



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



2019  
Ročník 9, 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 vied, Univerzita Palackého v Olomouci

**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

**Steve MacGillivray, PhD**

School of Nursing and Health Sciences, University of Dundee

**doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.**

Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

**prof. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH**

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita

**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](mailto: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](mailto:farkas@vydosveta.sk)

web: <http://www.vydosveta.sk>

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2019

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

e-mail: [sokolr@tvorivec.sk](mailto:sokolr@tvorivec.sk)

## OBSAH

<b>EDITORIÁL: PŘEKLAD ZAHRANIČNÍCH HODNOTÍCÍCH NÁSTROJŮ – JAKÁ ÚSKALÍ V SOBĚ MŮŽE SKRÝVAT?</b> Petra Mandysová .....	39
<b>EDITORIAL: TRANSLATED VERSIONS OF FOREIGN ASSESSMENT INSTRUMENTS – WHAT ARE THE HIDDEN CHALLENGES?</b> Petra Mandysová .....	41
<b>PREDIKTORY CHYBĚJÍCÍ, PŘIDĚLOVANÉ A NEDOKONČENÉ OŠETROVATELSKÉ PÉČE</b> Dominika Kalánková, Daniela Bartoníčková, Katarína Žiaková.....	43
<b>KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ V PREDIALÝZE A S PERITONEÁLNÍ DIALÝZOU</b> Jindřiška Kotlářová, Jana Škvrňáková .....	49
<b>SCOPING REVIEW: TEORETICKÝ RÁMEC A METODOLOGICKÉ POZNÁMKY</b> Jan Chrastina .....	56
<b>DŮVODY CHYBĚJÍCÍ, PŘIDĚLOVANÉ A NEDOKONČENÉ OŠETROVATELSKÉ PÉČE</b> Dominika Kalánková, Daniela Bartoníčková, Katarína Žiaková.....	62
<b>NURSING STUDENTS' EXPERIENCES OF THE CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT IN NORWEGIAN NURSING HOMES: A CROSS-SECTIONAL STUDY</b> Adriana Rosenberg, Anne Marie Lunde Husebø, Kristin A. Laugaland, Ingunn Aase.....	70
<b>POĎAKOVANIE RECENZENTOM</b> .....	79

## Editoriál: Překlad zahraničních hodnotících nástrojů – jaká úskalí v sobě může skrývat?

Ve snaze uplatňovat přístup podporující praxi založenou na důkazech je důležité opírat se nejen o vědecké důkazy pocházející z našeho prostředí, ale čerpat i z vědeckých důkazů publikovaných v zahraničí. V této souvislosti se sestry často soustředí na přejímání různých hodnotících nástrojů (dotazníků, škál apod.) publikovaných v zahraničních odborných zdrojích a překládají je do jazyka své země. Nevhodný přístup však může způsobit, že přeložený nástroj a nástroj původní již nejsou rovnocenné – přeložená verze měří něco jiného než nástroj původní. Důsledkem pak je, že ošetrovatelská praxe zahrnující využití těchto nekvalitně přeložených nástrojů již není založená na důkazech.

V posledních dvou desetiletích sice došlo k pokroku v metodách překladu zahraničních nástrojů a využití metody zpětného překladu je již považováno za „zlatý standard“. Avšak celá řada dalších souvisejících aspektů bývá řešena jen výjimečně. K těmto opomíjeným aspektům patří výše zmíněná otázka rovnocennosti, konkrétně rovnocennosti transkulturní. Při překladu daného nástroje ze zdrojového jazyka do jazyka cílového je totiž důležité získat transkulturně rovnocenný (ekvivalentní) nástroj, který v obou kulturách měří stejný teoretický konstrukt (jev) (WHO, 2019). To může být někdy složité. Lze uvést celou řadu jevů a pojmů, které v různých kulturách nemusejí být vnímány stejně. Příkladem je poměrně běžný pojem *rodina*, kdy v některých kulturách jsou do rodiny zahrnovány především osoby příbuzné v prvním stupni, kdežto v jiných kulturách je rodina chápána mnohem širěji (Sperber, 2004).

Flaherty et al. (1988) na základě analýzy publikovaných multidisciplinárních šetření identifikovali dokonce pět úrovní transkulturní rovnocennosti, a to nejen rovnocennost konceptuální propagovanou WHO (2019), ale i rovnocennost obsahovou, sémantickou, kritériální a technickou. Lze přitom uvést příklad týkající se obsahové rovnocennosti. Pokud by v hypotetickém dotazníku byla obsažena položka týkající se chůze po zledovatělém chodníku, položka by byla nevhodná pro země nacházející se v tropech, kde teploty nikdy nepoklesnou pod bod mrazu (Acquadro et al., 2014). Technická rovnocennost se může týkat způsobu získávání dat pomocí daného nástroje, kdy např. v jedné kultuře je vhodné klást dotazy přímo pacientovi, avšak v jiné kultuře je nutné informace získávat spíše od rodinného příslušníka. Relevantní může být i gramatika či větná skladba, které někdy nejsou v jednotlivých jazycích srovnatelné. Některé asijské jazyky například nemají podmiňovací způsob. Tím je obtížné do těchto jazyků překládat položky nástroje týkající se hypotetických situací (Sartorius, Kuyken, 1994).

Je tedy patrné, že kromě překladu je důležité provádět i transkulturní validaci. WHO (2019) doporučuje do tohoto procesu zapojit představitele cílové skupiny (tzn., skupinu zamýšlených uživatelů daného nástroje) a realizovat pre-test přeloženého nástroje či tzv. kognitivní rozhovor k získání zpětné vazby. V celém procesu lze navíc využít další metody, ať už se jedná o metody kvalitativní (např. diskuzi či pozorování) nebo kvantitativní (např. výpočet indexu obsahové validity a modifikovaného kappa) (Mandysová, Herr, 2019). Tyto metody podporují kvalitu výsledných překladů a tím i ošetrovatelskou praxi založenou na důkazech.

**doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.**

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství

---

## Seznam bibliografických odkazů

ACQUADRO, C. – BAYLES, A. – JUNIPER, E. 2014. Translating patient-reported outcome measures: a multi-step process is essential. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [online], 2014, vol. 40, no. 3, pp. 211–212. Available on: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v40n3/1806-3713-jbpneu-40-03-00211.pdf>.

FLAHERTY, J. A. – GAVIRIA, F. M. – PATHAK, D. – MITCHELL, T. – WINTROB, R. et al. 1988. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, vol. 176, no. 5, pp. 257–263.

MANDYSOVÁ, P. – HERR, K. 2019. The translation and linguistic validation of the Revised Iowa Pain Thermometer into Czech for a clinical study involving Czech stroke patients. *Kontakt* [online], 2019, vol. 21, no. 1, pp. 55–64. Available on: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2019/01/10.pdf>.

SARTORIUS, N. – KUYKEN, W. 1994. Translation of health status instruments. In ORLEY, J. – KUYKEN, W. *Quality of life Assessments: International Perspectives*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1994, pp. 3–18.

SPERBER, A. D. 2004. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology* [online], 2004, vol. 126, Suppl. 1, pp. S124–S128 [cit. 2019-10-29]. Available on: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01564-6/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01564-6/fulltext).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Process of translation and adaptation of instruments* [online]. 2019 [cit. 2019-07-23]. Available on: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/).

---

## Editorial: Translated versions of foreign assessment instruments – what are the hidden challenges?

As part of the efforts to support evidence-based practice, it is important to rely not only on locally produced scientific evidence but also on scientific evidence published abroad. To do so, nurses often focus on adopting various assessment instruments (questionnaires, scales etc.) published in foreign scientific sources and translate them to local languages. However, an inappropriate approach can lead to the development of a translated version that is not equivalent to the original version – the translated version measures something else than the original instrument. Consequently, nursing care based on the use of such poorly translated instruments is no longer evidence-based.

In the last two decades, the methods used to translate foreign instruments have advanced, and the use of back translation is now considered the “gold standard”. However, several other related aspects are rarely addressed. The neglected aspects include the above-mentioned issue concerning equivalence, specifically, transcultural equivalence. Specifically, the translation of a given instrument from the source language to the target language should produce an instrument that is transculturally equivalent, i.e. an instrument that measures the same theoretical construct (phenomenon) in both cultures (WHO, 2019). This can be difficult. It is possible to mention a number of phenomena or terms that are not necessarily perceived in the same way in both cultures. An example includes the common term *family*. In some cultures, the term *family* primarily includes first-degree relatives; in other cultures, the term is interpreted in a much broader way (Sperber, 2004).

Based on an analysis of a number of published multidisciplinary research studies, Flaherty et al. (1988) identified even five levels of transcultural equivalence – not only conceptual equivalence promoted by the WHO (2019) but also content, semantic, criterion, and technical equivalence. It is possible to mention an example concerning content equivalence. If a hypothetical questionnaire included an item about walking on icy sidewalks, the item would be inappropriate for tropical countries where the temperature never drops below the freezing point (Acquadro et al., 2014). Technical equivalence can concern the way in which data are obtained using the instrument; e.g., whereas in one culture, it is possible to ask the patient directly, in other cultures, the same information should be obtained from another family member rather than the patient. Grammar and sentence structure can be relevant as well as they may not always be comparable. For example, some Asian languages do not have the conditional, making the translation of hypothetical instrument items difficult (Sartorius, Kuyken, 1994).

In conclusion, it is obvious that apart from the translation, it is important to perform transcultural validation. The WHO (2019) stresses that the process should include a pre-test of the translated instrument or a so called cognitive interview by involving representatives of the target group (i.e., a group of intended users of the instrument). Furthermore, the entire process could include other methods, both qualitative methods (e.g., a discussion or observation) and quantitative methods (e.g., content validity indexing and modified kappa calculations) (Mandysová, Herr, 2019). These methods support the quality of the translation and subsequently also the quality of evidence-based nursing practice.

**Assoc. Prof. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.**  
University of Pardubice, Faculty of Health Studies, Department of Nursing

---

## Literature

ACQUADRO, C. – BAYLES, A. – JUNIPER, E. 2014. Translating patient-reported outcome measures: a multi-step process is essential. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [online], 2014, vol. 40, no. 3, pp. 211–212. Available on: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v40n3/1806-3713-jbpneu-40-03-00211.pdf>.

FLAHERTY, J. A. – GAVIRIA, F. M. – PATHAK, D. – MITCHELL, T. – WINTROB, R. et al. 1988. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, vol. 176, no. 5, pp. 257–263.

MANDYSOVÁ, P. – HERR, K. 2019. The translation and linguistic validation of the Revised Iowa Pain Thermometer into Czech for a clinical study involving Czech stroke patients. *Kontakt* [online], 2019, vol. 21, no. 1, pp. 55–64. Available on: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2019/01/10.pdf>.

SARTORIUS, N. – KUYKEN, W. 1994. Translation of health status instruments. In ORLEY, J. – KUYKEN, W. *Quality of life Assessments: International Perspectives*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1994, pp. 3–18.

SPERBER, A. D. 2004. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology* [online], 2004, vol. 126, Suppl. 1, pp. S124–S128 [cit. 2019-10-29]. Available on: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(03\)01564-6/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(03)01564-6/fulltext).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Process of translation and adaptation of instruments* [online]. 2019 [cit. 2019-07-23]. Available on: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/).

## Prediktory chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče

Dominika Kalánková\*, Daniela Bartoníčková\*\*, Katarína Žiaková\*

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

\*\* Univerzita Karlova v Prahe, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství

### Abstract

KALÁNKOVÁ, D. – BARTONÍČKOVÁ, D. – ŽIAKOVÁ, K. Predictors of missed, rationed and unfinished nursing care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 43-48. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/prediktory-chybejici-pridelovane-a-nedokoncene-osetrovatelske-pece>.

**Aim:** To identify predictors of the occurrence of the missed, rationed and unfinished nursing care for effective planning of strategies related to the prevention of its presence.

**Background:** Determination of the predictors of the missed, rationed and unfinished nursing care phenomenon in healthcare facilities may contribute to the reduction or the total elimination of this phenomenon.

**Methods:** The study has the character of the narrative literature review. The search was performed in databases PubMed and ScienceDirect in the period from May 2019 to July 2019. Overall, 27 studies were analysed.

**Results:** Based on the analysis, we identified significant predictors of the occurrence of the missed, rationed and unfinished nursing care phenomenon. These were related mainly to the organisational aspects of healthcare facility, to the characteristics of nurses and patients.

**Conclusion:** Identified predictors fall under the competence of the management, from the line to the top. Management may influence the particular predictors with the aim to ensure the overall higher quality of nursing care as well as increase patient safety and improve the functioning of the workplace.

**Key words:** missed care, nurses, predictor, rationed care, unfinished care

### Úvod

Koncept chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče, jakožto univerzální a multidimenzionální problém, vychází z třífázového fenoménu, založeném na problému (nedostatek času a zdrojů), procesu (klinické rozhodování a přidělování péče) a výsledku (nedokončená péče, chybějící péče, zanedbaná péče) (Kalánková, Kurucová, Žiaková, 2019). Přesto, že Jonesová, Hamiltonová, Murryová (2015) pojímají celkově koncept pod jedním zastřešujícím názvem „nedokončená péče“, Kalánková, Kurucová, Žiaková (2019) zdůrazňují, že se nejedná pouze o jeden koncept, ze kterého přístupy vycházejí, nýbrž o tři jednotlivé koncepty (chybějící, přidělovaná, nedokončená péče). Jednotlivé koncepty se liší jak v definicích, tak i objektivním posuzováním, kterými je lze vyhodnocovat (Kalánková, Kurucová, Žiaková, 2019). V případě nedokončené péče byl prvotním hodnotícím nástrojem pro její měření *Task Undone* (TU), jež pochází z modelu Lucera, Lakeové a Aikenové (2009) procesu péče a výsledků pacientů. V současné době existuje několik typů jeho modifikací, zjišťujících nedokončené ošetrovatelské činnosti odrážejících se na kvalitě poskytované péče, mezi které patří například verze TU-5, TU-7, TU-9 a TU-13 (Jones, Hamilton, Murry, 2015). Přidělovanou péči neboli rozsah přidělu, lze dle Schubertové et al. (2013) měřit počtem ošetrovatelských činností, které bývají opožděny nebo vynechány, a to hned několika nástroji – *The Basel Extent Rationing of Nursing Care* (BERNCA) instrument (Schubert et al., 2007), *The Perceived Implicit Rationing of Nursing Care instrument* (PIRNCA) (Jones, 2014), *Neonatal Extent of Work Rationing instrument* (NEW-RI) (Rochefort, Clarke, 2010). Chybějící ošetrovatelskou péči lze měřit nástrojem MISSCARE Survey, ve kterém jsou vyhodnocovány jak aktivity, tak i důvody této meškané péče (Kalisch, Williams, 2009). Společným znakem všech nástrojů je, že lze prostřednictvím nich identifikovat ošetrovatelské aktivity, které zůstaly sestrami nedokončené (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch, Williams, 2009), ale i to, že se u všech jedná o hodnocení během posledních pracovních směn (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014). Všechny nástroje jsou obohaceny o úvodní demografická data týkající se respondentů. Na základě detekce těchto dat je pak možné v souvislosti se zjištěnými aktivitami stanovit i prediktory vzniku tohoto fenoménu. Vzhledem k tomu, že se jedná o důležité ukazatele přispívající k prevenci vzniku tohoto fenoménu, je důležité je předně identifikovat a systematicky utřídit.

### Cíl

Na základě literárního přehledu identifikovat prediktory vzniku fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče pro efektivní naplánování strategie vztahující se k prevenci jeho vzniku.



## Metodika

Predložený príspevok má charakter naratívneho literárneho prehľadu. Vyhľadávani bylo realizováno v databázich Pub-Med a ScienceDirect vzhľadom k dostupnosti daných databázich v instituci, kde byla studie realizována. Vyhľadávani nebylo limitované z hľadiska vyhľadávacieho obdobia a probíhalo od května 2019 do července 2019. Bylo realizováno prostřednictvím předem stanovených klíčových slov: „prediktor“, „chybějící péče“, „přidělovaná péče“, „sestry“, „nedokončená péče“ s použitím Booleanovských operátorů „AND“ a „OR“. Vyhľadávani bylo limitováno kritérii výběru a to jazyk (anglický, český, slovenský) a plnotexty. Výsledkem vyhľadávani bylo 163 studií (PubMed 114, ScienceDirect 49), po odstranění duplicitních článků celkem 129. Literární přehled byl zpracovaný pomocí schématu PRISMA (Schéma 1). Studie jsme zařadili do další analýzy v případě, že splňovaly stanovená zařazovací kritéria a to a) empirická studie, b) zaměření na ošetrovatelskou péči. Vyřazovacími kritérii byly: přehledové články, případové studie, editoriały. Celkově bylo do analýzy zahrnuto 27 studií. Extrakce údajů byla realizována prostřednictvím tabulkového procesoru Microsoft Excel, který obsahoval následující informace: autor, rok, krajina, cíl, dizajn, výzkumný soubor, velikost vzorku, participant, sběr údajů, analýza údajů, koncept a hlavní výsledky. Údaje byly analyzované prostřednictvím metody obsahové analýzy se záměrem naplnění cílu naší studie.

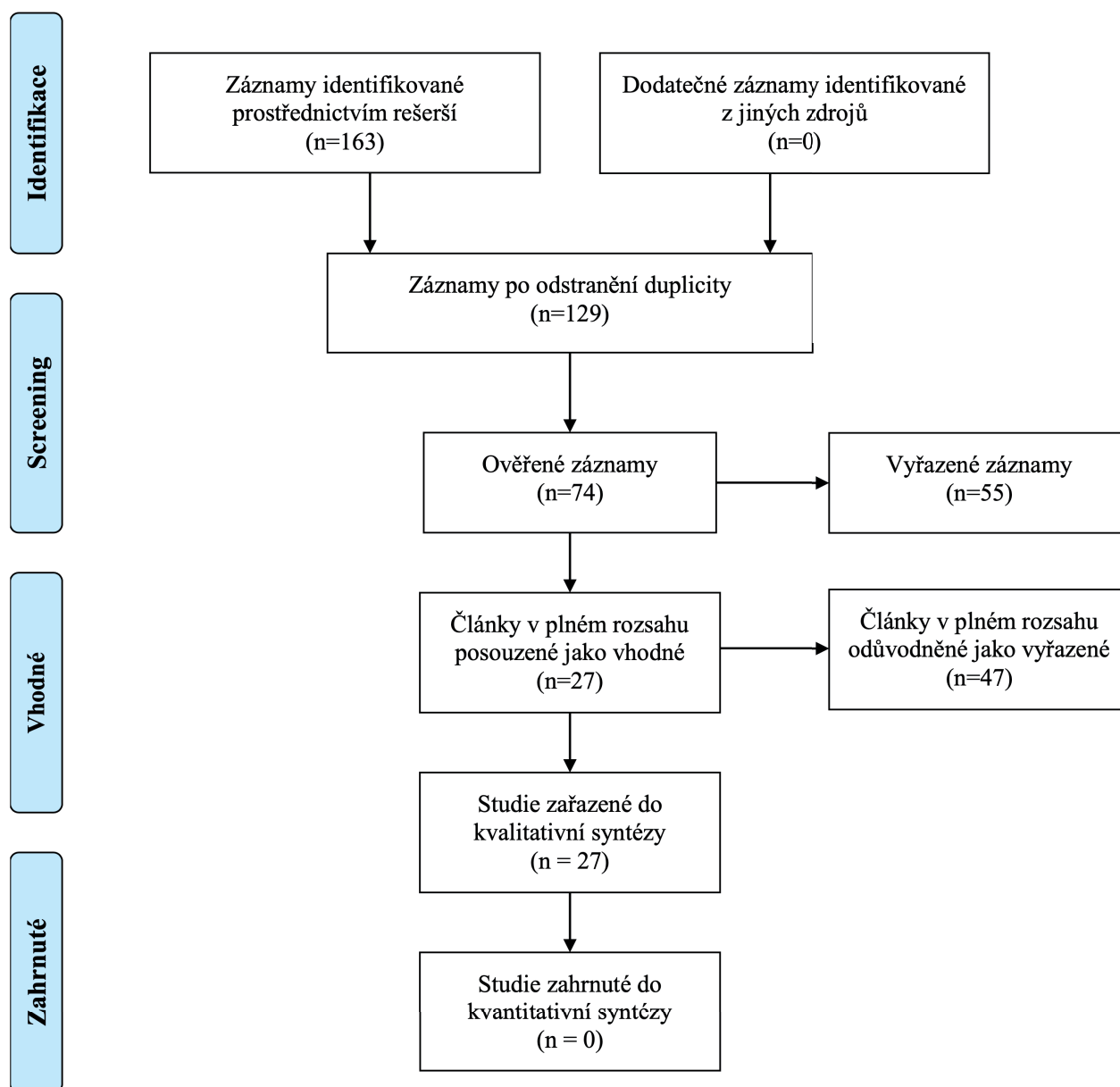


Schéma 1. Vývojový diagram – PRISMA

## Výsledky

V súvislosti s provedeným literárnym prehľadom sme v rámci práce identifikovali prediktory chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče (tab. 1). Odhalené prediktory se vzťahovali predovšetkým k oblastem týkajúcim sa organizačných aspektů zdravotníckých zařízení a charakteristik ze stran sestier a pacientů. Nutno však podotknout, že v prípade zjišťování prediktorů na základě stanovených proměnných (demografických dat) se nejedná o možné důvody, ale o faktory, které mohou k výskytu fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené péče přispívat a lze je tedy pouze předvídat. Vzhledem k jejich vysoké četnosti byly v následujícím textu uvedeny pouze ty, které byly autory udávány vícekrát, další lze shlédnout v tabulce.

