



**UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

**Bc. Michaela Šťastná**

Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny

The concept of missing nursing care at the department of intensive medicine

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Praha, 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26. 06. 2019

Bc. Michaela Šťastná

.....

### **Identifikační záznam**

ŠŤASTNÁ, Michaela. Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny. [The concept of missing nursing care at the department of intensive medicine]. Praha, 2019. 85 s., 8 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

## **ABSTRAKT**

Koncept chybějící péče je fenomén ošetrovatelské péče, který může ohrozit bezpečnost pacientů všech kultur. Tento globální nedostatek kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče se vyskytuje na různých odděleních zdravotnických zařízení.

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou vymezení konceptu chybějící péče na teoretické úrovni zpracování. Shrnuje strategie, které mají zajistit kvalitní, bezpečnou a kvalifikovanou ošetrovatelskou péči v souladu s nejnovějšími poznatky v oblasti poskytování ošetrovatelské péče a legislativy.

Výzkumná část prezentuje výsledky realizovaného kvalitativního výzkumného šetření, které je cíleně zaměřeno na sestry z jednotek intenzivní péče, kde je ošetrovatelská péče orientována na dospělou populaci pacientů.

**Metodika výzkumu:** Sběr dat probíhal prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru. Účelově vybraný výzkumný vzorek tvořilo devět sester aktivně pracujících na oddělení intenzivní medicíny.

**Cíl práce:** Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat a popsat problematiku konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny a identifikovat faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny.

**Výsledky výzkumu:** Tato studie identifikovala celkem šest kategorií, z toho pět kategorií (kategorie Veřejné tajemství, kategorie Staniční sestra, kategorie Sestra u lůžka, kategorie Strategie zvládnání a kategorie Urgence) identifikovalo faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící/opomenuté péče na oddělení intenzivní medicíny. Šestá kategorie Oblasti chybějící péče identifikovala prvky chybějící/opomenuté péče, které se v klinické praxi na oddělení intenzivní medicíny běžně vyskytují (rehabilitace/polohování, aplikace léků, hygiena, péče o invazivní vstupy, komunikace, fyziologické funkce).

**Závěr výzkumu:** Z analýzy kvalitativních výzkumných dat je zřejmé, že koncept chybějící péče je součástí běžné klinické praxe na oddělení intenzivní medicíny fakultního i nefakultního typu. Závěry tohoto výzkumu zároveň naznačují, že na oddělení intenzivní medicíny dochází k rozporu teorie a praxe v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče.

### **Klíčová slova:**

intenzivní péče, koncept chybějící péče, kvalitativní výzkum, sestra

## **ABSTRACT**

The concept of a missing nursing care in a nursing practice is a phenomenon that could endanger patients' safety in all cultures. This global deficit of a superior and comprehensive nursing care occurs in various departments of healthcare facilities.

The theoretical part of this thesis deals with problematic aspects of the concept of a missing nursing care based on theoretical findings. Furthermore it summarises strategies used for ensuring that quality, safety and competence in a nursing care is met in relation to latest findings and the legislation.

The research part presents outcomes of a conducted qualitative survey research focusing on nurses working in an Intensive Care Unit where a nursing care is directed towards the population of adult patients.

**Research Methodology:** The data collection in the study is based on a semi-structured interview conducted on an actively working group of nine Intensive Care Unit nurses.

**Aim of the Study:** The main objective of the thesis is to describe and analyse problematic aspects of the concept of a missing nursing care in an Intensive Care Unit, as well as to identify factors that affect occurrence of the given concept limited to the nursing staff in the Intensive Care Units.

**Research Results:** The study analyses six categories in total, of which five categories (category Open Secret, category Clinical Manager Nurse, category Staff Nurse, category Coping Strategies, category Emergency) scrutinise aspects/factors affecting occurrence of the concept of a missing nursing care in the Intensive Care Unit. The sixth category of the given concept identifies elements of Omitted Care that commonly occurs in an Intensive Care Unit and clinical practice (Physiotherapy, Drug Administration, Hygiene, Care of Invasive Lines, Communication, Vital Signs).

