pen appeared most frequently in the interventions: applying pressure to the injection site, handwashing prior the application. With regard to adherence, age period 13-18 years was noticed to be a problematic one. In this period, we recorded the lowest percentage of success in performing the interventions while administering insulin. When comparing individual interventions of insulin application in relation to the age, statistically significant differences ($p < 0.05$) were confirmed in following skills: handwashing prior the application, insulin administration in 90 degree angle, and applying pressure to the injection site.

Conclusions: The age and developmental maturity are significant factors that affect not only children's adherence to the treatment but also their responsibility for insulin application that is closely related to the adherence.

Keywords: type 1 diabetes, children, technique of insulin application, adherence

Úvod

Diabetes mellitus 1. typu (DM1) je chronické ochorenie, ktoré výrazne ovplyvňuje kvalitu života detí a dospelých. V Slovenskej republike sa v roku 2016 vo vekovej kategórii 0 – 18 rokov liečilo 2085 detí (všetky typy diabetes mellitus). Z uvedeného počtu bolo 2022 detí liečených inzulínom (Činnosť diabetologických ambulancií v SR 2016, 2017, s.15).

Základným spôsobom liečby je podávanie inzulínu, najčastejšie viacerými injekciami inzulínu denne pomocou inzulínových pier. Cieľom terapie je dosiahnutie glykemickej kontroly s významnou redukciou rizík vzniku a progresie rozvoja chronických komplikácií (Čiljaková et al., 2017, s. 79-83). Takýto cieľ sa dá dosiahnuť len vtedy, ak dieťa a jeho rodičia dodržiavajú pokyny a rady zdravotníckych pracovníkov.

Pre špecifické správanie pacienta vo vzťahu k dodržiavaniu pokynov a odporúčaní zdravotníckych pracovníkov používame termín adherencia. Adherencia sa netýka len správnosti alebo nesprávnosti dodržiavania terapeutických, režimových opatrení ale aj dĺžky ich dodržiavania, tzv. perzistencie (Bóriková, 2013, s. 31; Vráblik, 2013, s. 369). Adherencia sa stáva aktívnym, zodpovedným a flexibilným procesom selfmanažmentu ochorenia, v ktorom sa pacient snaží dosiahnuť uspokojivý zdravotný stav a stáva sa tak nezávislým a samostatným, pričom sa aktívne a dobrovoľne zúčastňuje na určení a dodržiavaní cieľov liečby (Bóriková, 2013, s. 31; Hearnshaw, Lindenmeyer, 2006, s. 725). Pre úspešnosť liečby DM1 má adherencia obrovský význam. Vek a samotná vývinová zrelosť dieťaťa sú významnými faktormi, ktoré ovplyvňujú nielen adherenciu k liečbe, ale aj preberanie zodpovednosti pri aplikácii inzulínu, ktoré s adherenciou úzko súvisí. Pri určení vhodnosti vekového obdobia, kedy je možné začať viesť dieťa k samostatnosti v aplikácii inzulínu, rozhoduje viac samotná zrelosť ako chronologický vek dieťaťa. Dôležitým prvkom pre zlepšenie adherencie je edukácia nielen dieťaťa, ale aj rodičov, ktorí sa podieľajú na selfmanažmente ochorenia a sú oporou pre svoje dieťa v každom vekovom období.

Jednou z možností, ako posúdiť adherenciu k liečbe DM1, je aj pozorovanie a hodnotenie správnej techniky aplikácie inzulínu.

Cieľ

Cieľom práce bolo posúdiť adhérenciu detí s DM1 k liečbe ochorenia, konkrétne k správnej technike aplikácie inzulínu inzulínovým perom. Zamerali sme sa na posúdenie jednotlivých intervencií, ktoré súvisia s aplikáciou inzulínu inzulínovým perom, na identifikovanie najčastejších nedostatkov, ktoré môžu poukazovať na nedostatočné dodržiavanie liečebného režimu a na porovnanie správnej techniky aplikácie inzulínu medzi jednotlivými vekovými kategóriami.

Súbor

Pozorovali sme 45 detí s DM1 (21 dievčat a 24 chlapcov) vo veku 6 – 18 rokov, ktoré si aplikovali inzulín inzulínovým perom. Prieskum sme realizovali v domácom prostredí, na detskom oddelení v Univerzitnej nemocnici Martin a na detskom oddelení Národného endokrinologického a diabetologického ústavu v Lubochni. O obsahu a cieľoch pozorovania sme v úvode informovali deti aj rodičov, ktorí písomne potvrdili súhlas s jeho realizáciou. Respondenti boli rozdelení do troch vekových kategórií: 6 – 9 rokov, 10 – 12 rokov, 13 – 18 rokov, pričom sme rešpektovali odporúčania pre klinickú prax v oblasti edukácie z hľadiska vekových skupín (Lange et al., 2014, s. 81). Podrobnejšie informácie o respondentoch popisuje tab.1.

Tab. 1. Charakteristika respondentov

	Veková skupina			Spolu
	6-9	10-12	13-18	
Počet (n)	14	12	19	45
Priemerný vek	7,5±1,16	10,9±0,90	15,1± 1,61	11,6±3,5
Trvanie diabetu				
0-3 roky	9	6	4	19
4-6 rokov	5	4	3	12
7-10 rokov	0	2	12	14
Počet aplikácií počas dňa				
4-krát	11	11	17	39
5-krát	3	1	1	5
6-krát	0	0	1	1

Metodika

Pre zber údajov sme použili metódu pozorovania. Pozorovací formulár obsahoval 15 položiek (jednotlivých intervencií techniky aplikácie inzulínu), ktoré sme sledovali priamo počas aplikácie, pričom sme vychádzali z odporúčaní jednotlivých intervencií vedúcich k správnej aplikácii inzulínu inzulínovým perom (American Diabetes Association, 2004, s. 5106-5107; Danne et al., 2014, s. 124). Uvedené intervencie (tab. 2., 3.) sú všeobecne platné, aj keď pri niektorých z nich je správnosť postupu vnímaná v rôznom prostredí nejednotne a môžu sa zdať byť diskutabilné – napr. otázka dezinfekcie miesta vpichu pred samotnou aplikáciou. Všetky pozorované intervencie sú obsahom edukácie detských diabetických pacientov v podmienkach SR. Okrem toho sme zaznamenávali údaje o respondentovi: vek dieťaťa, pohlavie, dĺžku trvania DM1, počet aplikácií inzulínu/24 hodín. Pri zostavovaní pozorovacieho formuláru sme vychádzali z metodiky štúdie autorov Ekim a Pek (2010, s. 70-74).

Získané údaje boli spracované pomocou deskriptívnej štatistiky – aritmetický priemer (m – mean), smerodajná odchýlka (SD), početnosť (%). Pre porovnanie realizácie jednotlivých intervencií aplikácie inzulínu vzhľadom k vekovým skupinám bol použitý neparametrický Kruskal-Wallis test (K-W) na hladine významnosti $p < 0,05$.

Výsledky

Pri hodnotení správnej techniky aplikácie inzulínu inzulínovým perom sme sa zamerali na percentuálne zastúpenie detí s DM1, ktoré si aplikujú inzulín správne (tab. 2.). Dodržiavanie odporúčaní pre správnu aplikáciu inzulínu sa prejavilo najmä v intervenciách (pre prehľadnosť v texte uvádzame jednotlivé intervencie kurzívou): *výber správneho miesta vpichu* (100 %), *nastavenie správnej dávky inzulínu* (97,7 %), *dezinfekcia miesta vpichu* (97,7 %), *kontrola správnej inzulínovej náplne* (92,8

%). Nedodržovanie odporúčaní sa objavilo najčastejšie v intervenciách: *použitie tlaku na miesto vpichu* (31,1 %), *umývanie rúk pred aplikáciou* (68,8 %). Intervenciu *pripevnenie ihly k inzulínovému peru* sme nezaznamenali ani u jedného z respondentov. Respondenti nám túto skutočnosť odôvodňovali tým, že si ihlu nevymieňajú pravidelne po každej aplikácii inzulínu.