Rozebereme-li prediktory v oblasti organizačních aspektů zdravotnického zařízení hlouběji, zjistíme, že jako nejvýznamnější a zároveň i nejčastěji udávaný prediktor bývá označován poměr sestera-pacient (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Ball et al., 2016), což často v praxi souvisí s personálním zabezpečením sestier, jež může být příčinou nezabezpečení péče týkající se především dohledu nad pacientem, komunikace, ale i neadekvátního vyplňování dokumentace (Ball et al., 2014). Mezi další prediktory patřily například počet hodin registrované sestry na den pacienta (*registered nurse hours per patient day* – RNHPP), počet ošetrovateľských hodin na den pacienta (*nursing hours of care per patient day* – NHPPD) (Dabney, Kalisch, 2015; Kalisch et al., 2011; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012), ale i pracovní doba sestier, jelikož více chybějící péče byla uváděna sestrami pracujúcimi na denních, či odpoledních službách (Ball et al., 2014; Ball et al., 2016) v porovnaní se sestrami ze služeb nočních (Kalisch et al., 2013). Výjimku při očekávání výskytu fenoménu z hlediska potvrzení velkým množstvím autorů netvořila ani negativní kultura pracovního prostředí (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Ball et al., 2016), neadekvátní týmová spolupráce (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Chapman et al., 2016; Kalisch, Lee, 2010), ale i typ oddělení (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Friese, Kalisch, Lee, 2013; Higgs et al., 2016).

Druhou stanovenou oblastí byly prediktory ze strany sestier, či jejich charakteristik. Jako nejvýznamnější zde byla uváděna úroveň dosaženého vzdelání. Bylo prokázáno, že sestry s nižším vzdeláním (stredoškolské alebo vyšší odborné vzdelání – diplomové sestry) často nezabezpečujú více ošetrovateľských aktivít pacientům v porovnaní se sestrami, které dosáhly minimálně bakalářského titulu (Al-Kandari, Thomas, 2009; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Higgs et al., 2016). Navzdory tomu však Bragadóttirová, Kalischová a Tryggvadóttirová (2017) identifikovaly, že registrované sestry oproti sestram praktickým mnohdy udávají nezabezpečení péče ve vícech prípadoch. Co se týče ďalších predvídaných proměnných, tak lze mezi ně na základě vysoké četnosti zařadit například délku praxe na pozici sestry, jež s sebou přinesla však z hlediska výzkumných poznatků protichůdný charakter. Většina autorů (Chapman et al., 2016; Higgs et al., 2016; Kalisch, Lee, 2010) uvedla, že více chybějících ošetrovateľských aktivít bývá udáváno sestrami s delšími pracovními zkušenostmi, Ausserhofer et al. (2014) však tvrdil ve své studii opak. Blackman et al. (2018) danou teorii dále rozvinul s tím, že méně zkušené sestry vynechávají ty aktivity, které jsou spojené s léčebnou péčí a zároveň tak nespádají do jejich kompetencí. Jako další významný prediktor byl udáván i věk sestier, kdy mladší sestry uvádí více chybějících ošetrovateľských aktivít než jejich starší kolegyně (Al-Kandari, Thomas, 2009; Blackman et al., 2018; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017). Toto tvrzení však oponuje tezi uvedené výše, která ilustruje fakt, že sestry s delšími pracovními zkušenostmi udávají chybějících aktivít více. Z daného by bylo možné totiž vydedukovat, že mladší sestry, které jsou však pracovně zkušenější, nezabezpečí tolik ošetrovateľských aktivít jako jejich starší, avšak méně zkušenější kolegyně. Jako další významné prognostické faktory byly zachyceny například vnímaný počet personálu sestrou (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Kalisch, Lee, 2010; Zúñiga et al., 2015), přesčasové hodiny a celková pracovní spokojenost (Orique, Patty, Woods, 2016; Papastavrou et al., 2016).

Poslední oblast prediktorů zaměřujících se na sociodemografická data pramenila ze strany pacientů, či jejich charakteristik, což však v praxi nemůže být přímo ovlivňováno sesterskými zásahy. Byly zde lze zjištěny pouze dva prognostické faktory. Prvním byl psychologický a zdravotní stav pacientů. Bylo prokázáno, že ti bez potvrzené psychiatrické diagnózy a s celkově lepším zdravotním stavem často přijímají kvalitnější ošetrovateľskou péči (Ball et al., 2014; Dabney, Kalisch, 2015). Věk pacientů byl Dabneyovou a Kalischovou (2015) označen za ten druhý. Další prognostické faktory v této oblasti zjištěny nebyly.

**Tab. 1** Přehled prediktorů chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče

Prediktory chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče
<b>Organizační aspekty</b>
Poměr sestera-pacient (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Ball et al., 2016; Friese, Kalisch, Lee, 2013; Lake et al., 2017; Cho et al., 2017; Orique, Patty, Woods, 2016; Schubert et al., 2013; Srulovici, Drach-Zahavy, 2017)
Počet personálu (Cho et al., 2016; Schubert et al., 2013)
Počet sestier v souvislosti s dohledem nad pacientem, adekvátním dokumentováním poskytované péče a s komunikací s pacientem (Ball et al., 2014)
Realizace výkonů mimo kompetenční rámec (Ausserhofer et al., 2014)
Mix způsobilostí (Dabney, Kalisch, 2015)
RNHPPD (Dabney, Kalisch, 2015)
NHPPD (Dabney, Kalisch, 2015; Kalisch et al., 2011; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Kalisch, Lee, 2010)

**Tab. 1 – pokračování**

---

Pracovní doba (Ball et al., 2014; Ball et al., 2016; Kalisch et al., 2013)
Kultura pracovního prostředí (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Ball et al., 2016; Lake et al., 2017; Rochefort, Clarke, 2010)
Prostředí, které není bezpečné (Schubert et al., 2013; Zúñiga et al., 2015)
Týmová spolupráce (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Chapman et al., 2016; Kalisch, Lee, 2010; Palese et al., 2015; Zúñiga et al., 2015)
Vztah lékař-sestra (Rochefort, Clarke, 2010)
Fluktuace personálu (Zúñiga et al., 2015)
Typ nemocnice (Blackman et al., 2018)
Typ oddělení (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Friese, Kalisch, Lee, 2013; Higgs et al., 2016; Kalisch et al., 2013; Palese et al., 2015)

---

**Charakteristiky sester**

---

Pohlaví (Ausserhofer et al., 2014; Chapman et al., 2016; Al-Kandari, Thomas, 2009)
Výška úvazku (Ausserhofer et al., 2014; Palese et al., 2015)
Kvalifikace (Blackman et al., 2018; Srulovici, Drach-Zahavy, 2017)
Vzdělání (Al-Kandari, Thomas, 2009; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, Higgs et al., 2016; Chapman et al., 2016; Kalisch, Lee, 2010; McMullen et al., 2017; Palese et al., 2015; Phelan, McCarthy, Adams, 2017)
Délka praxe na současném oddělení (Higgs et al., 2016; Phelan, McCarthy, Adams, 2017)
Délka praxe na pozici sestry (Ausserhofer et al., 2014; Blackman et al., 2018; Higgs et al., 2016; Chapman et al., 2016; Kalisch, Lee, 2010; Kalisch et al., 2013)
Věk sester (Al-Kandari, Thomas, 2009; Blackman et al., 2018; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Higgs et al., 2016; Phelan, McCarthy, Adams, 2017)
Role sestry (Ball et al., 2016)
Přesčasové hodiny (Chapman et al., 2016; Cho et al., 2016; Phelan, McCarthy, Adams, 2017)
Vynechané služby za poslední 3 měsíce (Kalisch et al., 2013)
Absentizmus (Blackman et al., 2018)
Vnímaný počet personálu (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Kalisch, Lee, 2010; Zúñiga et al., 2015)
Osobní zodpovědnost (Srulovici, Drach-Zahavy, 2017)
Stres z pracovního přetížení (Zúñiga et al., 2015)
Pracovní spokojenost (Orique, Patty, Woods, 2016; Papastavrou et al., 2016)
Fyzický a psychický stav sestry (Dhaini et al., 2017)

---

**Charakteristiky pacientů**

---

Věk pacientů (Dabney, Kalisch, 2015)
Zdravotní stav pacientů (Ball et al., 2016; Dabney, Kalisch, 2015)

---

## Závěr

Prostřednictvím provedeného literárního přehledu jsme identifikovali prediktory podílející se na incidenci chybějící, přidělované a nedokončené péče.

Vyzvihne-li faktory, na jejichž základě lze výskyt fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené péče předvídat dle četnosti, nejvíce byl autory udáván poměr sestra-pacient, což může být v dnešní době způsobeno především v souvislosti s globálním nedostatkem personálu, a to především sester. Je to však i vzdělání sester, které se může na incidenci značně podílet. Dalšími prognostickými faktory mohou být například neadekvátní týmová spolupráce, negativní kultura pracovního prostředí, ale i typ oddělení, na kterém sestry pracují.

Vzhledem k tomu, že fenomén chybějící, přidělované a nedokončené péče se při poskytování zdravotní péče objevuje čím dál tím častěji, domníváme se, že na základě demaskace jednotlivých prediktorů lze aplikovat v praxi preventivní opatření dříve, než k výskytu fenoménu reálně přispějí. Jejich pochopení, stejně jako porozumění výskytu fenoménu v praxi, je důležité především od managementu. Ten pak prostřednictvím uvědomění si celkových nevýhod, které s sebou výskyt fenoménu přináší, může s již odhalenými prediktory pracovat dříve, než se na jejich

oddelení, či v jejich zdravotníckych inštitúciách objaví a ohrozí tak bezpečnosť pacientů alebo i sníží kvalitu poskytovanú péču.

Vzhľadom k tomu, že sa jedná o prognostické faktory, doporučujeme jejich porovnaní i s jednotlivými dôvodmi výskytu fenoménu. Je zcela patrné, že jak prediktory, tak dôvody se v literatuře značně v jednotlivých oblastech vzájemně prolínají, shodují. Jejich súčasnou detekci je pak příčina výskytu fenoménu více méně potvrzena dvojměřením.

---

## Seznam bibliografických odkazů

- AL-KANDARI, F. – THOMAS, D. 2009. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, no. 24, pp. 3430-3440.
- AUSSERHOFER, D. et al. (RN4CAST consortium). 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In *BMJ Quality & Safety*, 2014, vol. 23, no. 2, pp. 126-135.
- BALL, J. E. et al. 2016. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. In *Journal of Advanced Nursing*, 2016, vol. 72, no. 9, pp. 2086-2097.
- BALL, J. E. et al. 2014. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. In *BMJ Quality & Safety*, 2014, vol. 23, no. 2, pp. 116-125.
- BLACKMAN, I. et al. 2018. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. In *Journal of Nursing Management*, 2018, vol. 26, no. 1, pp. 33-41.
- BRAGADÓTTIR, H. – KALISCH, B. J. – TRYGGVADÓTTIR, G. B. 2017. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. In *Journal of Clinical Nursing*, 2017, vol. 26, no. 11-12, pp. 1524-1534.
- DHAINI, S. R. et al. 2017. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. In *Geriatric Nursing*, 2017, vol. 38, no. 1, pp. 33-38.
- CHAPMAN, R. et al. 2016. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. In *Journal of Clinical Nursing*, 2016, vol. 26, pp. 170-181.
- CHO, E. et al. 2016. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. In *International Journal of Nursing Studies*, 2016, vol. 60, pp. 263-271.
- CHO, S.-H. et al. 2017. Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2017, vol. 49, no. 3, pp. 347-355.
- DABNEY, B. W. – KALISCH, B. J. 2015. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. In *Journal of Nursing Care Quality*, 2015, vol. 30, no. 4, pp. 306-312.
- FRIESE, C. R. – KALISCH, B. J. – LEE, K. H. 2013. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. In *Cancer Nursing*, 2013, vol. 36, no. 6, pp. 51-57.
- HIGGS, M. et al. 2016. Similarities and differences in nurse-reported care rationing between critical care, surgical, and medical specialties. In *Journal of Patient Safety*, 2016:7.
- JONES, T. L. 2014. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. In *Nursing Forum*, 2014, vol. 49, no. 2, pp. 77-87.
- JONES, T. L. – HAMILTON, P. – MURRY, N. 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. In *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 6, pp. 1121-1137.
- KALÁNKOVÁ, D. – KURUCOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. 2019. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – a literature review. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 1005-1016.
- KALISCH, B. J. et al. 2013. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. In *Journal of Nursing Administration*, 2013, vol. 43, no. 5, pp. 274-279.
- KALISCH, B. J. et al. 2011. Hospital variation in missed nursing care. In *American Journal of Medical Quality*, 2011, vol. 26, no. 4, pp. 291-299.
- KALISCH, B. J. – LEE, K. H. 2010. The impact of teamwork on missed nursing care. In *Nursing Outlook*, 2010, vol. 58, no. 5, pp. 233-241.

- KALISCH, B. J. – TSCHANNEN, D. – LEE, K. H. 2012. Missed nursing care, staffing, and patient falls. In *Journal of Nursing Care Quality*, 2012, vol. 27, no. 1, pp. 6-12.
- KALISCH, B. J. – WILLIAMS, R. A. 2009. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. In *Journal of Nursing Administration*, 2009, vol. 39, no. 5, pp. 211-219.
- LAKE, E. T. et al. 2017. Missed nursing care in pediatrics. In *Hospital Pediatrics*, 2017, vol. 7, no. 7, pp. 378-384.
- LUCERO, R. J. – LAKE, E. T. – AIKEN, L. H. 2009. Variations in nursing care quality across hospitals. In *Journal of Advanced Nursing*, 2009, vol. 65, no. 11, pp. 2299-2310.
- MALONEY, S. – FENCL, J. L. – HARDIN, S. R. 2015. Is nursing care missed? A comparative study of three North Carolina hospitals. In *Medsurg Nursing*, 2015, vol. 24, no. 4, pp. 229-35.
- MCMULLEN, S. L. et al. 2017. Improving nursing care: examining errors of omission. In *Medsurg Nursing*, 2017, vol. 26, no. 1, pp. 9-19.
- ORIQUE, S. B. – PATTY, C. M. – WOODS, E. 2016. Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings. In *Journal of Nursing Care Quality*, 2016, vol. 31, no. 1, pp. 84-89.
- PALESE, A. et al. 2015. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. In *Internal and Emergency Medicine*, 2015, vol. 10, no. 6, pp. 693-702.
- PAPASTAVROU, E. – ANDREOU, P. – EFSTATHIOU, G. 2014. Rationing of nursing care and nurse patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. In *International Journal of Health Planning and Management*, 2014, vol. 29, no. 1, pp. 3-25.
- PAPASTAVROU, E. et al. 2016. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. In *European Journal of Oncology Nursing*, 2016, vol. 21, pp. 48-56.
- PHELAN, A. – MCCARTHY, S. – ADAMS, E. 2017. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. In *Journal of Advanced Nursing*, 2017, vol. 74, no. 3, pp. 1-11.
- ROCHFORT, C. M. – CLARKE, S. P. 2010. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. In *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 10, pp. 2213-2224.
- SCHUBERT, M., et al. 2013. Levels and correlated of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – a cross sectional study. In *International Journal of Nursing Studies*, 2013, vol. 50, pp. 230-239.
- SCHUBERT, M. et al. 2007. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. In *Nursing Research*, 2007, vol. 56, no. 6, pp. 416-424.
- SRULOVICI, E. – DRACH-ZAHAVY, A. 2017. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. In *International Journal of Nursing Studies*, 2017, vol. 16, no. 75, pp. 163-171.
- ZÚNIGA, F. et al. 2015. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study. In *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 9, pp. 1463-1474.

---

## Kontakt

**Mgr. Dominika Kalánková**

Ústav ošetrovateľstva JLF UK  
Malá Hora 5  
036 01 Martin  
Slovenská republika  
E-mail: [kalankova1@uniba.sk](mailto:kalankova1@uniba.sk)

**Prijaté:** 26. 8. 2019

**Akceptované:** 4. 11. 2019

## Kvalita života u pacientů v predialýze a s peritoneální dialýzou

Jindřiška Kotlářová\*,\*\*, Jana Škvrňáková\*\*

\* B. Braun Avitum, Nefrologická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

\*\* Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství, Pardubice

### Abstract

KOTLÁŘOVÁ, J. – ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Quality of life in predialysis and peritoneal dialysis patients. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 49-55. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/kvalita-zivota-u-pacientu-v-predialyze-a-s-peritonealni-dialyzou>.

**Background:** The number of patients with chronic kidney disease who have to undergo dialysis treatment is constantly increasing, but the number of people receiving peritoneal dialysis is decreasing. In 2008 the dialysis programme of the Czech Republic was 5633 patients, of which 462 (8 %) were treated with peritoneal dialysis and in 2018 it was 359 (5 %) Of a total of 6990 patients.

**Aim:** To compare the quality of life of patients with renal failure in pre-dialysis care and in patients with peritoneal dialysis, identify the problem areas that are burdened by these patients.

**Methodology and sample:** A cross-sectional quantitative method was used for research inquiries using a standardised *Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form*. The investigation took place in March 2018 at 13 dialysis workplaces in the Czech Republic. A sample of 61 respondents consisted of 30 patients in predialysis and 31 patients treated with peritoneal dialysis.

**Results:** A statistically very significant difference of mean values in quality of life in predialysis patients and with peritoneal dialysis was calculated using a T-Test at a level of significance of 1 % ( $T > T_{crit}$  at  $\alpha = 0.01$ ) in the dimension „renal disease burden“ and „employment“. A statistically significant difference in mean values ( $\alpha = 0.05$ ) was calculated for the other two dimensions of „physical problem limitation“ and „care satisfaction“. Most are affected by chronic kidney disease and the type of treatment of social interaction and physical activity.

**Conclusion:** The quality of life of patients in predialysis and peritoneal dialysis is reduced compared to the quality of life of the normal population, but comparable to the quality of life in the US chronic renal disease population. In patients with peritoneal dialysis, the quality of life is better than that of patients in predialysis.

**Key words:** quality of life, predialysis, peritoneal dialysis, KDQOL-SF™

### Úvod

Počet nemocných s chronickým onemocněním ledvin, kteří musí podstoupit dialyzační léčbu, se neustále zvyšuje, což potvrzuje Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice (Česká nefrologická společnost, 2018). Zatím co počet pacientů léčených hemodialýzou stoupá, počet pacientů léčených peritoneální dialýzou má klesající tendenci. V roce 2008 bylo v dialyzačním programu 5633 pacientů, z toho bylo 462 (8 %) léčeno peritoneální dialýzou (dále jen PD), v roce 2018 bylo v dialyzačním programu celkem 6990 pacientů, z toho 359 (5 %) bylo léčeno PD (Česká nefrologická společnost, 2008). Jedním z důvodů je skutečnost, že více než polovina nemocných podstupujících dialýzu přichází takzvaně z ulice, bez předchozí péče nefrologa, jak vyplývá z ročenky České nefrologické společnosti za rok 2018. Z tohoto důvodu je také jen malé procento pacientů s chronickým selháním ledvin léčeno peritoneální dialýzou a u většiny pacientů z ulice je zahájena hemodialyzační léčba (Viklický, Bouček, 2013, s. 250). Predialyzační péče se dá charakterizovat jako nefrologická péče o pacienty s chronickým selháním ledvin (dále jen CHSL) před rozvojem terminálního selhání. Tato péče je spojována s lepšími klinickými výsledky a lepším jednoročním přežíváním nemocných při zahájení dialýzy (Opatrná, 2016, s. 12-13). Toto období je pro pacienta velice důležité z hlediska psychické přípravy, získání informací o možnostech léčby a spolupráce s multidisciplinárním týmem, v němž hraje klíčovou roli nefrologická sestra, která pacienta edukuje (Pavlicová, Kracíková, 2013). Sestra provádí edukaci a reedukaci podle typu náhrady funkce ledvin, ověřuje si rozsah získaných informací, provádí praktický nácvik, kontroluje funkčnost (arteriovenózní fistule, peritoneálního katétru), informuje o prvních známkách komplikací (Bednářová, Sulková, 2007, s. 91-100). Seznámení se s možnostmi léčby a režimovými opatřeními, snížení obav a „získání“ si pacienta - má vliv na jeho přístup k léčbě, její zvládnutí a tím i na kvalitu života. Většina výzkumů zabývajících se kvalitou života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin je zaměřena na hemodialýzu, či na porovnání kvality života u pacientů s hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Studií, které by se zabývaly kvalitou života v predialyzačním období a jejím dalším sledováním v dialyzační fázi není mnoho. Za zmínku stojí holandská studie autorů Korevaar et al., která sledovala 301 pacientů s CHSL několik týdnů před zahájením léčby. Kvalita života byla hodnocena generickými dotazníky SF-36 a Euro QOL (Korevaar et al., 2000). Systematický přehled publikovaných výzkumů kvality života u pacientů v predialyzačním období pomocí dotazníku SF-36 a jeho variant (včetně KDQOL-SF™ KDQOL) z let 2007-2017 provedli autoři Alhaji et al., kde analyzovali výsledky ze 13 observačních studií s celkovým počtem pacientů 8635 (Alhaji et al., 2018). V České republice (dále jen ČR) kvalitu života peritoneálně dialyzovaných pacientů zkoumala Vrágová, která využila k hodnocení standardizované dotazníky WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, KDQOL- KDQOL-SF™

(Vrágová, 2010). Změny kvality života u pacientů léčených peritoneální dialýzou byly také publikovány v průřezové studii provedené v ČR v roce 2016 (Mahrová et al., 2016).