**Conclusion:** The analysis of the qualitative survey research exposes that the concept of a missing nursing care is a part of a prevalent clinical practice in an Intensive Care Unit, University Healthcare Facilities, as well as in General Healthcare Facilities. The results of the study imply an occurring division between theory and practice in an Intensive Care Unit in a context of providing quality and safety of a nursing care.

### **Keywords:**

Intensive care, concept missing nursing care, Qualitative survey research, Nurse

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D., za čas, který věnovala odbornému vedení této diplomové práce, a především za její připomínky, kterých si nesmírně vážím. Zároveň jí děkuji za inspiraci a diskuze, které mě průběžně provázely během tvorby této diplomové práce.

Mé poděkování patří i všem sestrám, které se ochotně (někdy s obavami) zúčastnily výzkumné části této diplomové práce. Velice si vážím jejich věnovaného času a především jejich otevřenosti ke zkoumanému tématu konceptu chybějící péče.

V neposlední řadě patří velký dík mým dvěma dcerkám Gitě a Sáře a mému drahému manželovi Jakobovi za nekonečnou trpělivost (někdy s výhradami) při psaní této diplomové práce.

**DĚKUJI VÁM VŠEM**

## Obsah

<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2. SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ: KONCEPT CHYBĚJÍCÍ PÉČE</b> .....	<b>10</b>
2.1. Popis vyhledávací strategie a přehledové review.....	10
2.2. Definice konceptu chybějící péče .....	11
2.3. Nástroj měření .....	12
2.4. Oblasti výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní péče .....	12
2.5. Příčiny konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní péče.....	15
<b>3. SPECIFIKA ČINNOSTI SESTRY SPECIALISTKY NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>17</b>
3.1. Odborná způsobilost sester specialistek .....	17
3.2. Specifické činnosti sestry specialistky na oddělení intenzivní péče .....	17
3.3. Personální zabezpečení oddělení intenzivní péče v kontextu aktuálně platné legislativy .....	18
3.4. Charakteristika multidisciplinární týmové spolupráce na oddělení intenzivní péče.....	19
3.5. Bariéry péče zaměřené na pacienta specificky se vyskytující na oddělení intenzivní péče.....	20
<b>4. KONCEPT CHYBĚJÍCÍ PÉČE: SOUVISLOSTI S KVALITOU A BEZPEČNOSTÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>23</b>
4.1. Kvalita péče a její definice .....	23
4.1.1. Dimenze kvality .....	23
4.2. Bezpečnost péče a její definice .....	24
4.3. Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče – model kontinuálního zvyšování kvality.....	24
4.3.1. Hodnocení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče .....	24
4.3.1.1. Externí systém hodnocení kvality a bezpečí .....	24
4.3.1.2. Hodnocení péče interními audity.....	26
4.3.2. Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....	27
4.4. Standardy ošetrovatelské péče .....	27
<b>5. MANAGEMENT RIZIK</b> .....	<b>29</b>
5.1. Nežádoucí událost .....	29

5.1.1. Lokální řešení nežádoucích událostí.....	30
5.1.2. Centrální řešení nežádoucích událostí.....	30
<b>6. VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>31</b>
6.1. Výzkumné cíle a otázky .....	31
6.2. Výzkumný vzorek a jeho specifikace.....	32
6.3. Metoda sběru dat a organizace výzkumu .....	32
6.4. Realizace polostrukturovaného rozhovoru.....	33
6.5. Etické aspekty výzkumu.....	34
6.6. Limity výzkumu .....	34
<b>7. ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DATA JEJICH INTERPRETACE.....</b>	<b>35</b>
7.1. Kategorie: Veřejné tajemství.....	36
7.2. Kategorie: Strategie zvládnání .....	37
7.3. Kategorie: Staniční sestra.....	40
7.4. Kategorie: Sestra u lůžka.....	44
7.5. Kategorie: Urgence .....	46
7.6. Kategorie: Oblasti chybějící péče .....	47
7.7. Stručné shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů.....	51
<b>8. DISKUZE.....</b>	<b>53</b>
<b>9. DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>59</b>
<b>10. ZÁVĚR.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>70</b>