Tab. 2. Percentuálne zastúpenie respondentov so správnou aplikáciou inzulínu (jednotlivé intervencie)

Veková skupina	6-9	10-12	13-18	Spolu
	%	%	%	%
Umývanie rúk pred aplikáciou	85,7	91,6	42,1	68,8
Pripevnenie ihly k inzulínovému peru	0	0	0	0
Kontrola správnej inzulínovej náplne	92,8	100	94,7	95,5
Kontrola vzduchovej bubliny v zásobníku	78,5	100	73,6	82,2
Kontrola priechodnosti ihly	78,5	75	73,6	75,5
Nastavenie správnej dávky inzulínu	92,8	100	100	97,7
Výber správneho miesta vpichu pre injekciu	100	100	100	100
Striedanie miesta vpichu	85,7	100	94,7	93,3
Dezinfekcia miesta vpichu	100	100	94,7	97,7
Vytvorenie kožnej riasy nedominantnou rukou	100	83,3	94,7	93,3
Aplikácia inzulínu v 90° uhle	100	100	78,9	91,1
Čakanie po dobu 10 sekúnd bez vybratia ihly	92,8	66,6	68,4	75,5
Použitie tlaku na miesto vpichu	14,2	75	15,7	31,1
Zatvorenie inzulínového pera krytom	100	100	89,4	95,5
Záznam aplikácie do diabetickej knižky	92,8	91,6	78,9	86,6
Celková úspešnosť v správnej aplikácii inzulínu	80,9	85,5	73,3	78,9

Z hľadiska celkovej úspešnosti v dodržiavaní odporúčaní sme vo vekovej skupine 6 – 9 rokov zaznamenali 80,9 % úspešnosť. Najviac dodržiavali odporúčania pre správnu aplikáciu inzulínu respondenti vo vekovej skupine 10 – 12 rokov (85,5 % úspešnosť). Najnižšia celková úspešnosť bola 73,3 % vo vekovej skupine 13 – 18 rokov.

Údaje v tab. 3. poukazujú na to, ako vplýva vek respondentov na adhérenciu pri správnej aplikácii inzulínu inzulínovým perom. Niektoré intervencie sa u respondentov s rastúcim vekom zlepšovali, ako napr.: *kontrola správnej inzulínovej náplne*, *nastavenie správnej dávky inzulínu*, *striedanie miesta vpichu*. S rastúcim vekom sme však zaznamenali viac chýb a nedostatkov v niektorých odporúčaných postupoch, napr.: *umývanie rúk pred aplikáciou inzulínu*, *kontrola priechodnosti ihly*, *aplikácia inzulínu v 90° uhle*. Štatisticky významné rozdiely v aplikácii inzulínu vo vzťahu k veku sme zaznamenali v intervenciách: *umývanie rúk pred aplikáciou*, *aplikácia inzulínu v 90° uhle* a *použitie tlaku na miesto vpichu*.

Tab. 3. Porovnanie jednotlivých intervencií aplikácie inzulínu vzhľadom k veku

Veková skupina	6-9 (n=14)		10-12 (n=12)		13-18 (n=19)		p-value K-W
	m	SD	m	SD	m	SD	
Umývanie rúk pred aplikáciou	0,86	0,36	0,92	0,29	0,42	0,51	0,003*
Pripevnenie ihly k inzulínovému peru	0	0	0	0	0	0	0,772
Kontrola správnej inzulínovej náplne	0,93	0,27	1	0	0,95	0,23	0,677
Kontrola vzduchovej bubliny v zásobníku	0,79	0,43	1	0	0,74	0,45	0,168
Kontrola priechodnosti ihly	0,79	0,43	0,75	0,45	0,74	0,45	0,951
Nastavenie správnej dávky inzulínu	0,93	0,27	1	0	1	0	0,338
Výber správneho miesta vpichu pre injekciu	1	0	1	0	1	0	0,772
Striedanie miesta vpichu	0,86	0,36	1	0	0,95	0,23	0,345

Tab. 3. – pokračovanie

Veková skupina	6-9 (n=14)		10-12 (n=12)		13-18 (n=19)		p-value K-W
	m	SD	m	SD	m	SD	
Dezinfekcia miesta vpichu	1	0	1	0	0,95	0,23	0,515
Vytvorenie kožnej riasy nedominantnou rukou	1	0	0,83	0,39	0,95	0,23	0,236
Aplikácia inzulínu v 90° uhle	1	0	1	0	0,79	0,42	0,049*
Čakanie po dobu 10 sekúnd bez vybratia ihly	0,93	0,27	0,67	0,49	0,68	0,48	0,201
Použitie tlaku na miesto vpichu	0,14	0,36	0,75	0,45	0,16	0,38	0,000*
Zatvorenie inzulínového pera krytom	1	0	1	0	0,89	0,32	0,251
Záznam aplikácie do diabetickej knižky	0,93	0,27	0,92	0,29	0,79	0,42	0,445

Legenda: m – aritmetický priemer; SD – smerodajná odchýlka; * – $p < 0,05$

Diskusia

Adherencia k liečbe DM1 sa skladá z viacerých prvkov, ktoré sa týkajú jednak režimových opatrení (dietoterapia, fyzická aktivita, prevencia komplikácií) a jednak adherencie k selfmonitoringu glykémie a aplikácii inzulínu. V našej štúdií sme sa zamerali na zhodnotenie adherencie detí k aplikácii inzulínu inzulínovým perom pri DM1 a na identifikovanie nedostatkov v jednotlivých intervenciách, ktoré s daným výkonom súvisia.

Pri hodnotení intervencií pri aplikácii inzulínu inzulínovým perom sme u detí s DM1 zaznamenali dodržiavanie odporúčaní týkajúcich sa najmä *správneho miesta vpichu, nastavenia správnej dávky, dezinfekcie miesta vpichu, kontroly nastavenia inzulínovej náplne*. Vo všetkých vekových skupinách dosiahli tieto intervencie vysokú percentuálnu úspešnosť (od 92,8 % do 100 %).

Najväčšie nedostatky v aplikácii inzulínu inzulínovým perom u všetkých vekových skupín respondentov sme identifikovali v intervenciách: *pripevnenie ihly k inzulínovému peru, použitie tlaku na miesto vpichu, umývanie rúk pred aplikáciou*. Podobné nedostatky boli zaznamenané aj v štúdií autorov Ekim, Pek (2010, s.73). Zhodne zaznamenali nedostatky v intervenciách týkajúcich sa *umývania rúk pred aplikáciou a použitia tlaku na miesto vpichu*. U žiadneho respondenta sme nepozorovali výmenu ihly pred aplikáciou aj napriek tomu, že sami výrobcovia inzulínových pier odporúčajú v príbalových letádoch výmenu ihly po každom použití. Respondenti uvádzali, že počet kusov ihliel, na ktoré má diabetik nárok, nie je možné zosúladiť s počtom vpichov, preto je nutné ich viacnásobné použitie. Podľa kategorizácie zdravotníckych pomôcok je ročný limit inzulínových ihliel k inzulínovému peru pre deti do 15 rokov 300 ks pre intenzifikovaný režim a 200 ks pre konvenčný režim (Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, 2015).

Správna aplikácia inzulínu je významnou súčasťou adherencie dieťaťa k liečbe DM1. Je preto veľmi dôležité, aby tieto deti mali dostatok vedomostí a zručností na to, aby mohli prevziať zodpovednosť za svoju liečbu inzulínom. Úmerne s vekom dieťaťa rastie aj rozvoj vedomostí, emocionalita a psychomotorických zručností. Práve zvládanie nárokov terapeutického režimu môže na dieťa pôsobiť veľmi motivačne, najmä v oblasti kontroly a zodpovednosti za liečbu.