## Cíl

Cílem výzkumu bylo zjistit a porovnat kvalitu života pacientů v predialyzační péči s kvalitou života pacientů léčených peritoneální dialýzou. Zjištěné výsledky umožnily identifikovat problémové oblasti, které pacienty s chronickým onemocněním ledvin zatěžují. Dále komparovat výsledky kvality života u našich pacientů s normativními hodnotami u pacientů s chronickým onemocněním ledvin v USA a kvalitou života u české populace bez onemocnění ledvin.

## Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat probíhal u pacientů ve 13 dialyzačních střediscích v ČR. Do výběrového souboru bylo zařazeno 63 pacientů s chronickým onemocněním ledvin, statisticky byla zpracována data od 61 pacientů. Jednu skupinu tvořilo 30 pacientů v predialýze, 15 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 35 – 89 let a s průměrným věkem 72,43 let. Ve druhé skupině bylo 31 pacientů léčených peritoneální dialýzou, 16 žen a 15 mužů ve věkovém rozmezí 24 – 80 let a s průměrným věkem 65,65 let. Z důvodu adaptace pacientů na léčbu a jejího vlivu na kvalitu života byli osloveni a zařazeni do výzkumného šetření pacienti s CHSL s minimální dobou léčby 6 měsíců a více. Předpokladem pro vyplnění dotazníků byl souhlas vedení dialyzačních center a souhlas oslovených pacientů se zařazením do výzkumného šetření. Podmínkou pro oslovení pacientů byla jejich plnoletost a nezměněné kognitivní funkce, které nebyly ověřovány testem. Vycházelo se ze znalostí respondentů zdravotnickým personálem, který osloveným pacientům dotazníky předával. Jednalo se o záměrný výběr respondentů podle stanovených kritérií. Osloveni byli všichni pacienti s CHSL z 13 dialyzačních středisek, celkem 63 pacientů, kteří splňovali výše uvedená kritéria pro zařazení do výzkumného šetření. Nikdo z oslovených pacientů vyplnění neodmítl, návratnost dotazníků 100 %. Dva dotazníky (3,2 %) byly pro neúplnost vyplněných dat vyřazeny ze statistického testování.

## Metodika výzkumu

Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním ledvin v predialyzační péči a u pacientů léčených peritoneální dialýzou byla hodnocena kvantitativní metodou – průřezová studie. Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření s využitím standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™ cíleně zaměřeného na chronické onemocnění ledvin (Hays, 1997). Dotazník kombinuje generický instrument *Item Health Survey – Short Form – 36* (SF-36) zjišťující obecně kvalitu života bez ohledu na podstatu onemocnění se specifickým instrumentem zaměřeným cíleně na onemocnění ledvin. Je považován za velice validní, vypovídá o všech dimenzích kvality života (fyzická složka, psychická i sociální) (Sulková, 2005, s. 87-89; Dotazník kvality života SF-36, ÚZIS, 2019). V úvodu standardizovaného dotazníku je uveden cíl a pokyny k vyplnění. Dotazník obsahuje celkem 80 otázek, 2 otázky uzavřené dichotomické, dále otázky uzavřené polytomické s výběrem jedné alternativy. Generická a specifická část dotazníku se vyhodnocují odděleně.

Generická část obsahuje 36 otázek rozdělených do 8 dimenzí/oblastí (fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví). Každá položka (otázka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice (např. „Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?“ výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatně-5). Dotazník obsahuje ještě jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Výsledky v generické části je možné porovnat s normami kvality života pro americkou populaci u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a s normami pro všeobecnou (zdravou) českou populaci, které stanovil při použití předběžné české verze dotazníku SF-36 Sobotík v roce 1998 (Sobotík, 1998, s. 50-54).

Specifická část zahrnuje 11 dimenzí/oblastí, které hodnotí kvalitu života ve vztahu k chronickému ledvinnému onemocnění (symptomy/problémy, vliv ledvinového onemocnění, břímě ledvinového onemocnění, zaměstnání, kognitivní funkce, kvalita sociální interakce, sexuálního chování, spánek, sociální opora, povzbuzení/podpora zdravotnického personálu dialyzačního pracoviště a spokojenost s péčí) (Hays, 1997, s. 12). Výsledky ze specifické části jsou porovnávány s normami pro americkou populaci u pacientů s chronickým onemocněním ledvin, protože české normy nejsou zatím k dispozici.

Ke každé odpovědi je dle skórovacího manuálu přiřazena odpovídající hodnota na číselné škále 0 – 100 bodů. Skórovací proces dotazníku KDQOL-SF™ probíhá ve dvou fázích, nejprve je nutné provést transformaci hrubých numerických hodnot jednotlivých položek (otázek) na 0 – 100 bodovou škálu, kde vyšší dosažené skóre znamená lepší kvalitu života, poté je nutné, zprůměrování jednotlivých položek v jednotlivých dimenzích dle skórovacích pravidel.

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány v programu MS Office Excel a STATISTICA. Pro základní popis dat byla použita popisná statistika. Vzhledem k tomu, že testované soubory mohou pocházet z populací, které mají stejný nebo naopak různý rozptyl hodnot sledované veličiny, byl rozdíl rozptylů obou souborů nejprve testován pomocí F-testu. Následně byla data vyhodnocena pomocí dvouvýběrového nepárového t-testu, protože se jedná o porovnání dvou nezávislých skupin

(Bedáňová, Večerek, 2007). Celkový počet respondentů  $n$  je v celém dotazníkovém šetření neměnný = 30 respondentů v predialýze a 31 s peritoneální dialýzou (PD), proto není v tabulkách uváděn.

Byl zajištěn souhlas zdravotnických zařízení, kde probíhal sběr dat, a pacienti souhlasili se zařazením do výzkumného šetření.

## Výsledky

V tabulce 1 jsou uvedeny vypočítané střední hodnoty v jednotlivých dimenzích a jejich rozptyly pro obě skupiny respondentů. Dále jsou data rozdělena do dimenzí a porovnávána pomocí F-testu a dvouvýběrového nepárového t-testu. Výsledná kritická hodnota byla stanovena 1,8474. Nerovnost rozptylů při hladině významnosti 5 % ( $\alpha = 0,05$ ) je v dimenzích/oblastech („omezení pro fyzické problémy, celkové zdraví, energie/únava, problémy, břímě ledvinového onemocnění, povzbuzení od dialyzačního personálu, spokojenost s péčí“). Podle výsledků F-testu byl zvolen odpovídající postup pro nepárový t-test a to buď t-test pro shodné rozptyly a nebo t-test pro rozdílné rozptyly. V následném t-testu byl při hladině významnosti 5 % ( $\alpha = 0,05$ ) zjištěn statisticky významný rozdíl středních hodnot v dimenzích („omezení pro fyzické problémy, spokojenost s péčí“). Statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot, kdy výsledek t-testu je vyšší než vypočtená kritická hodnota při hladině významnosti 1 % ( $t > t_{krit}$  při  $\alpha = 0,01$ ) byl zjištěn v dimenzi „břímě ledvinového onemocnění“ a „zaměstnání“.

**Tab. 1. Souhrn výsledků parametrických dvouvýběrových nepárových t-testů v jednotlivých oblastech**

Posuzovaná oblast	Střední hodnota		Rozptyl		F test	$F_{krit}$ ( $\alpha = 0,05$ )	t test	v	$t_{krit}$ ( $\alpha = 0,05$ )	$t_{krit}$ ( $\alpha = 0,01$ )
	Predialýza	PD	Predialýza	PD						
Fyzická činnost	53,67	57,74	1124,02	766,40	1,4666	1,8474	0,5184	59	2,0010	
Omezení pro fyzické problémy	48,33	25,81	1979,89	853,49	<b>2,3197</b>	1,8474	<b>2,3293</b>	50	2,0086	2,6778
Tělesná bolest	61,42	68,63	1103,74	856,60	1,2885	1,8474	0,9005	59	2,0010	
Celkové zdraví	44,50	52,26	902,33	156,40	<b>5,7694</b>	1,8474	1,3091	38	2,0244	
Emoční pohoda	61,20	64,65	627,61	369,17	1,7001	1,8474	0,6039	59	2,0010	
Omezení pro emoční problémy	61,11	66,67	1922,12	1407,48	1,3656	1,8474	0,5323	59	2,0010	
Společenské fungování	67,50	56,05	911,64	1081,99	1,1869	1,8474	1,4152	59	2,0010	
Energie/únava	44,33	49,45	942,64	370,46	<b>2,5446</b>	1,8474	0,7772	48	2,0106	
Problémy	74,47	77,17	367,81	155,09	<b>2,3716</b>	1,8474	0,6494	50	2,0086	
Vlivy ledvinového onemocnění	74,38	68,95	465,67	272,80	1,7070	1,8474	1,1044	59	2,0010	
Břímě ledvinového onemocnění	54,36	32,06	1471,68	457,66	<b>3,2157</b>	1,8474	<b>2,7917</b>	45	2,0141	2,6896
Zaměstnání	55,00	29,03	922,41	1129,03	1,2240	1,8474	<b>3,1632</b>	59	2,0010	2,6618
Kognitivní funkce	76,22	77,20	492,51	313,45	1,5713	1,8474	0,1917	59	2,0010	
Kvalita sociální interakce	74,22	65,81	553,99	411,10	1,3476	1,8474	1,4980	59	2,0010	
Sexuální fungování	75,83	68,95	1292,39	1290,32	1,0016	1,8474	0,7477	59	2,0010	
Spánek	61,75	55,48	690,58	449,76	1,5355	1,8474	1,0265	59	2,0010	
Sociální opora	77,22	75,81	603,17	978,51	1,1411	1,8474	0,1961	59	2,0010	
Povzbuzení od dialyzačního personálu	92,50	92,74	38,79	164,31	<b>4,2357</b>	1,8474	0,0942	44	2,0154	
Spokojenost s péčí	85,55	77,42	109,83	306,42	<b>2,7901</b>	1,8474	<b>2,2104</b>	49	2,0096	2,6800

**Legenda:** v – počet stupňů volnosti; F test (tučné písmo) – výsledky nerovnosti rozptylů  $F > F_{krit}$  při  $\alpha = 0,05$ ; t test (tučné písmo) – významný rozdíl středních hodnot  $t > t_{krit}$  při  $\alpha = 0,05$ ; tučné písmo podtržené – statisticky velmi významný rozdíl středních hodnot  $t > t_{krit}$  při  $\alpha = 0,01$



Tabuľka 2 uvádza normy u amerických pacientů s chronickým renálnym ochorením (Hays, 1994, s. 329-338), predbežné normy českej populácie (Sobotík, 1998, s. 50-54) a námi zistené výsledky výskumného šetrenia pomocou standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™. Prvá časť dotazníku KDQOL-SF™, tzv. generická časť, je shodná so standardizovaným dotazníkom SF-36, ktorý slouží k hodnoteniu kvality života spojené so zdravím ako u všeobecnej populácie, tak i u pacientů s širokým spektrom ochorení.

**Tab. 2. Porovnanie priemerných hodnôt u oboch skúmaných skupín (pacienti v predialýze a s PD) v generickej časti dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou u pacientů s chronickým ochorením ledvín a s českou normou pre všeobecnú populáciu**

Generická časť Domény SF-36	Americká norma u pacientů s renálnym ochorením	Normy všeobecne českej populácie	Průměrné hodnoty pacientů v predialýze	Průměrné hodnoty pacientů s PD
Fyzická činnosť	51,83	86,2	<b>53,67</b>	<b>57,74</b>
Omezenie pre fyzické problémy	32,46	69,4	<b>48,33</b>	<b>25,81</b>
Tělesná bolesť	57,6	69,5	61,42	68,63
Celkové zdravie	43,87	60,3	44,50	52,26
Emoční pohoda	69,54	66,6	61,20	64,65
Omezenie pre emočné problémy	57,76	70,7	61,11	66,67
Spoločenské fungovanie	63,57	74,6	67,50	<b>56,05</b>
Energie/únava	45,89	54,1	44,33	49,45

Porovnanie vo špecifickej časti dotazníku zameriavajúcej sa priamo na chronické ochorenie ledvín je možné len s normami pre americkú populáciu pacientů, pretože normy pre českú populáciu pacientů neboli zatiaľ vytvorené. Průměrné hodnoty americkej populácie s renálnym ochorením z roku 1994 spolu so zistenými výsledkami zo špecifickej časti dotazníkového šetrenia uvedené v tabuľke 3 (Hays, 1994, s. 329-338).

**Tab. 3. Porovnanie priemerných hodnôt u oboch skúmaných skupín (pacienti v predialýze a s PD) vo špecifickej časti dotazníku KDQOL-SF™ s americkou normou pre osoby s chronickým ochorením ledvín**

Špecifická časť Domény KDQOL-SF™	Americká norma u pacientů s renálnym ochorením	Průměrné hodnoty pacientů v predialýze	Průměrné hodnoty pacientů s PD
Problémy	71,21	74,47	77,17
Vlivy ledvinového ochorenia	57,30	74,38	68,95
Břímě ledvinového ochorenia	49,62	54,36	<b>32,06</b>
Zaměstnanie	25,26	55,00	29,03
Kognitívna funkcia	79,11	76,22	77,20
Kvalita sociálna interakcia	76,65	74,22	<b>65,81</b>
Sexuálna funkcia	69,30	75,83	68,95
Spánek	60,68	61,75	55,48
Sociálna opora	64,61	77,22	75,81
Povzbudenie od dialyzačného personálu	69,90	92,50	92,74
Spokojenosť s péčou	71,38	85,55	77,42

Nižšie skóre kvality života u nášho souboru pacientů bolo zistené v generickej časti dotazníku v dimenzii „omezenie pre fyzické problémy“. Pokiaľ budeme na možnej škále 0 - 100 počítať s průměrnou hodnotou 50, lze výsledky merania u oboch skupín v tejto dimenzii označiť za podprůměrné, výrazne nižšie skóre má však skupina pacientů liečených PD (25,81). Skupina pacientů v predialýze podprůměrné hodnotila kvalitu života v dimenzii „celkové zdravie“ (44,50). Podprůměrné jsou i hodnoty u oboch sledovaných skupín pacientů v dimenzii „energia/únava“ (44,33 pacienti v predialýze, 49,45 pacienti s PD). Velké rozdiely byly v dimenzii „břímě ledvinového ochorenia“ a „zaměstnanie“, kedy skupina pacientů v predialýze dosáhla v oboch dimenziách nadprůměrných hodnôt (54,36 a 55,00) a skupina pacientů s PD len 32,06 a 29,03.

Nejlépe pacienti v predialýze hodnotili oblasť „povzbudenie od dialyzačného personálu“ (92,50), „spokojenosť s péčou“ (85,55) a „sociálna opora“ (77,22). Naopak nejlépe hodnotili oblasť „energia/únava“ (44,33), „celkové zdravie“ (44,50) a „omezenie pre fyzické problémy“ (48,33).

Pacienti s PD najlépe hodnotili oblasť „povzbuzení od dialyzačného personálu“ (92,74), „spokojenosť s péčou“ (77,42) a „kognitívne funkcie“ (77,20). Nejhúre pak „omeznenie pre fyzické problémy“ (25,81), „zaměstnanosť“ (29,03) a „břímě ledvinového onemocnení“ (32,06).

## Diskuze

Vzhľadom k tomu, že nejsou stanoveny normy kvality života u populácie s chronickým onemocnením ledvín v ČR, bylo využito norem stanovených pro všeobecnou českou populáciu. Na tomto porovnaní lze demonštrovať, v jakých dimenziách se chronické onemocnení ledvín projeví nejvíce, jak zasáhne do života nemocných oproti zdravým osobám a s touto informáciou můžeme ďalej pracovať. Výzkum u české populácie provedl Sobotík, který své výsledky publikoval v roce 1998 v článku „Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví“, a stanovil tak normy pro všeobecnou českou populáciu (Sobotík, 1998, s. 50-54). Jednalo se celkem o 600 respondentů, kteří byli vybíráni náhodně, vzhľadom k věkovému rozložení se však nejedná o reprezentatívni vzorek. Nejčastěji zastoupenou skupinou byly věkové skupiny 15-24 a 45-54 let, ostatní věkové skupiny byly reprezentovány velmi nízkými počty respondentů. Sám Sobotík ve své práci doporučuje stanovit reprezentatívni normu zdraví české populácie, která by se mohla používat pro porovnaní výsledků s vybranými skupinami nemocných (Sobotík, 1998, s. 52-54). Zatím bohužel nebyl proveden výzkum s reprezentatívni souborem respondentů, který by stanovil aktuálnější výsledky.

Roli v hodnocení kvality života mohou mít již existující rozdíly v kvalitě života před zahájením léčby. Jak již bylo uvedeno, studii/výzkumů, které by se zabývaly kvalitou života v predialyzačním období je málo, například již zmiňovaná holandská studie autorů Korevaar et al., která sledovala 301 pacientů s CHSL několik týdnů před zahájením léčby a kvalita života byla hodnocena generickými dotazníky SF-36 a Euro QOL (Korevaar et al., 2000). Ačkoliv byla kvalita života po zahájení dialyzační léčby nižší ve všech dimenziách než u běžné nizozemské populácie, skupina s PD posuzovala svoji kvalitu života ve všech dimenziách vyšší než skupina s hemodialýzou. Výrazně horších výsledků než běžná populácie dosáhla skupina pacientů s PD v oblasti fyzických funkcí i v průřezové studii v České republice z roku 2016 (Mahrová et al., 2016). Mahrová uvádí, že na fyzickou zdatnosť a celkovou kvalitu života mají vliv i komplikace související s chronickým onemocnením ledvín (kostní nemoc, anémie a mnoho dalších), proto je pro chronicky nemocné pacienty důležité udržení nebo rozvoj dosavadních pohybových dovedností a schopností. Pravidelná tělesná aktivita by měla být součástí jejich životů.

K rozdílným výsledkům došli autoři systematického přehledu, který analyzoval 13 publikovaných observačních studií u pacientů v predialýze. Autoři Alhaji et al. uvádí, že tito pacienti měli nejvyšší průměrné skóre v sociálním fungování. Shodné či podobné výsledky s naším výzkumným šetřením a výše jmenovanými výzkumy měli u všeobecného zdraví a fyzické složky, kde uvádí nižší průměrná skóre. Jako rizikové faktory ovlivňující vnímání zdraví a fyzickou zdatnosť autoři uvádí komorbiditu, nízkou hladinu hemoglobínu, úzkosť, deprese, sedavý životní styl, nezaměstnanosť atd. (Alhaji et al., 2018).

V dostupné české i zahraniční literatuře se běžně setkáváme s informácií, že u dialyzovaných pacientů klesá pohybová aktivita a dochází ke zhoršení ve fyzické oblasti, na druhé straně se nikdo nezabývá tím, jak tuto skutečnost změnit (Mahrová et al., 2009). Zhoršení v oblasti fyzické činnosti a celkového zdraví uvádí ve své práci Vrágová, která zkoumala kvalitu života u 25 peritoneálně dialyzovaných pacientů pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, KDQOL-SFTM (Vrágová, 2010). Ďále bylo v průřezové studii (Mahrová et al., 2016) u pacientů s PD v porovnaní s populačními normami zdravých jedinců v České republice zjištěno zhoršení kvality života v oblasti duševního zdraví, což se v našem souboru pacientů nepotvrdilo.