# 1. Úvod

## MOTTO:

*„Nemocnice nikdy nebude zdravým prostředím pro pacienty, pokud není zdravým prostředím pro sestry, kde je slyšen jejich hlas a kde se mohou starat o své pacienty s využitím plného rozsahu svých znalostí, schopností a dovedností.“*

*Tilda Shalof*

Koncept chybějící péče je nový fenomén ošetrovatelské praxe a aktuálně zkoumané téma zahraničních studií. Neposkytnutá, opomenutá či nedokončená ošetrovatelská péče je také v České republice (ČR), s největší pravděpodobností, součástí klinické praxe.

Potřebu být v bezpečí důstojného zacházení nepociťujeme pouze ve vlastní fázi prožívání akutní a vážné nemoci či plánovaného výkonu, ale také pokud jsme doprovodem osoby hospitalizované.

Předkládaná diplomová práce na téma „Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny“ vznikla na základě nejen mé několikaleté klinické praxe na oddělení intenzivní medicíny, kdy jsem se s konceptem chybějící péče setkávala, aniž bych jej však měla teoreticky ukotvený a definovaný. V rozhovorech s kolegyněmi jsem zjišťovala, že moje zkušenost s neposkytnutím péče není ojedinělá. Právě tyto diskuze mě přivedly na myšlenku, že chybějící péče se může vyskytovat také na oddělení intenzivní medicíny zdravotnických zařízení v ČR. Když jsem navíc zjistila, že fenomén sestrami „neposkytnuté péče“ je v české ošetrovatelské literatuře popisován zřídka, rozhodla jsem se věnovat tomuto tématu výzkumně a rozšířit tak dosavadní poznání v této oblasti.

Koncept chybějící péče může mít podstatný vliv na kvalitu a také bezpečnost poskytovaných ošetrovatelských intervencí na oddělení intenzivní medicíny, kde podstatnou část sesterské práce tvoří komplexní ošetrovatelská péče o kriticky nemocné pacienty. Problematika neposkytované péče může rovněž ovlivňovat i spokojenost sester s pracovním prostředím a rozhodnutí setrvat na pracovišti.

## **2. Současný stav poznání: koncept chybějící péče**

Odborný text z oblasti ošetrovatelství publikovaný v českém jazyce, zabývající se konceptem chybějící péče v oblasti intenzivní medicíny nebyl doposud v ČR zveřejněn. Zahraniční odborná literatura aktuálně nabízí minimum odborných, recenzovaných ošetrovatelských článků zabývajících se konceptem chybějící péče v oblasti intenzivní medicíny.

### **2.1. Popis vyhledávací strategie a přehledové review**

Za účelem zmapování relevantních tematických zdrojů a vytvoření literárního review byla zadána v prosinci 2017 rešerše literatury v Národní lékařské knihovně. Byla použita klíčová slova v českém jazyce: jednotka intenzivní péče, sestra, koncept chybějící péče, a v anglickém jazyce: intensive care unit, missing nursing care. Dále byly během roku 2018 průběžně využity elektronické databáze EBSCO-CINAHL, Scopus, Pub Med, Medline, Medvik, Ovid a Google Scholar. Pro rozšíření základu klíčových slov byl využit zástupný znak „\*“ (miss\* nursing care, intensive care unit\*, nurs\*) a kombinace Booleovských operátorů. Dalším krokem vyhledávací strategie bylo stanovení níže uvedených kritérií k vyhledání relevantní literatury.

*Výběrová kritéria:* Mezi kritéria výběru relevantních zdrojů patřil jazyk český a anglický. *Zařazovací kritéria:* Velikost zkoumaného vzorku z prostředí intenzivní medicíny > 10% z celkového počtu účastníků. *Vyřazovací kritéria:* Byly vyřazeny zdroje, které mapovaly chronické, pediatrické a neonatologické oddělení intenzivní péče. Popis postupu rešeršní činnosti je pro přehlednost uveden viz obrázek 1.