Aj na základe našich zistení môžeme tvrdiť, že deti vo veku 6 – 9 rokov ešte nemajú dostatočne osvojené zručnosti spojene najmä s nedostatočne vyvinutou jemnou motorikou rúk. Najmenej zručné boli deti tejto vekovej kategórie v intervenciách: *povyťahnutie ihly pri aplikácii inzulínu, použitie tlaku na miesto vpichu, kontrola vzduchovej bubliny v zásobníku a prestrekovanie ihly pred aplikáciou*. Sú to práve intervencie, ktoré vyžadujú zručnosti v oblasti jemnej motoriky. Deti v tomto veku plne zdieľajú zodpovednosť za aplikáciu inzulínu s rodičmi (Ekim, Pek, 2010, s.70). Rodič pomáha dieťaťu pri aplikácii inzulínu (aplikácia inzulínu v ťažšie dostupných miestach pre dieťa, vytvorenie kožnej riasy, nastavenie správnej dávky). Rodič musí byť prítomný a nápomocný dieťaťu pri každej aplikácii a následne prenášať na dieťa postupnú zodpovednosť za jednotlivé kroky pri aplikácii a selfmonitoringu svojho ochorenia (Szabóová, Chrenková, 2004, s. 12).

Vo vekovej kategórii 10 – 12 rokov sme zaznamenali vysoké percento úspešnosti skoro vo všetkých položkách pozorovania. Pri porovnaní vekových skupín dosiahli deti vo veku 10 – 12 rokov najlepšie výsledky v správnej aplikácii inzulínu (85,5 %). Viaceré štúdie (American diabetes association, 2004, s. 106; Danne et al., 2014, s. 124; Silverstein, 2005, s. 190) potvrdzujú, že dieťa môže začínať preberať zodpovednosť za aplikáciu inzulínu vo veku okolo 10 – 12 rokov, samozrejme nemôžeme zabúdať na už spomínanú zrelosť. Väčšina detí starších ako 10 rokov je už schopná samostatne si aplikovať inzulín a byť aj za to plne zodpovedná. Pre tento vek je charakteristické zlepšovanie motorických zručností, zlepšuje sa celková koordinácia rúk a očí a deti sú emocionálne vyspelejšie. Je potrebné redukovat' pomoc a kontrolu rodičov na najnižšiu možnú mieru a postupne prenechať zodpovednosť za správnu aplikáciu inzulínu na dieťaťu. Aj keď zodpovednosť za aplikáciu

inzulínu preberá postupne dieťa, rodič sa naďalej podieľa na selfmanažmente ochorenia formou kontroly a posudzovania správnych návykov a zručností pri aplikácii inzulínu.

Vek dieťaťa patrí k nemodifikovaným faktorom adherencie, pričom samotný vek dieťaťa prináša pre adherenciu rozdielne prekážky (Matoulková et al., 2012, s. 115). Týka sa to napríklad obdobia puberty a dospievania. Puberta je spojená s výraznými psychickými i biologickými zmenami, ktoré vo veľkej miere ovplyvňujú adherenciu k liečbe DM1. Toto obdobie sa spája s vyššou kognitívnu a emocionálnou zrelosťou. Aj keď niektoré štúdie potvrdzujú, že so zvyšovaním veku sa zlepšujú aj zručnosti v aplikácii inzulínu (Ekim, Pek, 2010, s. 72), často je práve vekové obdobie 13 – 18 rokov typické zhoršením kompenzácie ochorenia, kedy inzulínová liečba často zlyháva (Štechová, 2013, s. 67). V našej štúdii bola úspešnosť aplikácie inzulínu u detí vo veku 13 – 18 rokov najnižšia (73,3 %). Viacerí autori (Silverstein et al., 2005, s. 204; Cameron et al., 2014, s. 245; Pires et al., 2016, s. 21) sa zhodujú v tom, že u adolescentov s DM1 sa stretávame s nedostatočným dodržiavaním liečebného režimu. Aj keď by sa mali intervencie pri aplikácii inzulínu zlepšovať a zdokonaľovať, u detí v adolescentnom veku adherencia klesá. Adherencia klesá nielen s dĺžkou terapie DM1, ale aj s pribúdajúcim vekom dieťaťa (Silverstein et al., 2005, s. 204; Cameron et al., 2014, s. 245; Pires et al., 2016, s. 21; Taddeo et al., 2008, s. 19). Adolescenti sa cítia nielen aplikáciou inzulínu, ale aj celkovým selfmanažmentom svojho ochorenia obmedzovaní, cítia sa menejcenní, majú strach z nepochopenia zo strany svojich rovesníkov, zatajujú svoje ochorenia a môže sa u nich prejaviť rizikové správanie (Ekim, Pek, 2010, s. 74). Adolescenti sa usilujú byť samostatní a nezávislí od rodičov a veria, že nonadherencia je otázkou osobnej slobody.

Pri porovnaní jednotlivých intervencií pri aplikácii inzulínu vzhľadom k veku sa potvrdili štatisticky významné rozdiely ($p < 0,05$) v zručnostiach: *umývanie rúk pred aplikáciou, aplikácia inzulínu v 90° uhle a použitie tlaku na miesto vpichu*. S rastúcim vekom sledujeme v týchto intervenciách zvýšený počet chýb. Daným intervenciám respondenti v adolescentnom veku neprpisujú veľký význam, snažia sa celý výkon aplikácie inzulínu urýchliť a zjednodušiť práve vynechaním už spomenutej intervencie, alebo jej nesprávnym vykonaním.

Záver

Adherencia dieťaťa k liečbe DM1 môže byť ovplyvňovaná viacerými faktormi, ktoré súvisia s jeho vekom a zrelosťou, s dĺžkou ochorenia, náročnosťou selfmanažmentu ochorenia a pod. Je pozitívne ovplyvňovaná dobrými vzťahmi v rodine a správne a efektívne vedenou edukáciou. Vek a samotná vývinová zrelosť dieťaťa sú významnými faktormi, ktoré ovplyvňujú nielen adherenciu k liečbe, ale aj preberanie zodpovednosti pri aplikácii inzulínu, ktoré s adherenciou úzko súvisí. Znížená adherencia sa spája s nástupom osamostatňovania sa detí od rodičov a budovaním si vlastnej identity. Postupne sa pomoc rodičov pri aplikácii inzulínu v závislosti od veku, vývinu a zrelosti dieťaťa redukuje. Redukcia pomoci je individuálna a ako už bolo spomenuté, závisí od stupňa vospelosti a zrelosti dieťaťa v danom vekovom období. Podpora rodičov predstavuje dôležitým podmienku úspešnej liečby a vedie k zlepšeniu adherencie (Vrablík, 2013, s. 371). Okrem podpory rodičov je dôležitým prvkom stratégie zlepšenia adherencie k liečbe systematická a opakovaná edukácia.

Etické aspekty štúdie a konflikt záujmov

O obsahu a cieľoch pozorovania sme v úvode informovali deti aj rodičov, ktorí písomne potvrdili súhlas s jeho realizáciou. Autori si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmov.

Podakovanie

Naše podakovanie patrí deťom a ich rodičom, ktorí sa podieľali na štúdii a tiež aj zdravotníkom, ktorí nám umožnili štúdiu realizovať na ich pracovisku.

Zoznam bibliografických odkazov

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2004. Insulin administration. In *Diabetes care* [online]. 2004, vol. 27 (Suppl. 1), pp. 5106-5107 [cit. 2015-02-21]. Dostupné na internete: http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s106.long.

BÓRIKOVÁ, I. 2013. *Kompliancia a adherencia u pacienta s chronickým ochorením*. 1. vyd. - Martin : JLF UK - portál MEFANET, [online]. 2013. [cit. 2017-09-12] 31 s. Dostupné na internete: <http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=224>.

CAMERON, F. J. et al. 2014. Diabetes in adolescence. In *Pediatric Diabetes* [online]. 2014, vol. 15 (Suppl.20), pp. 245-256 [cit. 2017-10-20]. Dostupné na internete: http://c.ymcdn.com/sites/www.ispad.org/resource/resmgr/Docs/CPCG_2014_CHAP_17.pdf.

ČILJAKOVÁ, M. et al. 2017. Faktory prispievajúce k optimálnej kontrole diabetes mellitus 1. typu v detskom veku a adolescencii. In *Forum Diabetologicum*, 2017, roč. 6, č. 2., s. 79-83.

Činnosť diabetologických ambulancií v SR 2016. [online]. 2017. [cit. 2017-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2016/zs1711.pdf>.

DANNE, T. et al. 2014. Insulin treatment in children and adolescent with diabetes. In *Pediatric Diabetes* [online]. 2014, vol. 15 (Suppl. 20), pp. 115-134. [cit. 2016-09-20]. Dostupné na internete: https://www.ispad.org/sites/default/files/resources/files/9-insulin_treatment_in_children_and_adolescents_with_diabetes.pdf.