Kvalita života v našem výzkumném šetření byla hodnocena pomocí specifické části dotazníku. Výsledky většiny dimenzí byly v intervalu norem korespondujících s normami pro americkou populáciu s chronickým onemocnením ledvín (viz Tabulka 3). Ke stejnému závěru došla ve svém dotazníkovém šetření i autorka Vrágová, (2010). Zhoršení průměrných hodnot oproti americké normě je patrné v dimenzi „břímě ledvinového onemocnení“ a „kvalita sociální interakce“ ve skupině pacientů s PD. V dimenzi „břímě ledvinového onemocnení“ pacienti s PD častěji než pacienti v predialýze uváděli, že je onemocnení ledvín připravuje o příliš mnoho času, ďalej jim značně ovlivňuje jejich život, častěji měli pocit, že svým onemocnením zatěžují rodinu. Nižší hodnoty v dimenzi „kvalita sociální interakce“ u pacientů s PD jsou dány tím, že tato skupina pacientů častěji uváděla, že se vyhýbala lidem kolem nich, jednala s nimi podrážděně a vycházela hůre s ostatními.

Výrazně lepších výsledků dosáhly obě zkoumané skupiny našeho souboru pacientů oproti americké normě v oblastech „vliv ledvinového onemocnení“, „sociální opora“ a „povzbuzení od dialyzačného personálu“, skupina pacientů v predialýze navíc i v oblastech „spokojenosť s péčou“ a „zaměstnanosť“.

Limity tohoto výzkumného šetření spatřujeme v malém počtu pacientů (n = 61), proto také nelze výsledky zevšeobecňovat a platí v rámci našeho šetření. Na druhé straně počet pacientů v predialyzační péči v rámci České republiky není vysoký (sběr dat byl realizován v 13 ze 112 dialyzačních zařízení v ČR). Také se domníváme, že odpovědi na některé otázky (např. spokojenosť s péčou) mohou být ovlivněny naší dlouhodobou péčou, pravidelným osobním kontaktem s pacientem a vyplňováním dotazníku většinou přímo v dialyzačním středisku, i když anonymita pacientů byla zajištěna. Tímto se mohli cítit pacienti vůči nám zavázáni a nemuseli vždy uvést úplně pravdivé odpovědi. Ďalším limitem výzkumného šetření je, že porovnaní ve

specifické časti dotazníku zaměřující se přímo na chronické onemocnění ledvin je možné pouze s normami pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin. Získané poznatky by mohly být námětem pro další, podrobnější zkoumání (kvalitativní výzkum).

## Závěr

Na základě dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku KDQOL-SF™ bylo zjištěno, že kvalita života pacientů v predialýze je oproti kvalitě života běžné populace snížena, avšak při srovnání s kvalitou života u populace s chronickým renálním onemocněním v USA, je srovnatelná. Kvalita života u pacientů s PD je zhoršena oproti normě pro běžnou českou populaci, ale ve většině dimenzí je lepší, než jsou normy pro americkou populaci s chronickým onemocněním ledvin a také lepší, než u pacientů v predialýze. Z pohledu práce všeobecné sestry by mohl být velký potenciál pro zlepšení péče zejména v oblasti sociální a fyzické. Minimálně vhodnou edukací a reedukací by bylo možné snížit dopad léčby na kvalitu sociálních interakcí a snížit tak břímě ledvinového onemocnění. Pro zlepšení v oblasti fyzického zdraví, především v motivaci ke zdravějšímu životnímu stylu, vhodné výživě i pohybu ve spolupráci s fyzioterapeuty. Přínosné pro praxi by mohlo být i využití dotazníku k longitudinálnímu sledování kvality života u pacientů od predialyzačního období až k náhradě funkce ledvin. Dalším doporučením je provést další výzkum, který by se zabýval testováním a standardizací nástroje v české populaci, určení validity a reliability a následně stanovení norem pro cílovou populaci.

## Seznam bibliografických odkazů

ALHAJI, M. et al. 2018. Determinants of quality of life as measured with variants of SF-36 in patients with predialysis chronic kidney disease. In *Saudi Medical Journal* [online], 2018, roč. 39, č. 7, s. 653-661 [cit. 2019-10-31]. Dostupné na internetu: <https://www.smj.org.sa/index.php/smj/article/view/smj.2018.7.21352>.

BEDÁŇOVÁ, I. – VEČEREK, V. 2007. *Základy statistiky pro studující veterinární medicíny a farmacie*. Brno: Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, 2007. 131 s.

BEDNÁŘOVÁ, V. – SULKOVÁ, S. 2007. *Peritoneální dialýza*. Praha: Maxdorf, 2007. 336 s.

*Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2018* [online]. 2019. [cit. 2019-10-09]. Dostupné na internetu: <http://www.nefrol.cz/odbornici/dialyzační-statistika>.

*Dotazník kvality života Short Form - 36* [online]. 2018. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na internetu: [http://www.uzis.cz/system/files/u44/SF-36\\_dotaznik\\_20181019.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/u44/SF-36_dotaznik_20181019.pdf).

HAYS, R. D. et al. 1994. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. In *Quality of Life Research*, 1994, vol. 3, no. 5, p. 329-338.

HAYS, R. D. et al. 1997. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.2. In *A Manual for Use and Scoring* [online], 1997. [cit. 2018-11-25]. Dostupné na internetu: <http://www.rand.org/pubs/papers/P7928z2.html>.

KOREVAAR J. C. et al. 2000. Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. In *Peritoneal Dialysis International*, 2000, roč. 20, č. 1, s. 69-75.

MAHROVÁ, A. – PRAJSOVÁ, J. – BUNC, V. 2009. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. In *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2, s. 424-432.

MAHROVÁ, A. et al. 2016. Kvalita života pacientů léčených peritoneální dialýzou – průřezová studie v České republice. In *Kontakt*, 2016, roč. 18, č. 4, s. 274-283.

OPATRŇÁ, S. 2016. Nízká sérová koncentrace bikarbonátů předpovídá zánik reziduální renální funkce u PD peritoneálně dialyzovaných pacientů. In *Postgraduální nefrologie*, 2016, roč. 14, č. 1, s. 10-12.

PAVLICOVÁ, J. – KRACÍKOVÁ, J. 2013. Brodovy dny se letos zaměřily hlavně na predialýzu. In *Florence*, 2013, roč. 2013, č. 7-8, s. 33-34.

SOBOTÍK, Z. 1998. Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36). In *Zdravotnictví v České republice*, 1998, roč. 1, č. 1-2, s. 50-54.

SULKOVÁ, S. 2005. Kvalita života a kvalita dialýzy. In *Postgraduální nefrologie*, 2005, roč. 3, č. 6, s. 87-89.

VIKLIČKÝ, O. – BOUČEK, P. 2013. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. 298 s.

VRÁGOVÁ, E. 2010. *Kvalita života jedinců s chronickým selháváním ledvin léčených peritoneální dialýzou*, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu. 135 s.

## Kontakt

**Bc. Jindřiška Kotlářová**

B. Braun Avitum Nefrologická ambulance Rychnov nad Kněžnou

U Stadionu 1555

516 01 Rychnov nad Kněžnou

Česká republika

E-mail: [jindriska.kotlarova@bbraun.com](mailto:jindriska.kotlarova@bbraun.com)

**Prijaté:** 11. 10. 2019

**Akceptované:** 12. 11. 2019

## Scoping review: teoretický rámec a metodologické poznámky

Jan Chrastina

Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií

### Abstract

CHRISTINA, J. Scoping review: theoretical framework and methodological notes. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 56-61. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/scoping-review-teoreticky-ramec-a-metodologicke-poznamky>.

**Background:** Scoping reviews (ScoRev) have a dominant position in nursing and healthcare research. Both ScoRev and systematic review (SysRev) have methodological frameworks that have both common and different processing steps. Since ScoRev is considered to be a precursor for SysRev, both types need to be viewed by the researcher's synchronous optics and understand the requirements for these types of work.

**Aim:** To define and describe the methodological framework of scoping review processing and point out the matches and differences in scoping review and systematic review.

**Results:** The paper described the framework for processing ScoRev and defining the basic differences between ScoRev and SysRev. ScoRev and SysRev processing procedures are described in detail – terminological chaos, however, appears in the titles of published ScoRev studies, either confusing with SysRev or incorrectly combining these two separate types of review approaches.

**Conclusion:** in nursing research, in the context of ScoRev, it is necessary to maintain the terminological clarity and precision for ScoRev processing. As a suitable format for the ScoRev titles is recommended „Specific title, description of the phenomenon studied and definition of relationship/purpose, benefit: scoping review“.

**Key words:** scoping review, scoping study, scoping review/study terminology and methodology, systematic synthesis

### Úvod

Možností a postupů, s jejichž pomocí lze zpracovat přehledové studie (*a review study*), je výzkumníkům k dispozici několik. Zpravidla jsou aplikovány v situacích, kdy je zapotřebí identifikovat „prázdňé místo, mezeru“ ve výzkumu (*gap*, nebo také *research gap*) a navázat na něj systematickou činností, seznámit odbornou komunitu s novými poznatky, příp. zdůvodnit si nezbytnost zpracovat výzkum na dané téma, danou problematiku (např. pro grantové tituly). V tomto kontextu můžeme hovořit o literárních přehledech/*review* (*a literature review*). Přestože je slovo „review“ v českém jazyce překládáno jako „přehled“, vědeckou komunitou je častěji akceptován pojem ve svém originále (i přestože je doplněn dalšími slovy již v češtině, např. „literární review“ apod.). Autoři Grant a Booth (2009, p. 94–95) popisují celkem 14 typů literárních *review* (v závorkách je uveden možný orientační překlad do českého jazyka): (1) *Critical review* („kritický přehled“), (2) *Literature review* („literární přehled“), (3) *Mapping review / systematic map* („mapující přehled / systematická mapa“), (4) *Meta-analysis* („metaanalýza“), (5) *Mixed studies review / mixed methods review* („přehled ze smíšených studií / přehled ze smíšených metod“), (6) *Overview* („vše/obecný přehled“), (7) *Qualitative systematic review / qualitative evidence synthesis* („kvalitativní systematický přehled / syntéza kvalitativních důkazů“), (8) *Rapid review* („rychlý přehled“), (9) *Scoping review* („přehled rozsahu“), (10) *State-of-the-art review* („přehled aktuálního stavu poznání“), (11) *Systematic review* („systematický přehled“), (12) *Systematic search and review* („systematické hledání a přehled“), (13) *Systematized review* („systematizovaný přehled“), (14) *Umbrella review* („rámcový přehled“). Jedním z těchto typů je také *scoping review* (někdy také *scoping study*), které v českém ani slovenském jazyce nemá ustálen svůj pojmový překlad, a je uváděno v anglickém originálu. Někdy je vhodné ponechávat pojmy ve svých originálních podobách, aby nedocházelo k šíření různých (a nevhodných, nesprávných anebo zavádějících) překladů, významů a kontextů původního pojmu – proto i v tomto textu bude využíván pojem *scoping review* (dále v textu jen jako „ScoRev“). Příkladem terminologického chaosu může být např. překlad spojení „*scoping search*“ (které je základem pro ScoRev) jako „předběžná identifikace“ (Nekola, Ochrana, Tollarová, Veselý, 2017, s. 15).

Terminologie v oblasti ScoRev (*scoping terminology*) je víceméně ustálená, stejně jako metodologie jeho zpracování a publikování. Přesto se v některých publikovaných studiích můžeme setkat s pojmy jako např. *systematic mapping*, *evidence mapping*, *literature mapping*, *scoping exercise*, *scoping project*, *scoping report*, *rapid review*, *quick review*, anebo pouze *scoping* (kterým je vymezen proces samotného zpracování tohoto typu *review* anebo aktivita výzkumníka zpracovávajícího ScoRev). Přestože pro ScoRev existují různá synonyma uvedená výše, paradoxně dosud nemá vědeckou komunitou akceptovatelnou, jasně vymezenou a podloženou definici (Arksey, O'Malley, 2005, p. 20; Anderson et al., 2008, p. 3; Daudt et al., 2013, p. 8) a současně také není vždy zcela evidentní pozice ScoRev ve skupině literárních *review* (*literature review family*). Je však dobře vymezen účel, který je s pomocí ScoRev zpracováván (Colquhoun et al., 2014, p. 1291). ScoRev a jeho zpracování bývá nejčastěji spojováno se jmény Arksey a O'Malley (2005), kteří jsou považováni za autory metodologie ScoRev a zpracování poznatků a důkazů (*knowledge and evidence*) tímto typem literárního *review*. Jejich východiskovou filozofii

a aplikaci do různých tematických oblastí dále rozpracovali autoři Levac, Colquhoun, O'Brien (2010) a po dalších pěti letech rovněž autoři Peters et al. (2015a).

Zpravidla je v metodologických studiích konstatováno, že je dobře znám účel a záměr ScoRev – můžeme říci, že je užíváno k systematickému mapování dostupné literatury (*to map existing literature*) v dané oblasti a/nebo tématu v kontextu povahy, obsahu, vlastností a množství literatury (Arskey, O'Malley, 2005, p. 20; Pham et al., 2014, p. 372). Samotný proces označovaný jako mapování (*mapping*) dostupných poznatků bývá zahrnut také v dalších pojmech označujících tento typ review: *mapping review* anebo *mapping study*. Nutno však dodat, že v oblasti společenskovedného, tzn. i ošetrovateľského výzkumu jsou „*mapping studie*“ (do češtiny se pojem jednoznačně nepřekládá) a ScoRev odlišovány. Pokud výzkumník potřebuje vyhledat definice, existující koncepty a provést jejich analýzu/syntézu, stejně jako provést sumarizaci známých a dostupných poznatků a evidencí k identifikování „potřebného místa pro výzkum“ (*gap*), je ScoRev ideálním typem zpracování literárního review. Dalšími účely ScoRev je identifikace literatury, s jejíž pomocí je možno vymezit doporučení pro praxi, příp. doporučení do praxe (Chrastina, 2019a), a rovněž diseminování poznatků do odborné vědecké komunity (Tricco et al., 2016, p. 9; Stoffels et al., 2019, p. 1; Davis, Drey, Gould, 2009, p. 1386; Pham et al., 2014, p. 371). Proto se můžeme setkat se zařazením ScoRev mezi postupy syntézy poznatků (*knowledge synthesis*) (Grimshaw, 2012), příp. mezi postupy syntézy důkazů (*evidence synthesis*). Častěji se však můžeme setkat s využitím ScoRev jako předstupně systematického review/přehledu (*systematic review*, dále v textu jen jako „SysRev“). Pokud bychom shrnuli již uvedené účely ScoRev do jakési metodologické chronologie od nejnižší úrovně syntézy k úrovni nejvyšší, bylo by následující: *mapping studie* – *scoping review* – *systematické review*.

Přestože bylo konstatováno, že ScoRev nemá ustálenou a vědeckou komunitou akceptovanou definici, jako východiska může být využito vymezení založeného na syntéze konstatování třech autorských kolektivů: ScoRev je typem přehledové studie zacílené na mapování, analyzování a interpretování poznatků (literatury) pro konkrétní téma nebo zkoumanou oblast, a nabízí možnost identifikovat ústřední koncepty, problémová témata ve výzkumu, typy a zdroje poznatků (důkazů) směrem k informování stávající praxe, pro potřeby rozhodovacích procesů a výzkum, stejně jako vhodný předstupeň (prekurzor) pro SysRev (Daudt, van Mossel, Scott, 2013, p. 1; O'Brien et al., 2016, p. 8; Colquhoun et al., 2014).

Protože ScoRev bývají nejen začínajícími výzkumníky nesprávně považována za systematická review (SysRev), je nutné v dalším textu taktéž vymezit základní rozdíly a shody mezi těmito dvěma typy review (Peters et al., 2015b, p. 2; Higgins, Green, 2011).

## Cíl

Cílem příspěvku je vymezit a popsat metodologický rámec pro postup *scoping review* (ScoRev), poukázat na shody a rozdíly ve zpracování ScoRev a systematického review (SysRev) a seznámit vědeckou komunitu s terminologickou, formální a metodologickou nejasností ScoRev procesu s pomocí zjištění z analýzy názvů publikovaných studií zpracovaných ScoRev postupem. (Z důvodu edukačního formátu příspěvku jsou v textu ponechány také originální pojmy v angličtině – zájemce se dokáže ve ScoRev terminologii orientovat a dohledat si další potřebné zdroje informací).

## Výsledky

### (systematické) Scoping review (a)nebo systematické review?: metodologické poznámky

Základní rozdíl mezi ScoRev a SysRev je spatřován v preciznosti, náročnosti a šíři jejich zpracování (Munn et al., 2018, p. 3). ScoRev mají záběr širší, obecně jde o proces mapování dostupné literatury a šíře/kvality poznatků, a rovněž výzkumná otázka (*review research question*) bývá volnější (Levac, Colquhoun, O'Brien, 2010). Proto jsou ScoRev využívána v situacích, kdy výzkumník potřebuje identifikovat, analyzovat a interpretovat ústřední koncepty (*key concepts*), které jsou ve zkoumané oblasti a výzkumu těmi zásadními – tím dochází k popisu aktuálních a potenciálních „prázdných míst“ (*gapu*) v řešeném tématu a sjednocení tematicky a kontextově vázaných konceptů (Crilly, Jashapara, Ferlie, 2010, p. 8; de Chavez et al., 2005, p. 72; Tricco et al., 2016, p. 2; Stoffels et al., 2019, p. 2; Daudt, van Mossel, Scott, 2013, p. 6; O'Brien et al., 2016, p. 2). Dochází k určení rozsahu poznatků/evidencí (kvantitativních a/nebo kvalitativních a/nebo smíšených) dostupných ve zkoumané oblasti a k vizuální prezentaci (schémata, diagramy, tabulky, přehledy) (Peters et al., 2015a, p. 142) aktuálně řešeného tématu.

Dalším rozdílem mezi ScoRev a SysRev je požadavek kvality – jedná se o ukazatele prokázání kvality zpracování, prezentování a důvěryhodnosti. Pro ScoRev není prvek posouzení kvality vyžadován (ale častokrát bývá součástí publikovaných ScoRev studií), zatímco pro SysRev je posouzení kvality (*quality assessment*) nezbytným a vědeckými časopisy vyžadovaným atributem. Je-li formální posouzení metodologické kvality (*a formal assessment of methodological quality*) zahrnutých studií zpracováno, svědčí o preciznosti výzkumníka a důvěryhodnosti prezentovaných faktů. Pokud je součástí publikovaného ScoRev komponenta posouzení kvality studie (*assessing study quality*), bývá nejčastěji zpracovávána s pomocí indikátorů kvality pro literární review (*quality indicators for reviews*) autorů Buckley et al. (2009).

Terminologický chaos však do týchto dvoch typů review vnáší prívlastek „systematic“ – i ScoRev môžu nést označení jako např. *a systematic scoping review*, čímž môže dochádzať k zaměnení ScoRev za SysRev. Jedná se o dva samostatné a svými účely rozdílné typy literárních review. Někteří autoři možná mohou považovat ScoRev a SysRev za synonyma z důvodu, že ScoRev bývá iniciální fází pro SysRev – tímto přístupem dochází nejprve k identifikaci „místa chybějících poznatků“ a jeho popisu, zdůvodnění a podložení relevantními důkazy, a teprve poté ke zpracování rozsáhleji koncipovaného, metodologicky precizně zpracovaného (robustního) SysRev. Metodologie SysRev je náročná na popis, zdůvodnění i provedení, ale současně metodologický rámec disponuje jednoznačně vymezenými kritérii pro studium poznatků v analyzované literatuře (nejčastěji se jedná o studie) – jde např. o povahu výstupů, populaci, geografické a jiné atributy zdůvodněné autory. Tím se stávají SysRev hypotézy-testujícími východisky (*hypothesis-testing*), zatímco ScoRev jsou spíše hypotézy-tvořícími východisky (*hypothesis-generating*). Proces ScoRev (*the scoping process*) je procesem značně iterativním (Arksey, O'Malley, 2005, p. 24; Daudt, van Mossel, Scott, 2013, p. 5). Co spojuje ScoRev se SysRev je využívání protokolu (*literature review protocol*), tj. *ScoRev protocol* anebo *SysRev protocol*. Pro ScoRev není protokol vždy nezbytně vyžadován – avšak vždy musí být k dispozici zcela transparentní popis postupu zpracování syntézy poznatků. Publikovaná ScoRev obsahují zpravidla tyto komponenty: (a) název, úvod a východiska (*title, introduction, background*); (b) záměr, cíl a účel (*objective, aim, purpose*); (c) otázky pro zpracování review, kritéria pro zařazení a vyloučení zdroje poznatků (*review questions, inclusion and exclusion criteria*); (d) typy studií, účastníků, konceptů, kontextů (*types of studies, participants, concepts, contexts*); (e) proces vyhledávání a jeho strategie (*searching procedure and search strategy*); (f) třídění studií, extrahování a mapování výsledků / extrakce a syntéza dat (*study selection, extracting and charting the results / data extraction and synthesis*); (g) doporučení pro praxi a shrnutí, závěr (*recommendations for practice and conclusions*).