EKIM, A. – PEK, H. 2010. Insulin administration skills of children with type 1 diabetes. In *Journal of Diabetes Nursing* [online], 2010, vol. 14, no. 2, pp. 70-74. [cit. 2015-02-23]. Dostupné na internete: http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/content/_master/1027/files/pdf/jdn14-2pg70-4.pdf.

HEARNshaw, H. – LINDENMEYER, A. 2006. What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature on definitions and measurements. In *Diabetic Medicine*, 2006, vol. 23, no. 7, pp. 720-728.

LANGE, K. et al. 2014. Diabetes education in children and adolescent. In *Pediatric Diabetes* [online], 2014, vol. 15 (Suppl. 20), pp. 77-85. [cit. 2015-02-20]. Dostupné na internete: https://www.ispad.org/sites/default/files/resources/files/6-diabetes_education_in_children_and_adolescents.pdf.

MATOULKOVÁ, P. – PAVLATOVÁ, J. – KRULICHOVÁ, I.S. 2012. Postoje a adherence diabetiků 2. typu k farmakologickej léčbě – pilotní projekt. In *Klinická farmakologie a farmacie*, 2012, roč. 26, č. 3, s. 113-116.

PIRES, M. R. et al. 2016. Problems with adherence to treatment among adolescents with diabetes mellitus type 1. In *Journal of Human Growth Development*, 2016, vol. 26, no. 1, pp. 21-27.

SZABÓOVÁ, E. – CHRENKOVÁ, J. 2004. Boj so sebou samým. In *Diabetik*, 2004, roč. 3, č. 5, s. 12-13.

SILVERSTEIN, J. et al. 2005. Care of children and adolescents with type 1 diabetes. In *Diabetes care* [online], 2005, vol. 28, no. 1, pp. 186-212 [cit. 2014-2-20]. Dostupné na internete: <http://care.diabetesjournals.org/content/28/1/186.full.pdf+html>.

ŠTECHOVÁ, K. 2013. Léčba inzulinovou pumpou. In *Interní medicína pro praxi*, 2013, roč. 15, č. 2, s. 64-68.

TADDEO, D. – EGEDY, M. – FRAPPIER, JY. 2008. Adherence to treatment in adolescents. In *Paediatrics Child Health*, 2008, vol. 13, no. 1, pp. 19-24.

VRABLÍK, M. 2013. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. In *Medicína pro praxi*, 2013, roč. 10, č. 11-12, s. 369-371.

Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok 1.1.2015 – 31.3.2015. Limitové tabuľky, preskripčné obmedzenia a indikačné obmedzenia [online]. 2015. [cit. 2015-02-20]. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?zkzp-201501>.

Kontakt

Mgr. Mária Zanovitová, PhD.

JLF UK, Ústav ošetrovateľstva

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

E-mail: zanovitova@jfmmed.uniba.sk

Prijaté: 2. 10. 2017

Akceptované: 7. 11. 2017

Popôrodná adaptácia novorodenca v skin to skin kontakte

Eva Lazárová, Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstract

LAZÁROVÁ, E. – SIMOČKOVÁ, V. Postnatal adaptation of the newborn in skin to skin contact. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2017, vol. 7, no. 2, pp. „Popôrodná adaptácia novorodenca v skin to skin kontakte“ na stránke 64-71. Available on: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-2/poporodna-adaptacia-novorodenca-v-skin-to-skin-kontakte>.

Introduction: The skin to skin method in the care of newborn has the crucial importance in his postnatal adaptation. In the article we characterize adduced method and point out to the possitive influence of early skin to skin contact on postnatal adaptation of physiological newborn.

Aim: The aim of the paper is to point out to benefits of incorporating the skin to skin method into the standard nursing care of newborn.

Methods: To obtain the empirical data, we used the method of observation and measurement to monitor pulse, body temperature and self-latching in the control group of physiological newborns using the skin to skin method. In the control group the care of newborn was provided with the standard nursing procedure. We recorded the selected indicators in the observation sheets and then compared them.

Results: The study included 90 respondents, physiological newborns. The results point out to better postnatal adaptation of physiological newborns using the skin to skin method. From the average pulse values ensue that the newborns treated with the skin to skin method have lower values of pulse during the whole monitoring process than the newborn treated by the standard method. The average body temperature values on the back of skin to skin newborns are higher throughout the whole time period.

Conclusion: Based on the comparison we have confirmed our assumption that the physiological newborn in skin to skin contact has more favourable values in the selected monitoring indicators than the newborn treated with the standard care method and because of that we recommend incorporating this method into the standard nursing care of newborn.

Keywords: skin to skin method, newborn, newborn care, postnatal adaptation

Úvod

Po pôrode musí každý novorodenec prejsť sériou adaptačných zmien, ktorými sa prispôsobuje životu v podmienkach mimomaternicového prostredia. U väčšiny novorodencov má obdobie popôrodnej adaptácie hladký priebeh. Podľa Fendrychovej et al. (2009, s. 40-42) popôrodnú adaptáciu môžeme rozdeliť do troch časových úsekov, počas ktorých sú popisované typické fyziologické a behaviorálne prejavy novorodenca. Prvý časový úsek je fáza reaktivity, ktorá začína bezprostredne po pôrode a trvá 30 minút. Novorodenec je v bdelom stave, je aktívny, je schopný sať, ak je priložený k prsníku. Aktivita novorodencov v tejto fáze je charakterizovaná zvýšeným svalovým tonusom, rôznymi neúčelnými pohybmi a tzv. „skúmvým pozorovaním“. Srdcová frekvencia je bezprostredne po pôrode zvýšená (160 – 180 pulzov/min.), k normálnym hodnotám (100 – 140 pulzov/min.) klesá 15 – 30 minút po pôrode. Dychová frekvencia môže byť tiež zvýšená (60 – 80 dychov/min.) a môžu byť prítomné prejavy zvýšeného dychového úsilia, ktoré však prechodom do fázy spánku vymiznú. Pokles telesnej teploty je nepatrný pri dodržaní optimálneho teplotného prostredia. Na konci fázy reaktivity sa aktivita postupne znižuje, novorodenec sa upokojuje, menej reaguje a asi po 15 – 30 minútach po pôrode zaspáva. Ide o druhý časový úsek. Tretí časový úsek predstavuje druhá fáza reaktivity. Jej dĺžka je individuálna, môže byť krátka alebo trvá aj niekoľko hodín. Obyčajne začína dve hodiny po pôrode a končí približne osem hodín po pôrode. Po prebudení môže dieťa reagovať zvýšenou odpoveďou na všetky stimuly. Srdcová frekvencia je variabilná a môže kolísť medzi tachykardiou a bradykardiou. Dýchanie je mierne nepravidelné. Na konci tejto fázy je za normálnych okolností stav novorodenca stabilizovaný (Jurko et al., 2009, s. 196; Thureen, et al., 2005, s. 163-167).

Významným obdobím pre novorodenca a matku sú práve prvé minúty a hodiny po pôrode. Podľa Odenta (1995, s. 85) ich priebeh môže z časti určiť, aký vzťah budú mať deti ku svojim matkám. Tým, že matka a novorodenec trávajú po pôrode veľa času spoločne, rozvíja sa prirodzené správanie novorodenca, ktoré podporuje vytvorenie vzájomnej väzby a inštinktívnych biologických opatrovateľských schopností matky.

Prvý kontakt medzi matkou a dieťaťom po pôrode zvykneme i v našich podmienkach označovať anglickým slovom *bonding*. Popôrodný bonding by sme mohli do slovenčiny voľne preložiť ako zblížovanie, pripútavanie, utváranie vzťahu s práve narodeným dieťaťom (Simočková, 2015, s. 110-114). Podľa Rašmanovej a Janovičovej (2014, s. 4) ide nerušený kontakt – koža na kožu – matky a dieťaťa aspoň do prvého dojčenia, čím dochádza k naštartovaniu materských kompetencií.

Teóriu pripútania formuloval v druhej polovici 20. storočia John Bowlby a rozvíjal ju až do svojej smrti. Bowlby rozlišuje pripútačie správanie alebo tendencie, ktoré definuje ako správanie zamerané na hľadanie alebo udržanie si blízkosti kompetentnejšieho človeka. Toto správanie je zreteľné pri úzkosti, únave, ochorení a je spojené s príslušnou potrebou náklonnosti, lásky, starostlivosti. Pojem pripútačieho správania sa teda týka každého na „blízkosť“ zameraného správania. Naopak pripútanie (v rovnakom význame: vzťahová väzba) je silná potreba kontaktu voči určitým osobám. Je to pretrvávajúci, do značnej miery stabilný a od situácie nezávislý znak pripútačieho správania. Trvalé vzťahové väzby (pripútania) nadväzujú deti len k niekoľkým málo ľuďom (matka, náhradná matka, otec, starí rodičia, súrodenec a pod.), zatiaľ čo pripútačie správanie sa môže podľa situácie zameriavať na viaceré ďalšie osoby. S pripútaním úzko súvisia emócie napr. niekoho milovať, radosť (Bowlby, 2012, s. 19-36).

Raný kontakt „kože na kožu“ (skin to skin) bezprostredne po pôrode patrí k najvýznamnejším. Ak to dovoľuje stav dieťaťa, je dôležité hneď po pôrode bezprostredné priloženie novorodenca na brucho matky. Fyziologický novorodenec je po pôrode vybavený sústavou reflexov potrebných na prežitie. Je to najmä hľadací, sací a prehltací reflex, ktoré zaisťujú príjem potravy. Obyčajne sa dieťa s vyvinutým silným hľadacím reflexom pohybuje smerom k bradavke a prisaje sa. Samoprisatie a prvé nadojčenie dieťaťa je vyvrcholením bondingu. Bezprostredné prisatie má viacero priaznivých efektov pre dieťa aj matku. Vďaka nemu dochádza k stimulácii a vylučovaniu oxytocínu a prolaktínu, čo následne podnecuje tvorbu mlieka v mliečnej žľaze. Pri prvom prisatí dochádza k vyprázdneniu kolostra z mliečnej žľazy, ktorým sa mliečna žľaza plní približne prvých 30 hodín po pôrode, čím sa výrazne zvyšuje jeho množstvo. Obidva spomenuté hormóny okrem somatických účinkov majú aj psychické účinky, keď matku nastavujú na pokoj, dôveru, vnímavosť a nehu voči dieťaťu. Podstatne znižujú koncentrácie stresových hormónov, čo zmierňuje popôrodný stres dieťaťa a umožňuje mu prežívať spokojnosť. Dôležitú úlohu tu zohrávajú aj „dialogy matky s dieťaťom“, rozumieme tu milé a láskyplné prihováranie sa matky k dieťaťu. Prvé prisatie podporuje vznik hlbokéj emocionálnej väzby medzi matkou a dieťaťom s dosahom na celý život a urýchľuje popôrodnú adaptáciu dieťaťa.

Na základe nových vedeckých poznatkov o fyziológii novorodenca a matky sa do popredia starostlivosti dostávala čoraz viac matka a dieťa ako jedna „jednotka“. V súčasnosti je pôrod a obdobie s ním spojené chápané ako jedinečná udalosť, kedy sa matka a novorodenec po biologickej a psychickej stránke navzájom potrebujú. Je to pre nich oboch okamih pokoja a odpočinku po namáhavej práci, okamih prvého dotyku, pohľadu a spoznávania sa.

Jednou z metód, ktorá prispieva k prirodzenej adaptácii novorodenca a matky je metóda skin to skin. Jedná sa o priamy kontakt kože na kožu medzi matkou a novorodencom bezprostredne po narodení dieťaťa až po prvé kŕmenie. V klinickej štúdii Bergmana et al. (2004, s. 779-785), v ktorej sa sledovala stabilizácia predčasne narodených novorodencov, sa popisuje, že všetci novorodenci ošetrovaní metódou skin to skin sa stabilizovali do 6 hodín po pôrode. Pričom za rovnaký čas sa stabilizovala len polovica novorodencov ošetrovaných v inkubátore.

Metódu skin to skin popisuje Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v klasifikácii praktík pri starostlivosti o matku a novorodenca po pôrode. Medzi jednoznačne prospešné praktiky zaradila WHO „skorý telesný kontakt medzi matkou a novorodencom“. Na druhej strane opisuje obmedzenie kontaktu matky a dieťaťa po pôrode ako dokázateľne škodlivé alebo neúčinné a malo by sa zo starostlivosti o matku a novorodenca vylúčiť (Popôrodná péče, 1999, s. 59-60).

Už výskumy z minulého storočia poukazujú na škodlivosť bezdôvodnej separácie. Separované matky majú menší záujem o dieťa, sú viac ohrozené posttraumatickou stresovou poruchou a depesiou. Menej vyhľadávajú očný kontakt so svojim dieťaťom a to ešte aj po roku od separovaného priebehu pôrodu. Sťažnený je aj nástup laktácie (Mrowetz, Peremská 2013, s. 201-204). Podľa Morgan et al. (2011, s. 817-825) má separácia negatívny vplyv na vývoj jedinca. Vedci merali variabilitu srdcovej činnosti u dvojročných spiacich detí po dobu jednej hodiny behom kontaktu skin to skin s matkou a počas osamotenía v postieľke vedľa matkinej postele. Došli k záveru, že novorodenecká vegetatívna činnosť bola o 176 % vyššia a pokojný spánok o 86 % nižší behom separácie v porovnaní s kontaktom skin to skin. Na záver autor výskumu konštatoval, že tieto výsledky sú len prvými krokmi k presnému porozumeniu, prečo sa darí lepšie novorodencom ošetrovaným metódou skin to skin v porovnaní s ošetrovaním v inkubátore.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo analyzovať skin to skin metódu v popôrodnej starostlivosti o novorodenca, jej vplyv na biologické indikátory (pulz a telesná teplota počas prvých dvoch hodín po pôrode) a schopnosť novorodenca uskutočniť samoprisatie. Zámerom bolo komparovať údaje s výsledkami novorodencov so štandardnou ošetrovateľskou starostlivosťou a tým poukázať na výhody zakomponovania metódy skin to skin do štandardnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca.

Stanovili sme si hypotézy vo vzťahu k vybraným premenným pulz (P) a telesná teplota (TT).

- H1: Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v hodnotách pulzovej frekvencie medzi skupinami novorodencov ošetrovaných skin to skin metódou a ošetrovaných štandardným spôsobom.
- H2: Predpokladáme štatisticky významné rozdiely v hodnotách telesnej teploty meranej na chrbte medzi skupinami novorodencov ošetrovaných skin to skin metódou a ošetrovaných štandardným spôsobom.

Súbor

Náš súbor predstavovalo 90 respondentov – 42 novorodencov, u ktorých bola použitá metóda skin to skin; kontrolnú skupinu tvorilo 48 novorodencov ošetrovaných štandardným postupom. Výskumnú štúdiu sme realizovali v období október 2016 až január 2017 na neonatologických pracoviskách troch zdravotníckych zariadení: v Kysuckej nemocnici s poliklinikou Čadca, v Nemocnici s poliklinikou Poprad a. s. a v Univerzitnej nemocnici Martin.

Podmienkou pre zaradenie novorodencov do štúdie bolo, aby novorodenci boli fyziologickí a mali Apgarovej skóre v desiatej minúte 10. Spoločným kritériom výberu pre matky bolo fyziologické tehotenstvo a fyziologický priebeh pôrodu. Matky boli dopredu oboznámené o možnosti zúčastniť sa nášho výskumu. Súhlas s výskumom potvrdili svojím podpisom v informovanom súhlase.

Metodika

Výskum má charakter prierezovej štúdie. Na získanie dát sme použili pozorovanie v kombinácii s experimentom. Nami pripravený experiment pozostával v podpore včasného skin to skin kontaktu v trvaní minimálne 1 hodiny po pôrode. Následne počas štyroch dní bol ženám odporúčaný skin to skin kontakt čo v najväčšej miere najmä v súvislosti s dojením. Kontrolná skupina, ktorej výsledky sa porovnávali, boli novorodenci ošetrovaní štandardnou metódou starostlivosti o novorodenca v súlade s odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 22701/2004- OO z 18. októbra 2004 a to podľa štandardu č. 79 - *Prvé ošetrovanie fyziologického novorodenca a štandardu č. 80 - Monitorovanie novorodenca v pôrodnej sále*.