ScoRev mají výstup zpracování v podobě mapy důkazů (*evidence map, příp. map of the data*) – jedná se tabulky, diagramy (nejčastěji *flow diagram*), schémata, příp. fragmenty evidencí pro jednotlivé cíle ScoRev anebo otázek studie. Zpracovaná data, jak doporučují Arksey a O'Malley (2005, p. 24), je vhodné třídit a prezentovat podle klíčových témat a otázek/problémů (*key themes and issues*). Tím však může docházet k záměně s podobným postupem zpracování a analýzy – konceptovou/konceptuální analýzou (*concept analysis*) (Draper, 2014, p. 1207). Proto je vhodné (a někdy žádoucí) respektovat doporučení pro ScoRev (*scoping review guidance*) – v kontextu ošetrovateľských věd jde o Peters et al.'s *scoping review guidance*, který byl odsouhlasen Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015a, 2015b; Tricco et al., 2016, p. 2). Celý postup zpracování ScoRev od počátku (identifikování nedostatečně ro/zpracované problémové oblasti, zdrojů poznatků a důkazů) přes průběh (analýza a třídění studií s interpretacemi zjištění) až po závěrečnou etapu (kritická evaluace a doporučení pro praxi) můžeme souhrnně označit jako rámec scoping review (*scoping review framework*). Nejčastěji užívaným rámcem je ten od autorů Arksey a O'Malley (2005), dále od autorů Levac, Colquhoun, O'Brien (2010), a od autorů Davis et al. (2009). Méně častěji jsou aplikovány rámce autorů Daudt et al. (2013), Anderson et al. (2008), Wilson et al. (2010), Bragge (2011), Kitchenham a Charters (2007).

V publikovaných studiích zpracovaných jako ScoRev nejčastěji využívaný rámec sestává z následujících 6 fází (úkolů): (1) identifikujte otázku ScoRev s pomocí objasnění a propojení účelu přehledu a výzkumné otázky (*identify the research question by clarifying and linking the purpose and research question*); (2) identifikujte relevantní studie s vyvážením proveditelnosti, záberem a komplexností (*identify relevant studies by balancing feasibility with breadth and comprehensiveness*); (3) iterativním postupem vybírejte studie pro jejich třídění a extrakci dat z nich (*select studies using an iterative team approach to study selection and data extraction*); (4) do mapování a třídění dat zakomponujte numerické souhrny a kvalitativní tematickou analýzu (*chart the data incorporating numerical summary and qualitative thematic analysis*); (5) kumulujte, sumarizujte a zveřejněte výsledky včetně doporučení pro politiku, praxi nebo výzkum (*collate, summarize and report the results, including the implications for policy, practice or research*); a (6) realizujte konzultační činnost, která je volitelným krokem, ale může být požadovanou součástí ScoRev (*consultation exercise, which is an optional step and can be adopted as a required component of a ScoRev*).

Vyhledávání relevantních studií může být prováděno v souladu se zpracovaným postupem *PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies 2015 guideline statement* (McGowan et al., 2016) a prezentování postupu zpracování a analýzy studií zahrnutých do ScoRev je nejčastěji v podobě *PRISMA flow diagramu* (*ScoRev flow diagram*). *PRISMA diagram* (příp. *PRISMA-P diagram*) však bývá automaticky spojován se SysRev – zde může docházet k dalším záměnám ScoRev za SysRev. ScoRev obsahuje zpravidla dvě komponenty – obsahovou a analytickou. Jde o (1) kvantitativní analýzu (*quantitative analysis*), např. frekvenční (*frequency analysis*), a o (2) kvalitativní analýzu (*qualitative analysis*), např. obsahovou (*qualitative content analysis*).

## Nejednotnost užívané terminologie v názvech publikovaných scoping review studií

Na základě výsledků analýzy názvů studií zpracovaných postupem ScoRev (Chrastina, 2019b, v rec. řízení) bylo identifikováno 13 témat zahrnujících všechny všechny charakteristiky dohledané v názvem (specifikacích) publikovaných ScoRev studií: (1) Geografický kontext; (2) Fenomén, který byl s pomocí ScoRev studován; (3) Typ analyzovaných studií – zdroj výsledků; (4) Použitá vazba (ON – TO – INTO – IN) zdůrazňují obsah (ASSESSING), zahájení procesu (BEGINNING) anebo užití konkrétního aktivního výzkumného slovesa; (5) Prívlastek „literární“, uvedení typu literatury, evidencí; (6) Jedinečná specifikace ScoRev; (7) Aplikace výzkumných záměrů a požadavků vědy; (8) Dominance výsledků, zjištění anebo doporučení; (9) Atribut času, období; (10) Atribut počtu studovaných studií; (11) Atribut rozsahu ScoRev, hloubky studia fenoménu; (12) Zdůraznění atributu vědy a výzkumu; (13) Kombinace ScoRev s dalším postupem, designem, metodologií, analýzou.

Provedená analýza 2861 názvů publikovaných studií vyhledaných v elektronických databázích MEDLINE/PubMed, SCOPUS (multidisciplinary), ISI Web of Knowledge a Science Direct dokládá nejednotnost, nejednoznačnost a značnou variabilitu v kontextu ScoRev metodologie – jedná se o desítky různých označení a specifikací v názvech publikovaných ScoRev studií. Přestože převážná část dohledaných názvů ScoRev studií obsahovala deskripci studovaného fenoménu (téma 2), další témata představují terminologický, metodologický a formální chaos. Z tohoto důvodu je vhodné pečlivé studium metodologie zpracování a publikování ScoRev, SysRev, obsahové, tematické a konceptuální analýzy. Značný problém rovněž mohou představovat přívlastky spojované se ScoRev jako „a quick“, „a literature“, „a brief“, „a short“ – nejen výzkumník začínající s přehledovými studiemi (literárními review) může být těmito názvy studií (které si vyhledal např. jako zdroj informací anebo příklad správně provedené studie) ovlivněn až zmaten, o dalším opakování základních nedostatků a zásadních chyb nemluvě (zejména v podobě „a systematic scoping review“).

Nelze říci, který typ je jednodušší anebo náročnější na zpracování – jsou to typy odlišné metodologickou robustností, a především svými účely. I zde platí, že každé review by mělo být zpracováno precizně, metodologicky čistě a s dokumentováním všech dílčích kroků postupu zpracování ScoRev / SysRev.

---

## Závěr

Při respektování doporučení a dodržení metodologie zpracování jsou v ošetrovateľských vědách ScoRev aktuálně považována za validní a autonomní postup zpracovávající přehled poznatků, literatury anebo důkazů. Kritéria pro ScoRev, stejně jako otázky takové studie, jsou vždy volnější a širší, než je tomu u SysRev. Robustní a metodologicky korektní zpracování je nezbytné pro SysRev – je-li takové zpracování přítomno také ve ScoRev studii, je považováno za určitý metodologický benefit. V ošetrovateľském výzkumu je však nezbytné rozvíjet terminologickou jednotnost, jednoznačnost v konceptech a konstruktech a metodologickou čistotu v procesech zpracování přehledu.

Jako vhodný formát pro publikování studií zpracovaných postupem ScoRev se jeví „*Konkrétní název, popis studovaného fenoménu a vymezení vztahu/účelu, přínosu: scoping review*“ (ilustrativní příklad: „*Dostupné instrumenty posuzující sexualitu a intimitu dospělých osob s mentálním postižením pro potřeby ošetrovateľského výzkumu: scoping review*“).

Dále lze výzkumníkům a autorům ScoRev doporučit – pokud to není nezbytné, žádoucí anebo zdůvodnitelné – aby nezáváděli další/nové pojmy v kontextu ScoRev zpracování, publikování a metodologického rámce. Platí, že čím více „roztříštěná ScoRev terminologie“ je a bude, tím může být vyhledávání relevantních poznatků a literatury komplikovanější, nepřesné a zatíženo chybami, příp. až zcela nemožné.

---

## Etické aspekty studie a konflikt zájmů

Autor si není vědom žádného konfliktu zájmů. Publikování příspěvku bylo podpořeno grantem Závěr života a umírání osob se zdravotním postižením: metasyntéza (GF\_PdF\_2019\_0007).

---

## Seznam bibliografických odkazů

- ANDERSON, S. – ALLEN, P. – PECKHAM, S. – GOODWIN, N. 2008. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organization and delivery of health services. In *Health Research Policy and Systems*, 2008, vol. 6, no. 7, pp. 1-12.
- ARKSEY, H. – O'MALLEY, L. 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. In *International journal of social research methodology*, 2005, vol. 8, no. 1, pp. 19-32.
- BRAGGE, P. – CLAVISI, O. – TURNER, T. – TAVENDER, E. – COLLIE, A. – GRUEN, R. L. 2011. The Global Evidence Mapping Initiative: scoping research in broad topic areas. In *BMC Medical Research Methodology*, 2011, vol. 11, no. 92, p. 92.
- BUCKLEY, S. – COLEMAN, J. – DAVISON, I. – KHAN, KS – ZAMORA, J. – MALICK, S. – MORLEY, D. – POLLARD, D. – ASHCROFT, T. – POPOVIC, C. – SAYERS, J. 2009. The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a best evidence medical education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. In *Medical Teacher*, 2009, vol. 31, no. 4, pp. 282-298.
- COLQUHOUN, H. L. – LEVAC, D. – O'BRIEN, K. K. – STRAUS, S. – TRICCO, AC – PERRIER, L. – KASTNER, M. – MOHER, D. 2014. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. In *Journal of Clinical Epidemiology*, 2014, vol. 67, no. 12, pp. 1291-1294.
- CRILLY, T. – JASHAPARA, A. – FERLIE, E. 2010. *Research utilisation and knowledge mobilisation: a scoping review of the literature*. London: Department of Management, King's College London, 2010. 307 p.
- DAUDT, H. M. L. – van MOSSEL, C. – SCOTT, S. J. 2013. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. In *BMC Medical Research Methodology*, 2013, vol. 13, no. 1, pp. 1-9.



- DAVIS, K. – DREY, N. – GOULD, D. 2009. What are scoping studies? A review of the nursing literature. In *International Journal of Nursing Studies*, 2009, vol. 46, no. 10, pp. 1386-1400.
- de CHAVEZ, A. C. – BACKETT-MILBURN, K. – PARRY, O. – PLATT, S. 2005. Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. In *Health Education Journal*, 2005, vol. 64, no. 1, pp. 70-87.
- DRAPER, P. 2014. A critique of concept analysis. In *Journal of Advanced Nursing*, 2014, vol. 70, no. 6, pp. 1207-1208.
- GRANT, M. J. – BOOTH, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. In *Health Information and Libraries Journal*, 2009, vol. 26, no. 2, pp. 91-108.
- GRIMSHAW, J. 2012. *A Guide to Knowledge Synthesis* [online]. 2012. [cit. 2019-10-18]. Available on: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41382.html>.
- HIGGINS, J. P. T. – GREEN, S. 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [March 2011]. *The Cochrane Collaboration* [online]. 2011. [cit. 2019-10-16]. Available on: <http://www.cochrane-handbook.org>.
- CHRASTINA, J. 2019a. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. 287 s.
- CHRASTINA, J. 2019b. A scoping review: methodological interest in unclear study titles' scoping terminology. In *Nursing & Health Sciences* (manuscript in peer review process).
- KITCHENHAM, B. – CHARTERS, S. 2007. *Guidelines for Performing Systematic Literature Reviews in Software Engineering. Technical Report EBSE 2007-001*. United Kingdom: Keele University and Durham University Joint Report, 2007.
- LEVAC, D. – COLQUHOUN, H. – O'BRIEN, K. K. 2010. Scoping studies: advancing the methodology. In *Implementation Science*, 2010, vol. 5, no. 69, pp. N/A.
- McGOWAN, J. – SAMPSON, M. – SALZWEDEL, D. M. – COGO, E. – FOERSTER, V. – LEFEBVRE, C. 2016. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. In *Journal of Clinical Epidemiology*, 2016, vol. 75, no. N/A, pp. 40-46.
- MUNN, Z. – PETERS, M. D. J. – STERN, C. – TUFANARU, C. – McARTHUR, A. – AROMATARIS, E. 2018. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. In *BMC Medical Research Methodology*, 2018, vol. 18, no. 143, p. 1-7.
- NEKOLA, M. – OCHRANA, F. – TOLLAROVÁ, B. – VESELÝ, A. 2017. *Metodika systematického přehledu poznatků pro tvorbu a evaluaci veřejných strategií*. Praha: Centrum pro sociální a ekonomické strategie, Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze, 2017, 28 s.
- O'BRIEN, K. K. – COLQUHOUN, H. – LEVAC, D. – BAXTER, L. – TRICCO, A. C. – STRAUS, S. – WICKERSON, L. – NAYAR, A. – MOHER, D. – O'MALLEY, L. 2016. Advancing scoping study methodology: a web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. In *BMC Health Services Research*, 2016, vol. 16, no. 305, pp. 1-12.
- PETERS, M. D. J. – GODFREY, C. M. – KHALIL, H. – McINERNEY, P. – PARKER, D. – SOARES, C. B. 2015a. Guidance for conducting systematic scoping reviews. In *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 2015, vol. 13, no. 3, pp. 141-146.
- PETERS, M. D. J. – GODFREY, C. M. – McINERNEY, P. – SOARES, C. B. – KHALIL, H. – PARKER, D. 2015b. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2015. 24 p.
- PHAM, M. T. – RAJIĆ, A. – GREIG, J. D. – SARGEANT, J. M. – PAPADOPOULOS, A. – McEWEN, S. A. 2014. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. In *Research Synthesis Methods*, 2014, vol. 5, no. 4, pp. 371-385.
- STOFFELS, M. – PEERDEMAN, S. M. – DAELMANS, H. E. M. – KET, J. C. F. – KUSURKAR, R. A. 2019. Protocol for a scoping review on the conceptualization of learning in undergraduate clinical nursing practice. In *BMJ Open*, 2019, vol. 9, no. 2, e024360.
- TRICCO, A. C. – LILLIE, E. – ZARIN, W. – O'BRIEN, K. – COLQUHOUN, H. – KASTNER, M. – LEVAC, D. – NG, C. – SHARPE, J. P. – WILSON, K. – KENNY, M. – WARREN, R. – WILSON, C. – STELFOX, H. T. – STRAUS, S. E. 2016. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. In *BMC medical research methodology*, 2016, vol. 16, no. 15, pp. 1-10.
- WILSON, P. M. – PETTICREW, M. – CALNAN, M. W. – NAZARETH, I. 2010. Disseminating research findings: what should researchers do? A systematic scoping review of conceptual frameworks. In *Implementation Science*, 2010, vol. 5, no. 91, pp. 1-16.

## Kontakt

**Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.**

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP

Žižkovo náměstí 5

771 40 Olomouc

Česká republika

E-mail: [jan.chrastina@upol.cz](mailto:jan.chrastina@upol.cz)

**Prijaté:** 18. 10. 2019

**Akceptované:** 13. 11. 2019

## Důvody chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče

Dominika Kalánková\*, Daniela Bartoníčková\*\*, Katarína Žiaková\*

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

\*\* Univerzita Karlova v Prahe, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství

---

### Abstract

KALÁNKOVÁ, D. – BARTONIČKOVÁ, D. – ŽIAKOVÁ, K. Reasons for missed, rationed and unfinished nursing care. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 62-69. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/duvody-chybejici-pridelovane-a-nedokoncene-osetrovatelske-pece>.

**Aim:** To identify the reasons for the occurrence of the missed, rationed and unfinished nursing care phenomenon for effective planning of the strategies related to its prevention.

**Background:** The assumption of the reduction or elimination of the occurrence of the missed, rationed and unfinished nursing care phenomenon in the nursing practice environment is determination and awareness of the reasons for its presence.

**Methods:** The contribution has the character of a narrative literature review. The search was performed in PubMed and ScienceDirect databases in the period from May 2019 to July 2019. A total of 28 studies were analysed.

**Results:** We identified significant reasons for the occurrence of the phenomenon of missed, rationed and unfinished nursing care. These were related mainly to the organisational aspects of the healthcare facility, labour and material resources, as well as to the communication and teamwork, but also the management itself and characteristics of nurses and patients.

**Conclusion:** Many of identified reasons for the occurrence of the phenomenon fall within the competence of the healthcare facility management, from the line to the top, mainly because nurses influence few of them as direct providers of nursing care at the micro-level decision-making processes. Management may operate with identified reasons through the finding the appropriate way of the solution thus contribute to the overall higher job satisfaction of nurses but also to the provision of more quality nursing care as well as to the improvement of the functioning of the workplace.

**Key words:** reasons, nursing, missed care, rationed care, unfinished care

---

### Úvod

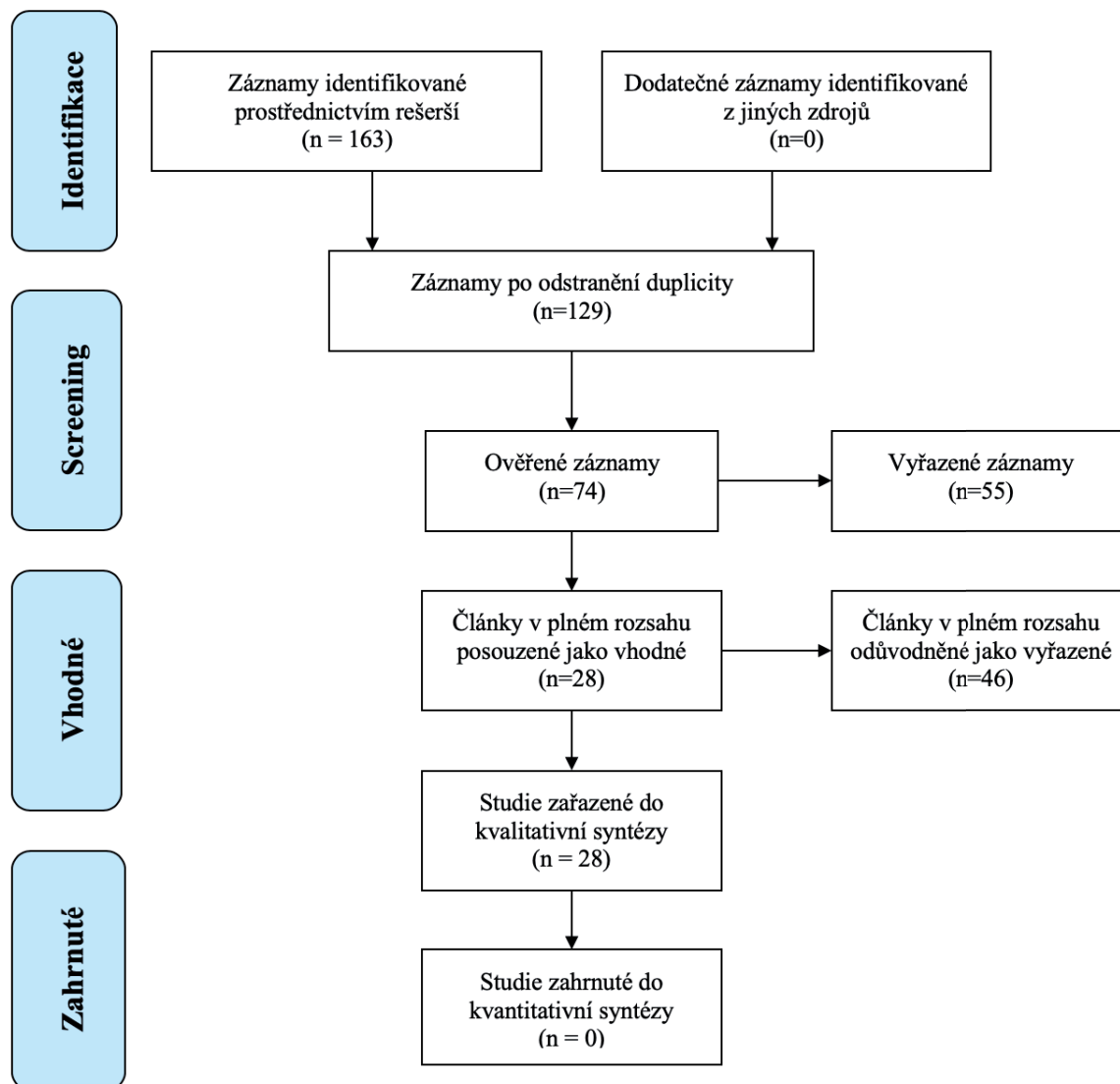
Problematika chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče se v posledních letech stává mezinárodně řešeným fenoménem vyvěrajícím především z prohlubujícího se nedostatku sester, který s sebou přináší fatální hrozby týkající se kvality poskytované péče a s tím i úzce spjaté problematiky narušené bezpečnosti pacientů (Kalánková, Kurucová, Žiaková, 2019). Publikace týkající se zmíněného multidimenzionálního fenoménu exponenciální řadou narůstají a terminologie mezi jednotlivými pojmy, navzdory odlišným konceptuálním definicím, teoretickým rámcům a měřicím nástrojům, bývá mnohdy zaměňována (Jones, Hamilton, Murry, 2015; Kalánková, Kurucová, Žiaková, 2019). Abychom tyto pojmy ozřejmili, v případě nedokončené ošetrovatelské péče se jedná o běžný jev vyskytující se v podmínkách akutní péče, který je popisován jako aktivity ošetrovatelské péče, které sestry nemohly udělat pro své pacienty (Jones, Hamilton, Murry, 2015). Přidělovanou ošetrovatelskou péči definovali Schubertová et al. (2007) jako neprovedení nezbytných ošetrovatelských opatření pacientům z důvodu nedostatku ošetrovatelských zdrojů (personálních; časových; mix-způsobností – rozložení personálu v konkrétní službě dle rozsahu kompetencí). Nástroje pro nedokončenou a přidělovanou péči jsou formulovány tak, aby jimi bylo možné identifikovat ošetrovatelské činnosti, nikoliv však dílčí důvody přispívající k výskytu fenoménu. Chybějící péče vychází z konceptuálního modelu Kalischové, Landstroma a Hinshawové (2009) a bývá označována jako každá ošetrovatelská aktivita nezbytná pro pacienta, která není provedena, či je při procesu poskytování péče závažně opožděna. Standardizovaným nástrojem pro měření chybějící péče je MISSCARE Survey, kterým lze identifikovat nejen ošetrovatelské aktivity, ale především i důvody této péče (Kalisch, Williams, 2009). Jedná se tedy o jediný nástroj přímo demaskující prostřednictvím podloženého sběru dat důvody vzniku chybějící ošetrovatelské péče. V případě přidělované a nedokončené péče lze tyto důvody odhalit na základě kvalitativně provedených studií. Soudobá literatura poskytuje důkazy o všudypřítomné povaze fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče, která představuje značnou hrozbu týkající se bezpečnosti pacientů. Vzhledem k potencionálním problémům, které může při poskytování ošetrovatelské péče působit, by na ni měl být v literatuře kladen větší důraz (Recio-Saucedo et al., 2018). Domníváme se, že prostřednictvím vytyčených již identifikovaných důvodů podléjících se na vzniku fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče a zavedením náležitých opatření lze v praxi přispět k jeho redukci, či úplné eliminaci.

## Cíl

Na základě literárního přehledu identifikovat a poukázat na jednotlivé důvody vzniku fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče pro efektivní naplánování strategie vztahující se k prevenci jeho vzniku.

## Metodika

Předložená studie má charakter narativního literárního přehledu. Vyhledávání bylo realizováno ve dvou databázích a to PubMed a ScienceDirect. Tyto databáze byly využity vzhledem k jejich dostupnosti v instituci, ve které byla studie realizována. Vyhledávání probíhalo od května 2019 do července 2019 a bylo realizováno prostřednictvím předem stanovených klíčových slov: důvody, chybějící péče, přidělovaná péče, sestry, nedokončená péče, ošetrovatelská péče s použitím Booleanovských operátorů „AND“ a „OR“. Vyhledávání bylo limitováno kritérii výběru, kterými byly jazyk (anglický, český, slovenský) a plnotexty, avšak nebylo limitováno vyhledávacím obdobím. Vyhledáno bylo celkem 163 studií (PubMed 114, ScienceDirect 49), po odstranění duplicitních článků jich bylo využito následně 129. Literární přehled byl zpracovaný pomocí schématu PRISMA (Schéma 1). Studie jsme zařadili do další analýzy v případě, že splňovaly stanovená zařazovací kritéria a to a) empirická studie, b) zaměření na ošetrovatelskou péči, c) zaměření na důvody chybějící, přidělované a nedokončené péče. Vyřazovacími kritérii byly: přehledové články, případové studie, editoriály. Celkově bylo do analýzy zahrnuto 28 studií. Extrakce údajů byla realizována prostřednictvím tabulkového procesoru Microsoft Excel, který obsahoval následující informace: autor, rok, krajina, cíl, dizajn, výzkumný soubor, velikost vzorku, participanti, sběr údajů, analýza údajů, koncept a hlavní výsledky. Údaje byly zpracovány prostřednictvím metody obsahové analýzy se záměrem naplnění cílu naší studie.



**Schéma 1** Vyhledávací strategie s cílem identifikace jednotlivých důvodů vzniku fenoménu chybějící, přidělované, nedokončené ošetrovatelské péče dle doporučení PRISMA.

## Výsledky

V súvislosti s provedeným literárnym prehľadom sme sa v rámci práce zaměřili na jednotlivé dôvody chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče (tab. 1). Tyto odhalené dôvody vytyčovali oblasti týkajúce sa organizačných aspektů zdravotníckych zariadení, personálneho a materiálneho zabezpečení, komunikácie a vzťahů na pracovíšti, managementu a podpory, ale i charakteristik ze stran sestier a pacientů. Vzhľadom k obšírnosti výroků byly v následujícím textu uvedeny pouze nejdůležitější z nich, zbylé lze shlednout v tabulkové části práce.

Organizační aspekty zdravotníckeho zariadení byly identifikované ve vícero kvalitatívnych, ale i kvantitatívnych štúdiách. Jedním z nejdůležitějších důvodů spadajících pod tuto oblasť je autory udáváné narušení denní rutiny (John et al., 2016; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Tubbs-Cooley et al., 2015), přičemž dle mnohých z nich se nejčastěji jednalo o telefonáty, žádosti návštěv či nevyhnutelné diskuse s jinými zdravotníckými pracovníky ohledně zdravotního stavu pacientů. V souvislosti s tímto úzce souvisí i další důvod, kterým je nedostatek času sestier na realizaci ošetrovateľských aktivit (Kalisch, 2006; Tubbs-Cooley et al., 2015; Vryonides et al., 2015). Dalšími identifikovanými důvody v této oblasti jsou například také velký počet nezkušeného personálu na jedné službě (John et al., 2016; Kalisch, 2006) a celkově vyšší pracovní zátěž (Al-Kandari, Thomas, 2009; Winters, Neville, 2012).

Co se týče oblasti personální zabezpečení, bylo prokázáno, že nedostatek personálu je celosvětový problém. Mezi udávanými důvody jej však nezpůsobuje pouze nedostatek sestier (Al-Kandari, Thomas, 2009; Henderson et al., 2017; Kalisch, 2006), ale i nedostatek pomocného a / anebo administratívneho personálu (Gravlin, Bittner, 2010; Maloney, Fencel, Hardin, 2015). Dalšími důvody zapříčiňujícím celkový nedostatek personálu byly uváděny například vysoká fluktuace (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012), neefektivně delegované úlohy mezi sestrami (Kalisch, 2006; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012), ale i neadekvátní mix způsobilostí (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Verall et al., 2015). Mezi dalšími argumenty byly udávány také realizace výkonů sestrami, které spadaly mimo jejich kompetenční rámec (Al-Kandari, Thomas, 2009; John et al., 2016; Maloney, Fencel, Hardin, 2015), ale i nepřítomnost sestier, či „ošetrovateľů“ v dané chvíli na oddělení (Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019).

Důvody, týkající se oblasti materiálního zabezpečení oddělení / pracovíšte podepisující se na incidenci chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče, zahrnovaly především celkově nedostatečné materiální zabezpečení pracovíšte (Cho et al., 2016; Kalisch et al., 2013; Winters, Neville, 2012). Avšak ale i nedostatek léčiv k zabezpečení péče (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Hernández-Cruz et al., 2017; Maloney, Fencel, Hardin, 2015) a nouze o vhodně udržované pomůcky (Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Verall et al., 2015; Willis et al., 2015) zde byly udávány.

Pod důvody pro oblasť komunikaci a vzťahů v souvislosti s výskytom fenoménu chybějící, přidělované, nedokončené ošetrovateľské péče spadaly neadekvátní, respektive neefektivní komunikace mezi sestrami a lékařským zdravotníckým personálem (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010; Hernández-Cruz et al., 2017), ale i obecná neadekvátní týmová spolupráce (Kalisch, Tschannen, Lee, 2012). Bylo prokázáno, že problémy činí nedostatečná, ale i neefektivní komunikace v ošetrovateľském tímu (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Tubbs-Cooley et al., 2017). Specificky zde bylo identifikováno jako problematické selhání komunikace mezi sestrami a praktickými sestrami (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010), či zdravotníckými asistenty (Willis et al., 2015). Významným důvodem bylo také nedostatečné předávání služeb mezi sestrami (John et al., 2016; Kalisch, 2006; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012).

Důvody týkající se managementu a podpory zahrnovaly zejména neefektivní vedení ze strany vedoucí sestry, a to vzhľadom k udávané její nepřítomnosti na oddělení a pro nedostatečné ošetrovateľské dovednosti, stejně tak jako pro nedostatečné chápání chodu oddělení (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012). Mezi další důvody spadala také nedostatečná emocionální podpora sestier, a to především ze strany ostatních členů tímu (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Tubbs-Cooley et al., 2017), ale i od sestier manažerek (Gravlin, Bittner, 2010; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Vryonides et al., 2015; Winters, Neville, 2012). Sestry manažerky selhávaly nejen v nedostatečné emocionální podpoře sestier, ale i v nedostatečné podpoře vzťahů mezi jednotlivými zaměstnanci (Kalisch, Tschannen, Lee, 2012). Poslední důležitou neuspokojivou součástí důvodů incidence fenoménu v oblasti managementu a podpory tvořila neuspokojivá administratívni subvence (Phelan, McCarthy, Adams, 2017).

Další identifikované důvody spadaly pod oblasť charakteristik sestier a vzťahovaly se například k vlastním zvykům sestier při poskytování ošetrovateľské péče, popírání sestier, že péče nebyla poskytnutá (Kalisch, 2006), ale i k preferenci aplikování biomedicínského modelu v klinické praxi (Vryonides et al., 2015). Kalischová (2006) identifikovala i tzv. syndrom „toto není moje práce“, s čímž souvisela i nevědomost sestier týkající se rolí a zodpovědnosti zdravotníckych asistentů. Vzhľadom k tomu, že sestry často nedůvěřují zdravotníckým asistentům při realizaci ošetrovateľských výkonů, a raději pracují samy bez přestávky, to můžeme označit za jednu z důležitých příčin incidence chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovateľské péče (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012). Dalšími důvody pak byly nedostatečné zkušenosti sestier (Tubbs-Cooley et al., 2017), nedostatečná kvalifikace (Verall et al., 2015), ale i třeba nekonzistentní vzdělávání sestier v rámci škol a univerzity, což se přímo promítá do poskytování ošetrovateľské péče a do variací v její kvalitě (Henderson et al., 2017).

Nejdůležitějším důvodem z oblasti charakteristik pacientů byl identifikován neočekávaný nárůst v počtu pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Maloney, Hardin, Fencel, 2015; Gravlin, Bittner, 2010), který mívá často za následek neefektivní obsazenost lůžek, ale i následný nedostatek místa pro pacienty (Al-Kandari, Thomas, 2009; Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2011).

S neočakávaným nárústem pacientů souvisí i změny v intenzitě péče o pacienty ve smyslu jejího navýšení (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlín, Bittner, 2010; Verall et al., 2015), což lze označit za další identifikovaný důvod. Dalšími významnými důvody byly i akutní zhoršení zdravotního stavu pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlín, Bittner, 2010; Papastavrou et al., 2016), či náročné příjmy a propouštění pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlín, Bittner, 2010; Maloney, Fencí, Hardin, 2015), které však bývají často neovlivnitelné ošetrovatelskými zásahy. Stále častější nárůst požadavků pacientů na péči, stejně jako i požadavky a stížnosti ze strany rodinných příslušníků, ale i nárůst VIP pacientů (Al-Kandari, Thomas, 2009; Verall et al., 2015; Vryonides et al., 2015) patří mezi důvody týkající se nezabezpečení ošetrovatelských aktivit.

**Tab. 1. Přehled důvodů chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče**

Důvody chybějící, přidělované a nedokončené péče
<b>Organizační aspekty</b>
Narušení denní rutiny (John et al., 2016; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Tubbs-Cooley et al., 2015; Verall et al., 2015; Winters, Neville, 2012)
Nedostatek času (Kalisch, 2006; Tubbs-Cooley et al., 2015; Vryonides et al., 2015)
Očekávání versus realita – dokumentování péče (Verall et al., 2015)
Náročnost dokumentování péče (Verall et al., 2015)
Velký počet nezkušeného personálu na jedné službě (John et al., 2016; Kalisch, 2006)
Výměna ošetrovatelského personálu za asistenty osobní péče, kteří přebírají kompetence, které nespádají do jejich kompetenčního rámce (Henderson et al., 2017)
Náročná služba (John et al., 2016)
Celková pracovní zátěž (Al-Kandari, Thomas, 2009; Winters, Neville, 2012)
Počet předepsaných intravenózních a intramuskulárních léčiv (Al-Kandari, Thomas, 2009)
Klarifikování lékařských indikací (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Omezené možnosti řešení konkrétních situací vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacientů spolu s dalšími zdravotnickými profesionály (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014)
Nedostatečná regulace poskytovatelů středoškolského vzdělávání – praktické sestry v kontextu rovnoměrného rozložení (Henderson et al., 2017)
<b>Personální zabezpečení</b>
Nedostatečný počet personálu (Cho et al., 2016; Gravlín, Bittner, 2010; Henderson et al., 2017; Hernández-Cruz et al., 2017; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch, 2006; Maloney, Fencí, Hardin, 2015; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interial-Guzmán, 2015; Papastavrou et al., 2016; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Phelan, McCarthy, Adams, 2017; Verall et al., 2015; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016; Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019)
Vysoký počet pacientů na jednu sestru (Al-Kandari, Thomas, 2009; Henderson et al., 2017; John et al., 2016; Kalisch, 2006; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Tubbs-Cooley et al., 2015)
Nízký počet pomocného a/nebo administrativního personálu (Gravlín, Bittner, 2010; Henderson et al., 2017; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Maloney, Fencí, Hardin, 2015; Tubbs-Cooley et al., 2017; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016; Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019)
Fluktuace zaměstnanců (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Neefektivně delegované úlohy mezi sestrami (Kalisch, 2006; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Mix způsobilostí (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Verall et al., 2015)
Vynechání služeb z důvodu onemocnění – nedostatečný počet personálu (Kalisch, 2006; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Winters, Neville, 2012)
Realizace výkonů spadajících mimo kompetenční rámec sester (Al-Kandari, Thomas, 2009; John et al., 2016; Maloney, Fencí, Hardin, 2015)
Sestra, resp. ošetrovatel není na oddělení přítomný anebo je nedostupný (Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019)
<b>Materiální zabezpečení</b>
Nedostatečné materiální zabezpečení pracoviště (Cho et al., 2016; Hernández-Cruz et al., 2017; John et al., 2016; Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2013; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interial-Guzmán, 2015; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Tubbs-Cooley et al., 2015; Valles et al., 2016; Verall et al., 2015; Willis et al., 2015; Winters, Neville, 2012)

**Tab. 1. – pokračování**

<p>Chybějící léky (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Hernández-Cruz et al., 2017; John et al., 2016; Kalisch, 2006; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch et al., 2011; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Maloney, Fencel, Hardin, 2015; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Winsett et al., 2016)</p> <p>Nedostatek vhodně udržovaných pomůcek (Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Verall et al., 2015; Willis et al., 2015)</p>
<p><b>Komunikace a vztahy</b></p> <p>Neefektivní komunikace v ošetrovateľském týmu (Cho et al., 2016; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Kalisch et al., 2013; Kalisch, Lee, 2010; Valles et al., 2016; Winters, Neville, 2012)</p> <p>Napětí anebo selhání komunikace s lékařským zdravotnickým personálem (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010; Hernández-Cruz et al., 2017; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Tubbs-Cooley et al., 2017)</p> <p>Vztahy a konflikty s lékaři (Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014)</p> <p>Týmová spolupráce (Kalisch, Tschannen, Lee, 2012)</p> <p>Hierarchický typ vztahů na pracovišti (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014)</p> <p>Absence kolektivní orientace (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)</p> <p>Neadekvátní orientace nově přijatého personálu (Kalisch, 2006)</p> <p>Nedostatečná komunikace v ošetrovateľském týmu (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Tubbs-Cooley et al., 2017; Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019)</p> <p>Předávání služeb (Kalisch, 2006; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; John et al., 2016; Tubbs-Cooley et al., 2015; Willis et al., 2015)</p> <p>Selhání komunikace mezi sestrami a praktickými sestrami (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010)</p> <p>Nedostatečná komunikace mezi sestrami a zdravotnickými asistenty (Willis et al., 2015)</p>
<p><b>Management a podpora</b></p> <p>Neefektivní metody určování počtu personálu (Verall et al., 2015)</p> <p>Neefektivní vedení ze strany vedoucí sestry (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)</p> <p>Sestra manažerka – nepřítomna na oddělení, nedostatečné ošetrovateľské dovednosti, nedostatečné chápání chodu oddělení (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)</p> <p>Vyvíjení tlaku na nové sestry realizovat výkony, které nespádají do jejich kompetenčního rámce (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014)</p> <p>Nedostatečná podpora ze strany ostatních členů týmu (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Tubbs-Cooley et al., 2017)</p> <p>Nedostatečná podpora ze strany sester manažerek (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Gravlin, Bittner, 2010; Vryonides et al., 2015; Winters, Neville, 2012)</p> <p>Nedostatečná podpora vztahů na pracovišti (Kalisch, Tschannen, Lee, 2012)</p> <p>Nedostatek administrativní subvence (Phelan, McCarthy, Adams, 2017)</p>
<p><b>Charakteristiky pacientů</b></p> <p>Akutní zhoršení stavu pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010; Henderson et al., 2017; John et al., 2016; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Papastavrou et al., 2016; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Tubbs-Cooley et al., 2015; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016)</p> <p>Závažnost stavu pacientů (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014)</p> <p>Neočekávaný nárůst v počtu pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlin, Bittner, 2010; Henderson et al., 2017; Hernández-Cruz et al., 2017; Kalisch et al., 2011; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Maloney, Fencel, Hardin, 2015; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Papastavrou et al., 2016; Phelan, McCarthy, Adams, 2017; Tubbs-Cooley et al., 2015; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016)</p> <p>Neefektivní obsazenost lůžek (Al-Kandari, Thomas, 2009; Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2006; Winters, Neville, 2012; Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015)</p>

**Tab. 1. – pokračování**

Změny v intenzitě péče o pacienty v době služby (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlín, Bittner, 2010; Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009; Kalisch et al., 2011; Kalisch, Tschannen, Lee, 2012; Papastavrou et al., 2016; Phelan, McCarthy, Adams, 2017; Tubbs-Cooley et al., 2015; Verall et al., 2015; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016)
Náročné příjmy a propouštění pacientů (Bragadóttir, Kalisch, 2018; Gravlín, Bittner, 2010; Henderson et al., 2017; Maloney, Fencel, Hardin, 2015; Papastavrou et al., 2016; Tubbs-Cooley et al., 2015; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016)
Překlady pacientů (Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodríguez, Interrial-Guzmán, 2015; Verall et al., 2015)
Neplánované příjmy pacientů (Kalisch, 2006; Verall et al., 2015; Winters, Neville, 2012)
Narůstající požadavky /VIP pacienti/, požadavky rodiny, stížnosti rodiny (Al-Kandari, Thomas, 2009; Kalisch, 2006; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Verall et al., 2015; Vryonides et al., 2015)
<b>Charakteristiky sester</b>
Zvyky (Kalisch, 2006)
Popírání sester, že ošetrovatelská péče nebyla realizována (Kalisch, 2006)
Ztráta humánního aspektu péče/preferování biomedicínského modelu (Vryonides et al., 2015)
„To není moje práce“ syndrom (Kalisch, 2006)
Nevědomost sester týkající se rolí a zodpovědností zdravotnických asistentů (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Nedůvěra sester při realizaci ošetrovatelských výkonů zdravotnickými asistenty (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Práce bez přestávky (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Nedostatečné zkušenosti sester s používáním nástrojů, s realizací výkonů, s legislativou (Tubbs-Cooley et al., 2017)
Nedostatečná kvalifikace (Verall et al., 2015)
Nedostatečná konzistence v používání komunikačních pomůcek (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Preference písemného převzetí služby než osobního (Kalisch, Gosselin, Choi, 2012)
Odmítnutí poskytnutí péče (John et al., 2016)
Nekonzistentní vzdělávání sester v rámci škol a univerzit (Henderson et al., 2017)

## Závěr

Z domácích i zahraničních studií je možné identifikovat široké spektrum důvodů podílejících se na výskytu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče.

V rámci studie jsme vyzdvihli oblasti chybějící, přidělované, nedokončené ošetrovatelské péče, pod které spadaly její jednotlivé důvody. Vyselektujeme-li pak důvody, které byly autory nejvíce udávány, lze tvrdit, že na incidenci fenoménu se podílí především nedostatečné materiální zabezpečení pracoviště, změny v intenzitě péče o pacienty v době služby, neočekávaný nárůst v počtu pacientů, akutní zhoršení stavu pacientů, ale i třeba chybějící léky. Největší hrozbu však vzhledem k incidenci nalezených studií činí celkový počet personálu. Fatální důsledky tohoto nedostatku kulminují po celém světě, negativně ovlivňují bezpečnost pacientů, ale i kvalitu poskytované péče.