Vybrané indikátory sme zaznamenávali do pozorovacích hárkov vlastnej konštrukcie a následne sme ich komparovali. Nami vybrané indikátory efektivity skin to skin metódy v popôrodnej adaptácii novorodenca hodnotiace biologickú oblasť boli pulz a telesná teplota na chrbte. Tieto biologické indikátory sme monitorovali každých pätnásť minút v prvej hodine po pôrode a každých 30 minút v druhej hodine. Na vyhodnotenie priebehu prvého dojčenia sme monitorovali schopnosť novorodenca uskutočniť samoprisatie.

Na dosiahnutie validných výsledkov bolo potrebné vopred analyzovať štandardné ošetrovateľské postupy v popôrodnej starostlivosti o novorodenca na jednotlivých pracoviskách a zabezpečiť porovnateľné podmienky na všetkých pracoviskách. Všetky pracoviská mali postup pri ošetrovaní a monitorovaní novorodenca porovnateľný. Jediný pre našu štúdiu dôležitý rozdiel mali v sledovaní telesnej teploty na pokožke. Keďže nie je na všetkých pracoviskách bežnou súčasťou starostlivosti o novorodenca zaznamenávanie telesnej teploty na pokožke, pracoviská nemali rovnaký štandardne odporúčaný spôsob na jej hodnotenie. Preto bol všetkým pracoviskám dodaný rovnaký teplomer na bezdotykové meranie telesnej teploty.

Druhou podmienkou na získanie validných výsledkov bolo zabezpečiť rovnaký postup realizácie experimentu a to sprístupnením dostatočných poznatkov o metóde skin to skin kontaktu sestrám na jednotlivých neonatologických pracoviskách. Metóda skin to skin kontaktu bola prezentovaná a demonštrovaná sestrám, ktoré sa priamo zúčastňovali na výskume, ešte pred začatím štúdie. Získané empirické údaje sme podrobili štatistickej analýze.

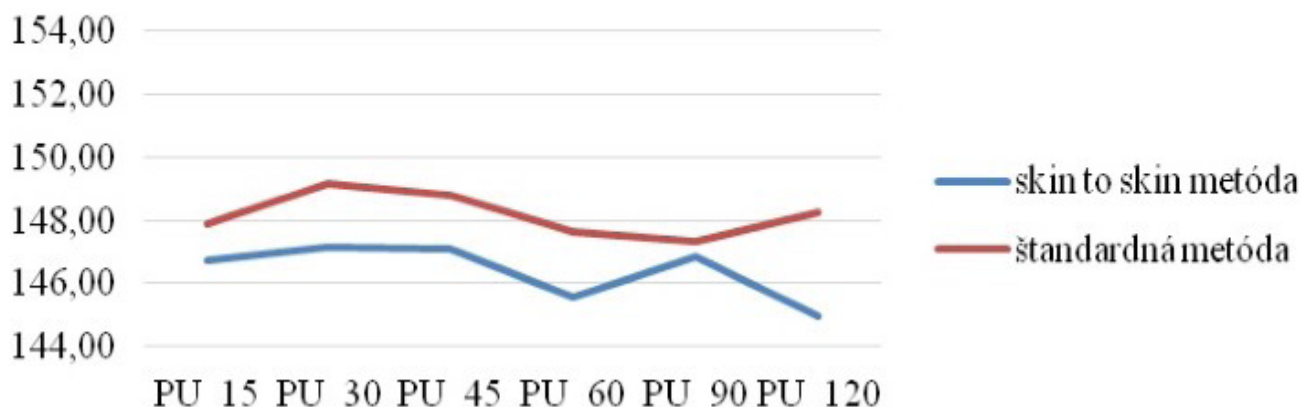
Zber dát prebiehal po schválení štúdie etickými komisiami v zdravotníckych zariadeniach (vyjadrenie etických komisií sa nachádza u autoriek článku).

Výsledky hodnotiace biologické indikátory, pri ktorých sme testovali štatistickú významnosť rozdielov skupinových priemerov t testom a Mann-Whitneyho testom. Rozdiely v pulze na časovej osi sa preverili testovaním korelačnou analýzou na rozdelenom dátovom súbore podľa metódy starostlivosti. Hypotézy overujeme pomocou testov štatistickej významnosti na hladine významnosti testu $\alpha = 0,05$.

Výsledky

V ďalšej časti predkladáme výsledky našej štúdie, ktoré popisujú schopnosť novorodenca uskutočniť samoprisatie.

Zmeny priemerných hodnôt pulzu

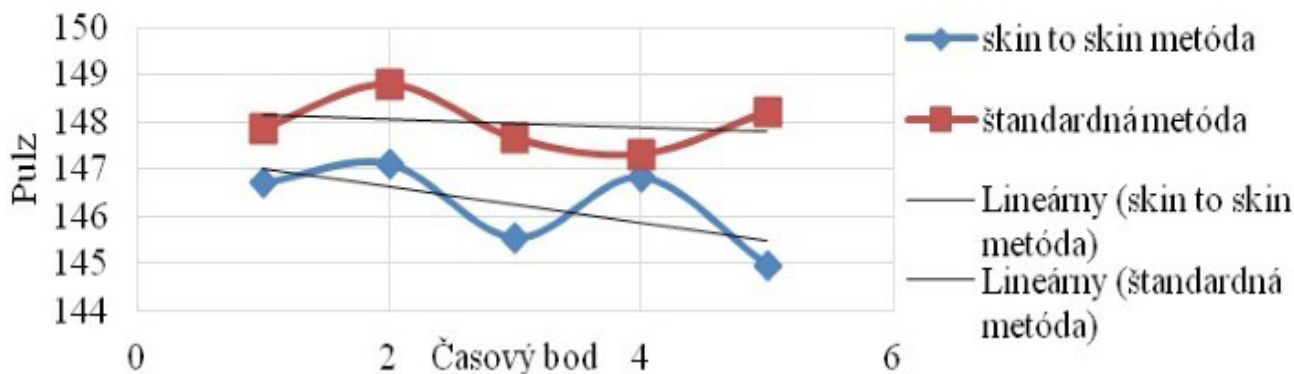


Legenda: PU – pulz

Obr. 1. Popôrodná adaptácia – priemerné hodnoty pulzu

Z priemerných hodnôt pulzu (obr. 1.) vyplýva, že novorodenci ošetrovaní skin to skin metódou mali nižšie hodnoty pulzu v celom priebehu monitorovania ako novorodenci ošetrovaní štandardnou metódou. Rozdiely priemerov a priemerných poradí v jednotlivých časových bodoch sa testovali klasickým t testom a neparametrickým Mann-Whitneyho testom. Rozdiely v časových bodoch podľa metódy starostlivosti sú štatisticky nevýznamné, sú však klinicky významné.