Na základě provedené přehledové studie můžeme konstatovat, že pouze málo z identifikovaných důvodů incidence fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče jsou na mikroúrovni rozhodovacích procesů ovlivnitelné sestrami v praxi. Většina z nich spadá do kompetencí managementu zdravotnického zařízení, od liniového až po vrcholový. Management na základě identifikovaných důvodů může prostřednictvím nalezení vhodného způsobu řešení s danými uváděnými výroky pracovat a přispět tak k poskytování kvalitní a bezpečné péče. Bohužel ne všechny oblasti však může zabezpečit pouze management. K nalezení východiska týkající se problematiky personálního zabezpečení je nutné zapojení vnitrostátně především ministerstva zdravotnictví, ale i ostatních zemí světa.

## Seznam bibliografických odkazů

AL-KANDARI, F. – THOMAS, D. 2009. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, no. 24, pp. 3430-3440.

BRAGADÓTTIR, H. – KALISCH, B. J. 2018. Comparison of reports of missed nursing care: Registered nurses vs. practical nurses in hospitals. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018, vol. 32, no. 3, pp. 1227-1236.



- CHO, E. et al. 2016. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. In *International Journal of Nursing Studies*, 2016, vol. 60, pp. 263-271.
- GRAVLIN, G. – BITTNER, N. P. 2010. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. In *Journal of Nursing Administration*, 2010, vol. 40, no. 7–8, pp. 329-335.
- HENDERSON, J. et al. 2017. Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. In *Collegian*, 2017, vol. 24, no. 5, pp. 411-416.
- HERNÁNDEZ-CRUZ, R. et al. 2017. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017, vol. 25:e2877.
- JOHN, M. E. et al. 2016. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. In *Journal of Nursing and Healthcare*, 2016, vol. 1, no. 2:5.
- JONES, T. L. – HAMILTON, P. – MURRY, N. 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. In *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 6, pp. 1121-1137.
- KALÁNKOVÁ, D. – KURUCOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. 2019. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – a literature review. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 1005-1016.
- KALISCH, B. J. 2006. Missed nursing care: A qualitative study. In *Journal of Nursing Care Quality*, 2006, vol. 21, no. 4, pp. 306-313.
- KALISCH, B. J. et al. 2011. Hospital variation in missed nursing care. In *American Journal of Medical Quality*, 2011, vol. 26, no. 4, pp. 291-299.
- KALISCH, B. J. et al. 2013. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. In *Journal of Nursing Administration*, 2013, vol. 43, no. 5, pp. 274-279.
- KALISCH, B. J. – GOSSELIN, K. – CHOI, S. H. 2012. A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. In *Health Care Management Review*, 2012, vol. 37, no. 4, pp. 320-328.
- KALISCH, B. J. – LANDSTROM, G. L. – HINSHAW, A. S. 2009. Missed nursing care: a concept analysis. In *Journal of Advanced Nursing*, 2009, vol. 65, no. 7, pp. 1509-1517.
- KALISCH, B. J. – TSCHANNEN, D. – LEE, K. H. 2012. Missed nursing care, staffing, and patient falls. In *Journal of Nursing Care Quality*, 2012, vol. 27, no. 1, pp. 6-12.
- KALISCH, B. J. – LEE, K. H. 2010. The impact of teamwork on missed nursing care. In *Nursing Outlook*, 2010, vol. 58, no. 5, pp. 233-241.
- KALISCH, B. J. – WILLIAMS, R. A. 2009. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. In *Journal of Nursing Administration*, 2009, vol. 39, no. 5, pp. 211-219.
- MALONEY, S. – FENCL, J. L. – HARDIN, S. R. 2015. Is nursing care missed? A comparative study of three North Carolina hospitals. In *Medsurg Nursing*, 2015, vol. 24, no. 4, pp. 229-35.
- MORENO-MONSIVÁIS, M. G. – MORENO-RODRÍGUEZ, C. – INTERIAL-GUZMÁN, M. G. 2015. Missed nursing care in hospitalized patients. In *Aquichan*, 2015, vol. 15, no. 3, pp. 318-28.
- PAPASTAVROU, E. – ANDREOU, P. – EFSTATHIOU, G. 2014. Rationing of nursing care and nurse patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. In *International Journal of Health Planning and Management*, 2014, vol. 29, no. 1, pp. 3-25.
- PAPASTAVROU, E. et al. 2016. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. In *European Journal of Oncology Nursing*, 2016, vol. 21, pp. 48-56.
- PHELAN, A. – MCCARTHY, S. – ADAMS, E. 2017. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. In *Journal of Advanced Nursing*, 2017, vol. 74, no. 3, pp. 1-11.
- RECIO-SAUCEDO, A. et al. 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In *Journal of Clinical Nursing*, 2018, vol. 27, no. 11-12, pp. 2248-2259.
- SCHUBERT, M. et al. 2007. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. In *Nursing Research*, 2007, vol. 56, no. 6, pp. 416-424.
- TUBBS-COOLEY, H. L. et al. 2015. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. In *Journal of Advanced Nursing*, 2015, vol. 71, no. 4, pp. 813-824.

- TUBBS-COOLEY, H. L. et al. 2017. Hospital magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. In *Journal of Pediatric Nursing*, 2017, vol. 34, pp. 5-9.
- VALLÉS, J. H. et al. 2016. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, vol. 24:e2817.
- VERALL, C. et al. 2015. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care – A South Australian study. In *Collegian*, 2015, vol. 22, pp. 413-420.
- VRONIDES, S. et al. 2015. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. In *Nursing Ethics*, 2015, vol. 22, no. 8, pp. 881–900.
- WILLIS, E. et al. 2015. Work intensification as missed care. In *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 2015, vol. 25, no. 2, pp. 118-133.
- WINSETT, R. P. et al. 2016. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks – evaluating our work environment. In *Applied Nursing Research*, 2016, vol. 32, pp. 128-133.
- WINTERS, R. – NEVILLE, S. 2012. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. In *Nursing Praxis in New Zealand*, 2012, vol. 28, no. 1, pp. 19-28.
- ZELENÍKOVÁ, R. – GURKOVÁ, E. – JAROŠOVÁ, D. 2019. Missed nursing care measured by MISSCARE Survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 958-966.
- 

## Kontakt

**Mgr. Dominika Kalánková**

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá Hora 5

036 01 Martin

Slovenská republika

E-mail: [kalankova1@uniba.sk](mailto:kalankova1@uniba.sk)

**Prijate:** 18. 10. 2019

**Akceptovane:** 13. 11. 2019

## Nursing students' experiences of the clinical learning environment in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study

Adriana Rosenberg, Anne Marie Lunde Husebø, Kristin A. Laugaland, Ingunn Aase  
University of Stavanger, Faculty of Health Studies, Department of Quality and Health Technology

### Abstract

ROSENBERG, A. – HUSEBØ, A. M. – LAUGALAND, A. K. – AASE, I. Nursing students' experiences of the clinical learning environment in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 70-78. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/nursing-students-experiences-of-the-clinical-learning-environment-in-norwegian-nursing-homes-a-cross-sectional-study>.

**Aim:** The aim of this study is twofold: (1) to explore nursing students' learning experiences and satisfaction with the learning environment in nursing homes in a Norwegian context and (2) to compare perceptions of the learning environment related to socio-demographic characteristics (age, gender, nationality, previous work experience) and supervisory conditions (organization of supervision, frequency of supervision in the department).

**Methods and sample:** The study used Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) evaluation scale to investigate nursing students learning experiences and satisfaction with the clinical learning environment in nursing home placements and explore relationship with socio-demographic characteristics and supervisory conditions. The sample consisted of first-year nursing students completed 8-weeks nursing home practice period in 2018.

**Results:** The analysis revealed statistically significant differences in evaluating the clinical learning environment between students with or without previous healthcare work experience. The results indicate that the students placed in small-scale nursing homes (i.e., <40 beds) to be significantly more positive than those in large-scale nursing homes. The analysis revealed significant differences in evaluation of clinical learning environment between female and male students for the subscale. Older students felt more comfortable taking a part of discussion on ward, younger students reported more positive interaction in the supervisory relationship.

**Conclusions:** The students reported overall satisfaction with the learning environment. We substantiated that ward-based factors such as the culture of the clinical workplace appeared to have the strongest influence on student satisfaction. Students' characteristics affect their learning experience, and supervision should be adapted to each student.

**Key words:** nursing students, clinical learning environment, Norwegian nursing home

### Introduction

Teaching in clinical environment is most frequently researched in the context of the traditional acute hospital environment which consequently continue the importance of its assessment in nursing homes. Practice in clinical settings hold a central position in nursing study curriculum, which aim to prepare students for a clinical work life as competent and professional nurses. Nursing homes are often the first clinical learning environment the nursing students encounter, and the introduction to nursing care affects students' choice of future health care workplace (Liaw et al., 2017). Although early introduction to professional nursing care of older patients might prevent ageism and help nursing students consider a career in aged care, few students want to work in aged care when they graduate (Van Iersel, Latour et al., 2016). Relative little attention has been given to nursing homes as learning environments in clinical studies. Hence, there is a need for nurse educators to improve the clinical learning environment for nursing students providing care for older people (Cheng et al., 2015). Poor clinical learning environment and supervision have a direct impact on nursing students' learning, career ambitions, and perceptions of the nursing profession (Koskinen et al., 2012). The complexity of nursing for older patients requires a holistic approach and may provide nursing students with a valuable learning environment where they can acquire basic nursing skills and improve their reflective thinking and problem-solving skills (House, Goetz, Dowell, 2015). This calls for attention on how nursing students perceive clinical learning environments in nursing homes.

In Norwegian nursing education programs, as in most other nursing educations, 50 % of the curriculum is dedicated to practical studies within a variety of clinical settings and in campus-based clinical training (Framework for nursing education, 2019). This provides the students with valuable insights into the nursing profession and aids in the process of becoming a competent nurse. Registered nurses (RN) hold a multifaceted role in nursing homes, and nursing academics are encouraged to aid nursing students' recognition of clinical placements in nursing homes as challenging and complex (Dellefield et al., 2015). A recent review by Husebø et al. (2018) pointed out that learning during nursing home placement is influenced by the interaction of various factors related to students' characteristics, ward environments, and student-mentor relationships. Among students' characteristics; age, when entering nursing studies, ethnicity, and earlier work experience in health care

services affect students' experience of learning during clinical placements in nursing homes (Husebø et al., 2018; Struksnes, Engelién, 2016).

A review by Koch et al. (2015) indicated that gender, age, non-native language speaker, and ethnicity are characteristics that influence nursing students' clinical experience.

We replicated the literature search of our recent systematic review on learning environments in nursing homes (Husebø et al., 2018), which revealed that studies published between 2015 and 2018 mainly focused on other clinical placement sites for undergraduate nursing students than aged care facilities. Taking into account the need to strengthen the position of aged care facilities for the future as valuable learning arenas for nursing students, further investigation of nursing students' experiences of the learning environment in nursing homes is needed to inform improvement measures and develop future practice models.

## Aim

The aim of this study is twofold: (1) to explore nursing students' learning experiences and satisfaction with the learning environment in nursing homes in a Norwegian context and (2) to compare perceptions of the learning environment related to socio-demographic characteristics (age, gender, nationality, previous work experience) and supervisory conditions (organisation of supervision, frequency of supervision in the department).

## Methods

### Design

This study used quantitative method that included a cross-sectional survey of nursing students.

### Sample

First-year nursing students (N = 248) that were enrolled in the subject of nursing practice at a university in western Norway were invited to participate. This means that all students having their clinical practice in nursing homes in first year of their bachelor nursing education in 2018 were invited to participate. There were no exclusion criteria for this study. A preceptor model was used wherein each student was allocated to a registered nurse (RN) on the ward, known as a nurse supervisor. In addition, the nursing teacher (NT) was present on the ward for the initial meeting, mid-term evaluation, and final evaluation. Each NT decided how to organise supervision, either in groups or individually, and the frequency of supervision in the department. The NT earned 1,5 hours a week for each student they supervised in clinical studies. Most of the RN have received specific training course from the university. This training course include topic regarding supervision of students and information about content and learning outcomes for the students. It is not mandatory for RN to have this course before they can supervise students, but the university recommend it.

### Participants' Characteristics

Of the 248 eligible nursing students, 155 completed the questionnaire, giving a response rate of 62 %. The participants were between 19 and 53 years of age (mean 24), and more than half of the participants were in the 18–24 years old age group. The majority were female (87.7 %) and of Norwegian origin (88.4 %). Fourteen (9.3 %) were of an origin other than Norwegian. One hundred three nursing students (66.5 %) reported previous work experience as health care assistants versus 49 nursing students (31.6 %) with no previous work experience in health care services. Most students (78.7 %) were allocated to a large-scale nursing home (i.e., > 40 beds), and the majority of students (72.3 %) were supervised by a registered nurse (RN) or student responsible nurse (20 %; Table 1).

**Tab. 1. Demographic Characteristics of Nursing Students Responding to CLES+T**

Characteristics	N (%)
<b>Gender</b>	
Female	136 (87.7 %)
Male	19 (12.3 %)
Total	155
<b>Age (years)</b>	
Mean	24.1
Range	19–53
SD	6.7

Tab. 1. – continue

Characteristics	N (%)
<b>Nationality</b>	
Norwegian	137 (88.4 %)
Other	14 (9.3 %)
Missing	4 (2.3 %)
Total	155
<b>Work experience as health care assistants</b>	
Yes	103 (66.5 %)
No	49 (31.6 %)
Missing	3 (1.9 %)
Total	155
<b>Size of nursing home</b>	
Large scale (< 40)	122 (78.7 %)
Small scale (> 40)	33 (21.3 %)
Total	155
<b>Supervisor title</b>	
Nurse	112 (72.2 %)
“Student responsible” nurse	31 (20 %)
Ward manager	4 (2.6 %)
Missing	8 (5.2 %)
Total	155

Legend: N – number

### Instruments

This was a cross-sectional study utilising the *Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale* – CLES+T (Saarikoski, Leino-Kilpi, 2008).

The study was approved by the *Norwegian Social Science Data Services* (NSD) and by the Dean of the Faculty of Health Sciences at a university in western Norway. The students received information about the purpose of the study, including the guarantee of confidentiality and anonymity. They gave informed consent by marking a box on the questionnaire and by completing and returning the questionnaire.

Permission to use the Norwegian version of the CLES+T was granted by the copyright holder, Mari W. Skaalvik. The Norwegian version of the CLES+T used in this study consists of 10 socio-demographic variables and variables related to supervisory conditions as well as the 34 items of the CLES+T evaluation scale, resulting in 44 items. Reliability (internal consistency) scores for the Norwegian version of the CLES+T evaluation scale varied for sub-dimensions from 0.73 to 0.96 (Henriksen et al., 2012; Saarikoski et al., 2008). The items included statements related to the pedagogical atmosphere on the ward (nine items), leadership style of the ward manager (four items), nursing care on the ward (four items), content of supervisory relationship (eight items), and the role of the nurse teacher (NT; nine items). For each statement, students were asked to choose the option on a 5-point Likert scale that best described their own perception, with higher values representing higher agreement with the statements. Students' options were specified as (1) fully disagree, (2) disagree to some extent, (3) neither agree nor disagree, (4) agree to some extent, and (5) fully agree.

### Data collection

Students submitted their completed questionnaire in a sealed box at the nursing homes. The sealed collection boxes were located in a locked office that were accessible during daytime. 40 nursing homes were included and all the chiefs of staff were informed and conceded to their wards participation. None of the seals on the boxes were broken. The teacher brought the sealed box back to the university at the end of the practice period. Then the researchers collected and entered data into SPSS. Students in our study evaluated the supervision conditions (organisation and frequency of supervision) in the nursing home clinical setting for a continual 8 weeks of placement, from March to April 2018.

### Data analysis

The results were analysed using the statistical programme SPSS (version 21, 2015). Basic descriptive statistics, bivariate correlations, and Cronbach's alphas were analysed. We examined if any statistical differences existed between male and

female students and between students with or without working experience in evaluating of clinical learning environment. For this purpose, the non-parametric Mann-Whitney U-test (M-W) was used.

We calculated Cronbach's coefficient alpha for internal consistency of the total scale as well as the five sub-scales. The internal consistency reliability showed that the Cronbach's alpha values for the subscales ranged from 0.71 (for *Premises of nursing on the ward*) to 0.95 (for *The supervisory relationship*). The Cronbach's alpha-value was 0.94 for the total scale.

## Results

### Student Satisfaction with Clinical Learning Environment

Overall, the students evaluated the clinical learning environment as satisfactory. The mean values for the subscales (ranging from 1 to 5) varied between 4.08 for *Premises of nursing* to 4.34 for *Supervisory relationship* (Table 2).

**Tab. 2. Total Scores of Nursing Students on CLES+T subscales**

Subscales	Mean	SD
Pedagogical atmosphere	4.28	0.78
Leadership style of WM	4.28	0.80
Premises of nursing	4.08	0.72
Supervisory relationship	4.34	0.87
Role of nurse teacher	4.15	0.71

**Legend:** SD – standard deviation

The Pearson correlations between the five subscales ranged from small at 0.252 to large at 0.704. All factors were positively and significantly correlated ( $p = 0.01$ ), and the results support an association between subscales. The results supported a large correlation ( $r = 0.70$ ;  $p = 0.01$ ) between content of supervisory relationship and pedagogical atmosphere. A medium correlation ( $r = 0.522$ ;  $p = 0.01$ ) was found between pedagogical atmosphere and leadership style, indicating that they play a mediating role for premises of nursing on the ward. The influence of the NT was significantly related to pedagogical atmosphere ( $r = 0.390$ ;  $p = 0.01$ ) and leadership style ( $r = 0.387$ ;  $p = 0.01$ ) on the ward and to the premises of nursing on the ward ( $r = 0,252$ ;  $p = 0.01$ ).

In the bivariate correlation analysis, the student's age was not significantly correlated with the learning environment, except for two single items. The item "During staff meetings students felt comfortable taking part in discussions (e.g., before shifts) (subscale *Pedagogical atmosphere*)" proved to be significantly correlated with positive evaluations for older students ( $p = 0.046$ ). The item "There was a mutual interaction in the supervisory relationship" (subscale *The supervisory relationship*) proved to be significantly correlated with more positive evaluations for younger students ( $p = 0.048$ ; Table 3).

**Tab. 3. Correlations between age and subscales**

		Pedagogical atmosphere	Leadership style	Premises of nursing on the ward	The supervisory relationship	Role of the nurse teacher
Age	r	0.092	-0.158	-0.036	-0.056	-0.033
	p	0.262	0.057	0.657	0.510	0.693
	N	149	146	152	139	145

**Legend:** r – Pearson correlation; p – p-value

The Mann-Whitney U-test was used to examine differences in the students' experience with the clinical learning environment according to gender and previous work experience. The analysis revealed significant differences ( $p = 0.045$ ) in the evaluation of the clinical learning environment between female and male students for the subscale *Role of the nurse teacher*, indicating that male students evaluated the nurse teachers' role as more valuable to the learning environment than female students (Table 4).

**Tab. 4. Total Score in Subscales according to Gender**

	Female		Male		P (M-W)
	Mean	SD	Mean	SD	
Role of the nurse teacher	4.12	0.80	4.52	0.75	0.042

**Legend:** SD – standard deviation; P (M-W) – Mann Whitney U-test

Statistically significant differences ( $p = 0.05$ ) in the evaluation of the clinical learning environment between native- and non-native-speaking nursing students were identified for eight items in two subscales: *Pedagogical atmosphere* and *The content of supervisory relationship*. In the subscale *Pedagogical atmosphere*, non-native-speaking students scored more positively on the following items: *staff were easy to approach* ( $p = 0.044$ ); *there were sufficient meaningful learning situations on the ward* ( $p = 0.023$ ); *the learning situations were multidimensional in terms of content* ( $p = 0.019$ ); *the ward can be regarded as a good learning environment* ( $p = 0.012$ ). In relation to the *Supervisory relationship* subscale, non-native-speaking students scored more positively on the following items: *my supervisor showed a positive attitude towards supervision* ( $p = 0.05$ ); *there was a mutual interaction in the supervisory relationship* ( $p = 0.026$ ); *mutual respect and approval prevailed in the supervisory relationship* ( $p = 0.05$ ); *the supervisory relationship was characterized by a sense of trust* ( $p = 0.015$ ).

The analysis revealed statistically significant differences in evaluating the clinical learning environment between students with or without previous work experience as a health care assistant, as identified in the subscale *Supervisory relationship* (Table 5). Thus, students with previous experience scored more positively on the item: *the supervisory relationship was characterized by a sense of trust*.

**Tab. 5. Total Score in Subscale according to Previous Work Experience**

		Mean	SD	P (M-W)
Supervisory relationship	Yes	4.43	0.88	0.050
	No	4.17	0.86	

**Legend:** SD – Standard deviation; P (M-W) – Mann Whitney U-test

The results indicate that the students placed in 40 nursing homes perceived the pedagogical atmosphere in small-scale nursing homes (i.e., < 40 beds) to be significantly more positive than those in large-scale nursing homes. The evaluation of the clinical learning environment according to the size of the nursing homes indicated that three single CLES+T items from the *Pedagogical atmosphere* subscale stood out as being significantly correlated with nursing home size ( $p < 0,05$ ). The results indicate that students perceived the ward's pedagogical atmosphere in small nursing homes (i.e., < 40 beds) as significantly more positive ( $p = 0.044$ ). Here, staff were generally more interested in student supervision ( $p = 0.018$ ); the students also reported more sufficient and meaningful learning situations on the ward ( $p = 0.012$ ).

Most of the nursing students (83.9 %) had one supervisor shared between two students, while 16.1 % had one personal supervisor throughout the 8 weeks of clinical placement. For nearly 10 % of the students, there was a change of supervisor, and four of those students reported having an unfavorable experience during their clinical placement.

## Discussion

This study aimed to explore satisfaction regarding the learning environment in Norwegian nursing homes from the perspective of first-year nursing students during clinical placements and to explore the relationship with socio-demographic characteristics and supervisory conditions (form and frequency of supervision).

Overall, the students experienced a satisfactory clinical learning environment. Our findings are in line with those of Berntsen et al. (2017), who studied students' learning opportunities in Norwegian nursing homes. Our findings are in line with the results of Doyle et al. (2017), who highlighted that nursing students value a welcoming workplace atmosphere where staff and supervisors are happy to help and have a positive attitude towards students' presence on the wards. The situational awareness and socio-cultural contextual view of learning in nursing have shifted from the individual to a learning collective; this is important to our students who will be tasked with shared responsibilities. Interaction and cooperation are fundamental skills, but crucial for learning to evolve (Tveiten, 2016).

Students in the study reported that staff were generally more interested in student supervision by giving more sufficient and meaningful learning situations on the ward in small-scale nursing homes. This could be explained by closer interpersonal

relationships among the student, supervisor, ward staff, and patients. Our findings support those of Backhaus et al. (2018) and Dellefield et al. (2015), who studied nursing staff relationships and their effect on the quality of the learning environment. Adaptation to small-scale nursing homes might also be easier as the physical conditions are more manageable and not as overwhelming.

Older students reported feeling more comfortable taking part in staff meeting discussions than younger students. One explanation may be that older students have more life and clinical experiences than younger students and find it easier to take part in such discussions (e.g., reports, doctor's rounds, ward meetings). Berntsen et al. (2017) described similar findings in their study. Students with no formal experience in health care settings may feel some insecurity, thereby decreasing their attentiveness and involvement in daily activities compared to students with earlier health care experiences. Although younger and less experienced students may experience this as demanding and challenging, these clinical complexities hold the potential to create multidimensional learning situations during clinical placement in nursing homes. The aim of both clinical and academic supervision during clinical practice studies is to motivate, inspire, and make the students aware of which learning situations should be focused on as well as how to demonstrate resilience and emotional intelligence information flowing from and to the clinical supervisor to give an enriched experience (Doyle et al., 2017). By sharing their professional experience and values, and via the pedagogical and interpersonal interactions, the clinical supervisor can help students improve their coping competence, cognition, effectiveness, and decision-making process (Karseth, Solbrekke, 2016; Saarikoski et al., 2013; Tveiten, 2014).

Our study also showed that students with prior work experience in health care services experienced more mutual respect and prevailed approval from their supervisor. This can be due to their familiarity with clinical settings as well as having met with and cared for elderly people, thereby gaining invaluable basic know-how (Carlson, Idvall, 2014). Gaining experience through education and during work placements reduces stereotyping by allowing nursing students to develop a richer and more nuanced view of the profession and variety of work settings (Van Iersel et al., 2016). Skaalvik et al. (2010; 2012) suggested that the systematic use of a shift's oral rapport as a learning arena can enable students to learn and reflect on current clinical practice. Compared to students without health care work experience, students with prior experience may feel that they are more included in the professional team due to their experience with the benefit of teamwork and being used to sharing information/experiences and challenges in a clinical setting. Nursing students with previous job experience tend to be more used to discussing and clarifying what attributes and competencies are required for specific clinical learning tasks in clinical settings (Haraldseid, 2017). Students without previous health care jobs may need more careful supervision on, for example, ethical norms, communication, and teamwork skills (interest, personal initiative, responsibility, self-reflection, motivation to incorporate into the team, documentation, and record keeping), time management, flexibility, professional expertise evident in practical skills, theoretical knowledge, patient safety (justification and rationalization of the intervention, following the criteria of the procedure, structure, process, and outcome) standard styling, and barrier care/regimen (McMullan et al., 2002; Salminen et al., 2009). Students who experience the teachers as being present and supportive of their autonomy and self-determination during clinical placements perceive themselves as being more competent and creative, with stronger and more personal involvement in the learning tasks (Deci, Koestner, Ryan, 1999; Haraldseid, 2017; Raaheim, 2013).

Our results suggest that, compared to ethnic Norwegian students, international students ( $n = 14$ ) were more positive towards the learning environment by reporting more multidimensional learning situations, a trustworthy supervisory relationship, and easily approachable staff. The results indicate that, by feeling welcomed and safe and experiencing the practice as meaningful, international nursing students may more easily adjust to and thrive in the nursing home learning environment. Doyle et al. (2017) confirmed that teachers and clinical supervisors who included a positive work ethic and team morale significantly contributed to successful clinical placements, where students perceived the staff as modelling a positive and constructive attitude (Mitchell et al., 2017). Clinical supervision and support include advocating for the international nursing students' experience of clinical practice to ensure access to learning opportunities as well as a safe environment. Warne et al. (2010) found that students valued a safe working environment as the most important feature of the clinical placement, as students could learn in an atmosphere where mistakes were considered in the context on ongoing learning. These findings are consistent with the results of previous studies focused on the relationship between supervisory approaches and students' perceptions of the clinical learning environment (Gurkova, Zelenikova, 2018; Saarikoski, Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski et al., 2013; Warne et al., 2010). In Norway's clinical learning environment, supervisors have different cultural backgrounds who have moved to Norway for safe working conditions, which may strengthen and enrich the collective nursing competence (language, profession, culture) and cooperation in the nursing home (Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005; Tjoflåt, Razaonandrianina, Karlsen, Hansen, 2017). Clinical supervisors are known to be role models who are supportive, have sound reasoning skills and the ability to be empathetic, and uphold personal and nursing values (Hayajneh, 2011; Severinson, Sand, 2010). The facilitation of international supervisors in a culturally and learning competent manner supports inclusion within the new education and learning experience to create a sense of belonging. In addition, it is important to discuss and clarify the tasks that nursing students will perform as well as learning outcomes they will achieve during clinical placements to an even greater extent than before. Yet it is also important to clarify expectations related to the supervisor's role (Caspersen, Kårstein, 2013).

The influence of the nurse teacher was significantly related to the pedagogical atmosphere and leadership style on the ward and to the premises of nursing on the ward. This is highlighted by the results of Saarikoski et al. (2013), who identified



the supervisor as the lead expert in clinical practice while the nursing teacher provided a more theoretical perspective on clinical situations. The main role of the nursing teacher is to provide preceptors with educational guidelines, strategies, methods, and assessment forms prior to students arriving in clinical practice and then later support preceptors during final assessment, discussing and evaluating learning outcomes (Saarikoski et al., 2013). The NT facilitates the students' translation of needs into learning activities that are clear, feasible, specified, meaningful, and measurable (Haraldseid, 2017). The NT has no formal pedagogical responsibility towards the clinical staff (Carlson, Idvall, 2014). Papstravrou et al. (2016) claimed that students who have a named mentor may be more satisfied with the supervisory relationship. There is considerable empirical support for the positive impact of individualized supervisory approaches on students' professional development in clinical practice (Saarikoski et al., 2013; Warne et al., 2010).

The major limitation of this study concerns the convenience sample. The generalizability of results may be questioned as respondents were selected from the population of only one university in Norway, although one prominent feature of the current study is that students' experience with the supervisory relationship can be compared between students with culturally diverse characteristics and their clinical learning experiences in the national context. The sample of students with a nationality other than Norwegian was small; in addition, out of 155 students, only 14 students were non-native-speaking/international students from one university. Finally, our study included only 19 male students, out of 155 students who participated, so the results cannot be generalized to the general population of male nursing students.

---

## Conclusions

This study contributes to a deeper understanding of students' learning experiences in nursing homes and compares socio-demographic factors and supervisory conditions. The students reported overall satisfaction with the learning environment. We substantiated that ward-based factors such as the culture of the clinical workplace appeared to have the strongest influence on student satisfaction. Older students found it easier to take part in discussions (e.g., reports, doctor's rounds, ward meetings), and younger students felt more insecure in clinical settings and, therefore, more dependent on closer follow-up and interaction with their supervisors. Compared to students without health care work experience, students with prior experience felt more included in the professional team due to their experience benefitting from teamwork and being used to sharing information/experiences and challenges in a clinical setting.

This study highlights the need for study program development and the central role of supervisory relationships between students and supervisors from a socio-cultural contextual view of learning in nursing homes, paying more attention to the interpersonal processes of nursing care. Such an approach is believed to foster work environments supportive of person-centred care, emphasizing flexibility in providing care that is responsive to patients' preferences and values.

Students' characteristics affect their learning experience, and supervision should be adapted to each student. Educational institutions are in a central position to collect data about students and help prepare clinical placements to meet them and integrate them into a working team. In addition, supportive learning interventions for nursing students should be implemented as part of mentorship programs.

Finally, for international students, it can be useful to organize reflection groups or reading groups as a form of support to ease the learning process and familiarize them with terminology and clinical practice. Further studies should focus on identifying students' individual approaches to learning in clinical environments.

---

## Literature

- BACKHAUS, R. – BEERENS, H. C. – VAN ROSSUM, E. – VERBEEK, H. – HAMERS, J. P. H. 2018. Rethinking the staff-quality relationship in nursing homes. In *The Journal of Nutrition, Health and Aging* [online] 2018, vol. 22, no. 6, pp. 634-638. [cit. 2018-08-09]. Available on-line: [https://www.researchgate.net/publication/323969046\\_Rethinking\\_the\\_Staff-Quality\\_Relationship\\_in\\_Nursing\\_Homes](https://www.researchgate.net/publication/323969046_Rethinking_the_Staff-Quality_Relationship_in_Nursing_Homes).
- BERNTSEN, K. – BJØRK, I. T. – BRYNILDSEN, G. 2017. Nursing students' clinical learning environment in Norwegian nursing homes: Lack of innovative teaching and learning strategies. In *Open Journal of Nursing* [online] 2017, vol. 7, pp. 949-961.
- BETANCOURT, J. R. – GREEN, A. R. – CARRILLO, J. E. – PARK, E. R. 2005. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. In *Health Affairs* [online] 2005, vol. 24, no. 3. [cit. 2018-11-04]. Available on: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.24.2.499>.
- CARLSON, E. – IDVALL, E. 2014. Nursing students' experiences of the clinical learning environment in nursing home: A questionnaire study using the CLES+T evaluation scale. In *Nurse Education Today*, 2014, vol. 34, no. 7, pp. 1130-1134. [cit. 2018-07-04]. Available on-line: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529997>.
- CASPERSEN, J. – KÅRSTEIN, A. 2013. *Quality in Practice: Perceptions about quality among practice supervisors* [Research report]. Oslo: NIFU, 2013.

- CHENG, K. H. – LIANG, J. Ch. – TSAI, Ch. 2015. Examining the role of feedback messages in undergraduate students' writing performance during an online peer assessment activity. In *The Internet of Higher Education*, 2015, vol. 25, pp. 78-84. [cit. 2018-07-04]. Available on-line: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1096751615000044>.
- DECI, E. L. – KOESTNER, R. – RYAN, R. M. 1999. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. In *Psychological Bulletin*, 1999, vol. 125, no. 6, pp. 627-668. [cit. 2018-07-04]. Available on: <https://psycnet.apa.org/record/1999-01567-001>.
- DELLEFIELD, M. E. – CASTLE, N. G. – MCGILTON, K. S. – SPILSBURY, K. 2015. The relationship between registered nurses and nursing home quality: An integrative review (2008–2014). In *Nursing Economic*, 2015, vol. 33, no. 2, pp. 95-108.
- DOYLE, K. – SAINSBURY, K. – CLEARY, S. – PARKINSON, L. – VINDIGNI, D. – McGRATH, I. – CRUICKSHANK, M. 2017. Happy to help/happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. In *Nurse Education Today*, 2017, vol. 49, pp. 27-32. [cit. 2018-07-04]. Available on: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691716302556?via%3DIihub>.
- GURKOVA, E. – ZELENIKOVA, R. 2018. Nursing students' perceived stress, coping strategies, health and supervisory approaches in clinical practice: A Slovak and Czech perspective. In *Nurse Education Today*, 2018, vol. 65, pp. 4-10.
- HARALSEID, C. 2017. *Unsupervised clinical skills training in nursing education: Active student involvement in the development of a technology-based learning tool* (PhD Thesis UiS no. 364). Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, 2017.
- HAYAJNEH, F. 2011. Role model clinical instructor as perceived by Jordanian nursing students. In *Journal of Research in Nursing*, 2011, vol. 16, no. 1, pp. 23-32.
- HENRIKSEN, N. – NORMANN, H. K. – SKAALVIK, M. W. 2012. Development and testing of the Norwegian Version of the Clinical Learning Environment Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation scale. In *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2012, vol. 9, no. 1, pp. 1-15.
- HOUSE, S. K. – GOETZ, M. A. – DOWELL, S. 2015. Utilization of nursing home residents for development of assessment skills. In *Teaching and Learning in Nursing*, 2015, vol. 10, no. 3, pp. 128-131.
- HUSEBØ, A. M. L. – STORM, M. – VÅGA, B. B. – ROSENBERG, A. – AKERJORDET, K. 2018. Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review. In *Journal of Clinical Nursing*, 2018, vol. 27, no. 7-8, pp. e1344-e1359.
- KARSETH, B. – SOLBREKKE, T. D. 2016. Curriculum trends in European higher education. The pursuit of the Humboldtian university ideas. In SLAUGHTER, S., BARRET, J. T. (Eds.), *Higher education, stratification and workforce development: Competitive advantage in Europe, the US and Canada*. Dordrecht: Springer, 2016, pp. 215-233.
- KOSKINEN, S. – SALMINEN, L. – STOLT, M. – LEINO-KILPI, H. 2015. The education received by nursing students regarding nursing older people: a scoping literature review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015, vol. 29, pp. 15-29.
- LEA, E. – MASON, R. – ECCLESTON, C. – ROBINSON, A. 2016. Aspects of nursing student placements associated with perceived likelihood of working in residential aged care. In *Journal of Clinical Nursing*, 2016, vol. 25, no. 5-6, pp. 715-724.
- LIAW, S. Y. – WU, L. T. – CHOW, Y. L. – LIM, S. – TAN, K. K. 2017. Career choice and perceptions of nursing among healthcare students in higher educational institutions. In *Nurse Education Today*, 2017, vol. 52, pp. 66-72.
- McMULLAN, M. – ENDACOTT, R. – GRAY, M. A. – JASPER, M. – MILLER, C. M. – SCHOLLES, J. – WEBB, C. 2003. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. In *Journal of Advanced Nursing*, 2003, vol. 41, no. 3, pp. 283-294.
- MINISTRY OF EDUCATION AND RESEARCH. 2019. *Framework for nursing education*. Oslo: Lovdata, 2019. [cit. 2018-07-04]. Available on: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>.
- MINISTRY OF EDUCATION AND RESEARCH. 2014. *The Norwegian Qualifications Framework for Lifelong Learning (NQF)*. Oslo: NOKUT, 2014. [cit. 2018-07-04]. Available on: [https://www.nokut.no/siteassets/nkr/20140606\\_norwegian\\_qualifications\\_framework.pdf](https://www.nokut.no/siteassets/nkr/20140606_norwegian_qualifications_framework.pdf).
- MITCHELL, C. – DEL FABBRO, L. – SHAW, J. 2017. The acculturation, language and learning experiences of international nursing students: Implications for nursing education. In *Nurse Education Today*, 2017, vol. 56, pp. 16-22.
- PAPASTAVROU, E. – DIMITRIADOU, M. – TSANGARI, H. – ANDREOU, Ch. 2016. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. In *BMC Nursing*, 2016, vol. 15, no. 44. [cit. 2018-07-04]. Available on: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0164-4>.
- RAAHEIM, A. 2013. *Råd og tips til deg som underviser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2013. 354 p.
- SAARIKOSKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2002. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: Developing the instrument. In *International Journal of Nursing Studies*. 2002, vol. 39, no. 3, pp. 259-267.

- SAARIKOSKI, M. – ISOAHO, H. – WARNE, T. – LEINO-KILPI, H. 2008. The nurse teacher in clinical practise: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. In *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no. 8, pp. 1233-1237.
- SAARIKOSKI, M. – KAILA, P. – LAMBRINOU, E. – PEREZ CANAVERAS, R. M. – TICHELAAR, E. – TOMIETTO, M. – WARNE, T. 2013. Students' experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: An empirical study in a Western European context. In *Nurse Education in Practice*, 2013, vol. 13, no. 2, pp.78-82.
- SALMINEN, L. – STOLT, M. – SAARIKOSKI, M. – SUIKKALA, A. – VAARTIO, H. – LEINO-KILPI, H. 2010. Future challenges for nursing education – A European perspective. In *Nurse Education Today*, 2010, vol. 30, no. 3, pp. 233-238.
- SEVERISSON, E. – SAND, Å. 2010. Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. In *Journal of Nursing Management*, 2010, vol. 18, no. 6., pp. 669-677.
- SKAALVIK, M. W. – NORMANN, K. H. – HENRIKSEN, N. 2011. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students—a questionnaire survey. In *Journal of Clinical Nursing*, 2011, vol. 20, pp. 2294–2304.
- SKAALVIK, M. W. – NORMANN, H., K. – HENRIKSEN, N. 2010. To what extent does the oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study. In *Journal of Clinical Nursing*, 2010, vol. 19, pp. 2300-2308.
- SKAALVIK M. W. – NORMANN, H. K. – HENRIKSEN, N. 2012. Nursing homes as learning environments: The impact of professional dialogue. In *Nurse Education Today*, 2012, vol. 32, pp. 412-416.
- SSB, (STATISTISK SENTRALBYRÅ). 2018. Population projections. Oslo: Statistics Norway. [cit. 2018-10-10]. Available on: <https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/folkfram>.
- STRØMSØ, H. I. – LYCKE, K. H. – LAUVÅS, P. 2016. *Når læring er det viktigste*. Oslo: Cappelen Damm, 2016.
- STRUKSNES, S. – ENGELIEN, R. I. 2016. Nursing students' conception of clinical skills training before and after their first clinical placement: A quantitative, evaluative study. In *Nurse Education in Practice*, 2016, vol. 16, no. 1, pp. 125-132.
- TJOFLÅT, I. – RAZAONANDRIANINA, J. – KARLSEN, B. – HANSEN, B. S. 2017. Complementary knowledge sharing: Experiences of nursing students participating in an educational exchange program between Madagascar and Norway. In *Nurse Education Today*, 2017, vol. 49, pp. 33-38.
- TVEITEN, S. 2016. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: 2.utgave. Fagbokforlaget, 2016. 456 s.
- VAN IERSEL, M. – LATOUR, C. H. – DE VOS, R. – KIRSCHNER, P. A. – REIMER, W. J. S. 2016. Nursing students' perceptions of community care and other areas of nursing practice: A review of the literature. In *International Journal of Nursing Studies*, 2016, vol. 61, pp. 1-19.
- WARNE, T. – JOHANNSON U. B. – PAPASTAVROU, E. – TICHELAAR, E. – TOMIETTO, M. – VAN DEN BOSSCHE, K. – MORENO, V. M. F. – SAARIKOSKI, M. 2010. En exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. In *Nurse Education Today*, 2010, vol. 30, no. 8, pp. 809-815.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2009. *European Union standards for nursing and midwifery: Information for accession countries. European strategy of World Health Organisation for nurses and midwives 2009*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. [cit. 2018-09-09]. Available on: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/102200/E92852.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf).

---

## Contact

**Adriana Rosenberg, RN, MSc, PhD.**

Department of Quality and Health Technology  
Faculty of Health Studies, University of Stavanger  
Kjell Arholmsgt. 41  
4021, Stavanger  
Norway  
E-mail: [adriana.rosenberg@uis.no](mailto:adriana.rosenberg@uis.no)

**Received:** 14<sup>th</sup> October 2018

**Accepted:** 15<sup>th</sup> November 2018

## PodĎakovanie recenzentom

Redakcia časopisu *Ošetrovateľstvo: teória, veda, vzdelávanie* ďakuje všetkým recenzentom, ktorí sa podieľali na recenzovaní príspevkov publikovaných alebo zamietnutých v roku 2019.

Bóriková Ivana  
Botíková Andrea  
Dimunová Lucia  
Farský Ivan  
Gurková Elena  
Kadučáková Helena  
Kozáková Radka  
Kurucová Radka  
Mesárošová Jozefína  
Miertová Michaela  
Mroková Slávka  
Plevová Ilona  
Sováriová Soósová Mária  
Šáteková Lenka  
Tomagová Martina  
Vörösová Gabriela  
Zeleníková Renáta