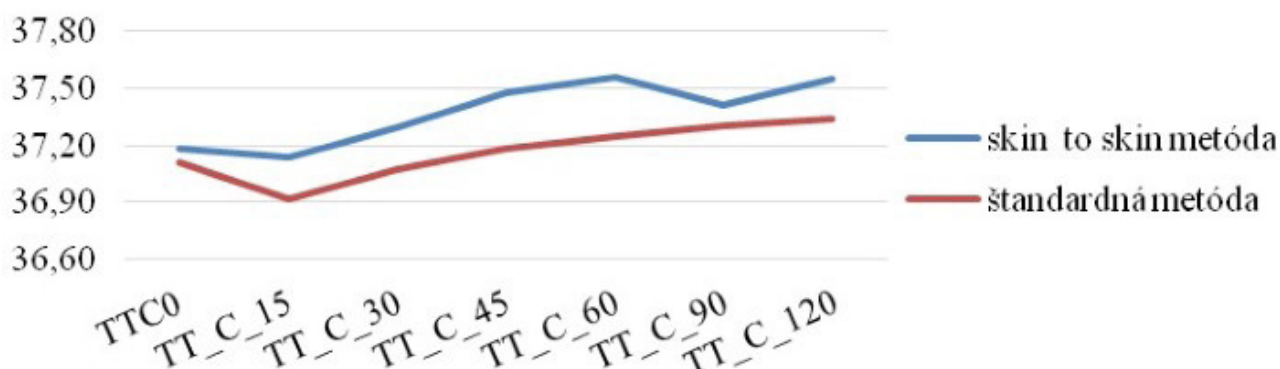
Regresné čiary zmeny pulzu novorodencov v časových bodoch 15, 30, 45, 60, 90 a 120 minút



Obr. 2. Verifikácia hypotézy – regresné priamky zmeny pulzu novorodencov

Na základe porovnania veľkosti regresných koeficientov v experimentálnej a kontrolnej skupine sa hypotéza štatisticky nepotvrdila (obr. 2.). Napriek tomu výsledky poukazujú a potvrdzujú náš predpoklad, že fyziologický novorodenec v skin to skin kontakte má nižšie hodnoty pulzu ako novorodenec ošetrovaný štandardnou metódou starostlivosti. Dôkazom je strmšia regresná krivka zmeny pulzu novorodencov v skin to skin kontakte, čo je klinicky významné.

Zmeny priemerných hodnôt TT na chrbte



Legenda: TT – telesná teplota

Obr. 3. Popôrodná adaptácia – priemerné hodnoty TT na chrbte

Priemerné hodnoty telesnej teploty na chrbte (obr. 3.) u skin to skin novorodencov sú v celom časovom úseku vyššie. Priebeh kolísania TT majú obe skupiny porovnateľné s výnimkou 15. a 90. minúty. V 15. minúte bola zaznamenaná znížená TT na chrbte v obidvoch skupinách, ale v kontrolnej skupine je výraznejší pokles TT ako v experimentálnej skupine (o 0,14 °C). Naopak 90. minúta znázorňuje pokles TT u novorodencov v skin to skin kontakte o 0,15 °C, pričom v kontrolnej skupine nedošlo k poklesu TT.

Tab. 1. Výsledky Mann-Whitneyho testu TT meranej na chrbte v časových bodoch

Časový bod	U-hodnota	W-hodnota	Z-hodnota	Asymptot. p-hodnota	Monte Carlo p-hodnota
TT chrbát 15. min.	686,000	1862,000	-2,614	0,009	0,009
TT chrbát 30. min.	644,500	1820,500	-2,955	0,003	0,003
TT chrbát 45. min.	593,000	1769,000	-3,375	0,001	0,000
TT chrbát 60. min.	564,000	1740,000	-3,606	0,000	0,000
TT chrbát 90. min.	540,000	1716,000	-3,801	0,000	0,000
TT chrbát 120. min.	688,000	1864,000	-2,598	0,009	0,008

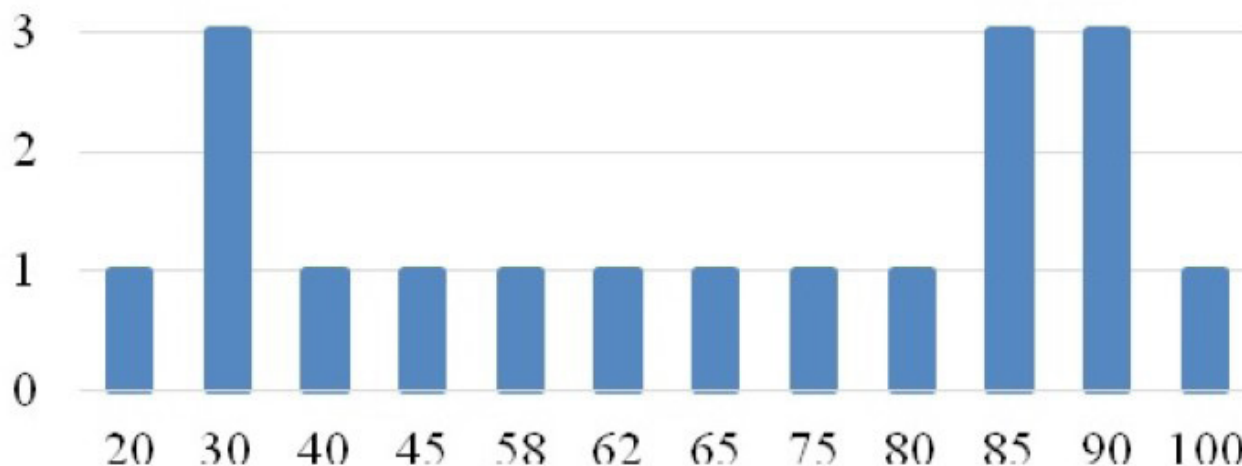
Legenda: TT – telesná teplota

Vo všetkých časových bodoch sú asymptotické p-hodnoty aj exaktné Monte Carlo p-hodnoty nižšie ako je stanovená hladina významnosti testu alfa = 0,05 (tab. 1.). Preto sa môže štatistická nulová hypotéza o rovnosti priemerných poradií zamietnuť.

Rozdiely telesnej teploty meranej na chrbte medzi novorodencami, ktorí boli ošetrovaní metódou skin to skin starostlivosti sú vo všetkých časových úsekoch vyššie ako teploty novorodencov, ktorí boli ošetrovaní štandardnou metódou starostlivosti. Tieto rozdiely sú štatisticky významné vo všetkých časových bodoch merania. Výskumná hypotéza sa potvrdila.

V neposlednom rade sme hodnotili dojčenie. Zisťovali sme, či fyziologický novorodenec vo včasnom kontakte skin to skin v našich podmienkach dokáže uskutočniť samoprisatie.

Uskutočnenie samoprisatia v minútach



Obr. 4. Uskutočnenie samoprisatia

Samoprisatie sa v našej štúdií uskutočnilo len v experimentálnej skupine novorodencov a to v 18 prípadoch. Najčastejšie k nemu dochádzalo v období okolo 60 minút. Po 58. minúte sa samoprisialo 12 novorodencov (67 %), najčastejšie v 85. a 90. minúte po pôrode (obr. 4).

K asistovanému prisatiu dochádzalo v experimentálnej (22 novorodencov) aj kontrolnej skupine (31 novorodencov). Asistované prisatie nastalo skôr ako v 60. minúte. Priemerný čas, kedy nastalo asistované prisatie je 38. minúta. Minimálna hodnota asistovaného prisatia je dokonca len 15. minúta. Z výsledkov je zrejmé, že fyziologický novorodenec v kontakte skin to skin dokáže aj v našich podmienkach uskutočniť samoprisatie. Podmienkou však je trpezlivosť zdravotníckych pracovníkov.

Diskusia

Meta-analýzy skúmajúce pulz a telesnú teplotu novorodenca počas skin to skin kontaktu vypovedajú o pozitívnom vplyve skin to skin metódy. Do meta-analýzy bolo zahrnutých 23 štúdií. Výsledky preukázali, že novorodenci v skin to skin kontakte mali nižší pulz a vyššiu telesnú teplotu (Mori et al., 2009, s. 161-170). Z našich výsledkov analýzy biologických prejavov vyplýva, že novorodenci v skin to skin kontakte mali v celom priebehu monitorovania podľa aritmetických priemerov aj podľa skupinových mediánov nižšie hodnoty pulzu. Pulz novorodencov v experimentálnej skupine do 60. minúty, kedy boli všetci novorodenci v skin to skin kontakte, sa postupne znižoval. Zmena nastala v 90. minúte, kedy nastal náhly vzostup hodnôt pulzu. Jednou z príčin by mohlo byť ukončenie skin to skin kontaktu v 60. minúte u 14 % novorodencov, čo mohlo ovplyvniť dané výsledky.

Podľa Bystrovej et al. (2003, s. 320-326) sa telesná teplota novorodencov v skin to skin kontakte počas troch hodín po pôrode lepšie stabilizuje a dosiahne vyššie hodnoty. Mrowetz a Peremská (2013, s. 201-204) uvádzajú, že novorodenci s bezprostredným skin to skin kontaktom s matkou majú vyššiu telesnú teplotu. Novorodenci, ktorí sú v skin to skin kontakte až po absolvovaní prvého ošetrovania, majú telesnú teplotu nižšiu a novorodenci bez skin to skin kontaktu majú telesnú teplotu najnižšiu. V našom výskume bola telesná teplota na chrbte v celom časovom úseku monitorovania vyššia u novorodencov v skin to skin kontakte.

Štúdie, ktoré sa zaoberali včasným skin to skin kontaktom a dojčením, potvrdzujú prednosti tohto kontaktu. Moore a Anderson (2012) posudzovali 2177 matiek a detí. Z výsledku vyplynulo, že včasný kontakt zvýšil perspektívu v dojčení a predĺžil dobu, po ktorú boli deti dojčené.

Podobne Thukral et al. (2012, s. 114-119) porovnávali dve skupiny. Jedna prikladala po pôrode novorodenca na nahú hrud' a druhá skupina, kontrolná, podstupovala štandardnú starostlivosť zdravotníckeho zariadenia. V oboch skupinách boli porovnateľné a zhodné charakteristiky gestačnej dĺžky, pôrodnej hmotnosti a priebehu pôrodu. V počiatočných fázach boli údaje o dojčení porovnateľné, ale rozlišovali sa hlavne v dobe ako dlho matky výlučne dojčili. Matky zo skupiny prikladajúcej novorodenca skin to skin dojčili plne a výlučne ešte v 6. týždňoch, zatiaľ čo matky v kontrolnej skupine mali horšie výsledky, boli nútené viac dokrmovať svoje deti prípadne už nedojčili.

Novorodenec sa podľa Newmana (2008, s. 6) rodí so schopnosťou dojsť sa a takmer všetci novorodenci v neprerušovanom a dostatočne dlhom skin to skin kontakte sa prisajú sami na prsník. Novorodencovi trvá priemerne 30 – 60 minút, kým sa na bruchu doplazí k prsníku.

Podľa Polokovej (2011, s. 9-15) je v 55. minúte pri metóde skin to skin už väčšina novorodencov prisatých k bradavke. V našej štúdií sa v uvedenom časovom intervale samoprisatie uskutočnilo u novorodencov v skin to skin kontakte len v 43 % pôrodov. Novorodenci sa najčastejšie prisali v období po jednej hodine po pôrode.

Prekážky, kvôli ktorým nie je možné realizovať metódu skin to skin u fyziologických novorodencov, takmer nie sú. Problémy môžu nastať pri poruchách zdravotného stavu zo strany matky (napr. operačný pôrod).

Výskumná štúdia má limitácie v tom, že do štúdie sme zaradili iba fyziologických novorodencov. Ďalšou limitáciou je nevyhnutnosť zaškoliť zdravotnícky personál pre potreby monitorovania biologických indikátorov.

Záver

Komparáciou sme potvrdili náš predpoklad, že fyziologický novorodenec v skin to skin kontakte má priaznivejšie hodnoty vo vybraných monitorovaných indikátoroch ako novorodenec ošetrovaný štandardnou metódou starostlivosti, preto by sme túto metódu odporúčali začleniť do štandardnej ošetrovateľskej starostlivosti o novorodenca.

Z výsledkov našej štúdie vyplynulo niekoľko odporúčaní pre bežnú prax v starostlivosti o novorodenca. Prvým dôležitým krokom k zavedeniu skin to skin metódy do praxe je zabezpečenie dostatočných vedomostí o metóde skin to skin jednak pre zdravotníckych pracovníkov ako aj pre laickú verejnosť. Preto by sme navrhovali zaradiť koncepciu skin to skin metódy v rámci sústavného vzdelávania sestier hlavne na neonatologických pracoviskách formou interaktívnych prednášok. Podobne by bolo vhodné zapracovať poznatky týkajúce sa bondingu v rámci psychofyzickej prípravy tehotných žien a prezentovať ich v konkrétnych zdravotníckych zariadeniach.

Zoznam bibliografických odkazov

- BERGMAN, N. J. et al. 2004. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. In *Acta paediatrica* [online], 2004, vol. 93, no. 6, p. 779-785. [citované 2017-05-26]. Dostupné na internete: <http://www.refdoc.fr/Detailnotice?idarticle=7862901>.
- BOWLBY, J. 2012. *Odloučení : Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha : Portál, 2012. 400 s..
- BYSTROVA, K. et al. 2003. Skin to skin contact may reduce negative consequences of „the stress of being born“. A study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St: Petersburg, In *Acta Paediatrica* [online], 2003, vol. 92, no. 3, pp. 320- 326 [cit. 2017-02-20]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12725547>.
- FENDRYCHOVÁ, J. et al. 2009. *Vybrané kapitoly o ošetrovateľskej péči v pediatrii – 2. časť: Péče o novorozence*. Brno : NCO NZO, 2009. 134 s.
- JURKO, A. et al. 2009. *Pediatrica a ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Bratislava : UK, 2009. s. 196.
- MOORE, E. R. – ANDERSON, G. C. J. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their health newborn infants. (Updated Cochrane review) In *Cochrane Database of Systematic Reviews* May [online], 2012, vol.16, no. 5. [cit. 2014-05-02]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592691>.
- MORGAN, B. et al. 2011. Should Neonates Sleep Alone? In *Biological Psychiatry* [online], pp. 817-825 [cit 2017-05-14]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802659>.
- MORI, R. et al. 2009. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. In *Pediatrics international* [online], vol. 52, no. 2, pp. 161-170 [citované 2017-02-20]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519670>.
- MROWETZ, M. – PEREMSKÁ, M., 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméria, či realita budoucnosti? In *Pediatric pro praxi*, 2013, vol.14, no. 3, s. 201-204.
- NEWMAN, J. 2008. Dojčenie – dôležité je správne začať. In *Zborník zo školenia o poradenstve pri dojčení*. Bratislava : MAMILA, UNICEF, 2008. s. 6.
- ODENT, M. 1995. *Znouzrožený porod*. Praha : Argo, 1995. 154 s.
- POLOKOVÁ, A. 2011. *Praktický návod na dojčenie*. Bratislava : MAMILA, UNICEF, 2011. 124 s.

Poporodní péče o matku a novorozence [online], 1999. Ženeva : WHO, 1999, s. 59-60. [cit. 2017-02-25]. Dostupné na internete: <http://www.navanita.cz/ke-stazeni/tehotenstvi-porod-kojeni/>.

RAŠMANOVÁ, M. – JANOVIČOVÁ, G. 2014. *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Ženské kruhy [online]. 2014, s. 4 [cit. 2015-03-25]. Dostupné na internete: <http://www.zenskekruby.sk/temy/e-booky/e-book-bonding>.

SIMOČKOVÁ, V. 2015. Úloha pôrodnej asistentky pri podpore bondingu. In *Ružomerské zdravotnícke dni 2015 –X. ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie*. [CD-ROM]. Ed. Anton Lacko et al. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity, 2015, s. 110-114.

THUKRAL, A. et al. 2012. Early skin to skin contact and breast feeding behavior in term neonates: a randomized controlled trial. In *Neonatology* [online], 2012, vol. 102, no. 2, pp. 114-119. DOI: 10.1159/000337839. [cit. 2014-05-02]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22699241>.

THUREEN, P. J. et al. 2005. *Assessment and care of the well newborn*. USA : Elsevier Saunders, 2005. 432 p.

Kontakt

Mgr. Eva Lazárová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika
E-mail: eva.lazarova@azet.sk

Prijaté: 17. 5. 2017

Akceptované: 7. 11. 2017

POĎAKOVANIE RECENZENTOM

Redakcia časopisu *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* ďakuje všetkým recenzentom, ktorí sa podieľali na recenzovaní príspevkov publikovaných alebo zamietnutých v roku 2017.

Dimunová Lucia
Farský Ivan
Hudáková Anna
Hlinková Edita
Majerníková Ľudmila
Mandysová Petra
Mikšová Zdeňka
Nemcová Jana
Ovšonková Anna
Plevová Ilona
Sováriová Soósová Mária
Šaňáková Šárka
Šáteková Lenka
Zanovitová Mária
Zeleníková Renáta
Zrubáková Katarína
Urbanová Eva