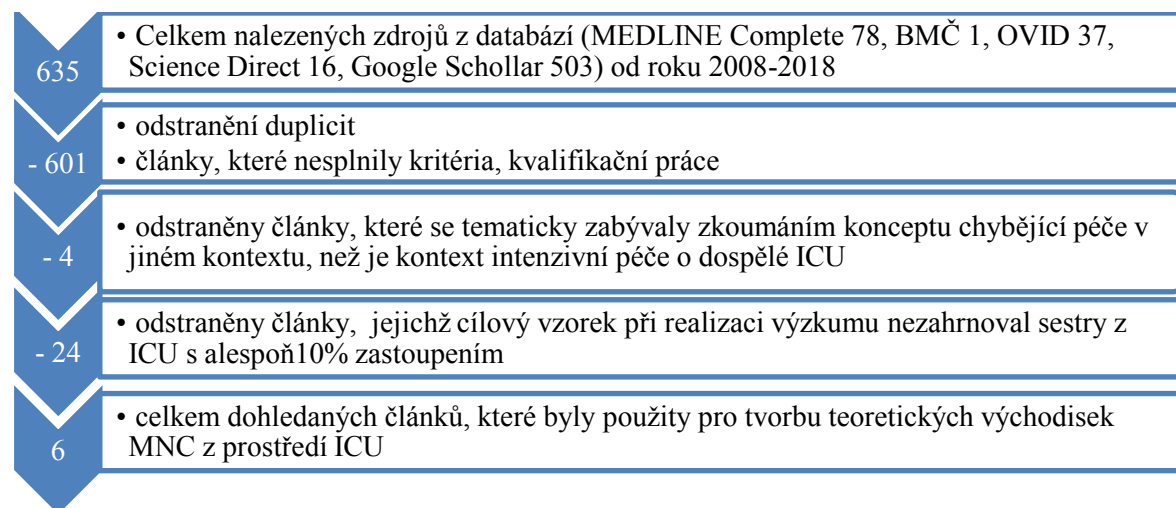
## Obrázek 1: Schéma postupu rešerše

**Klíčová slova v ČJ:** chybějící péče, jednotka intenzivní péče, sestra

**Klíčová slova v AJ:** missing nursing care, intensive care unit, nurse

**Jazyk:** anglický, český

**Období:** 2008-2018



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů	
Journal of Biology, Agriculture and Healthcare -1 článek	MEDSURG Nursing – 1 článek
Journal of Health, Wellnes, and Society – 1 článek	Journal of Healt Care Management – 1 článek
Journal for Quality in Healt Care – 1 článek	Journal of Clinical Nursing – 1 článek

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového množství odborných článků a publikací bylo dohledáno celkem 635 zdrojů v českém a anglickém jazyce. Po odstranění duplicit a vyřazení zdrojů, které nesplňovaly kritéria, bylo odstraněno 601 zdrojů. Na základě vyřazovacích kritérií byly vyřazeny 4 studie. Dále bylo eliminováno 24 publikací, jejichž cílový vzorek nezahrnoval také sestry z intenzivní péče, dle zařazovacího kritéria. Konečným výsledkem bylo šest studií. Přehled klíčových publikací je uveden v příloze č. 1.

## 2.2. Definice konceptu chybějící péče

Koncept chybějící péče je definován jako: „*Potřebná ošetrovatelská péče pro pacienta, která sestrou nebyla zcela nebo zčásti poskytnuta, pacient přitom péči potřeboval nebo vyžadoval*“ (Kalish, 2009 in Locihová a Andersová, 2016, s. 28). Takto neprovedená či opomenutá ošetrovatelská péče může mít dvě formy, a to buď kompletně neprovedená ošetrovatelská intervence, nebo částečně ne/provedený ošetrovatelský úkon (Kalish, Landstrom a Hinshaw, 2009).

### **2.3. Nástroj měření**

Autorky z USA (Spojené státy americké) Kalish a Williams (2009) vytvořily dotazník pod názvem MISSCARE, který je považován různými autorskými kolektivy za vhodný nástroj k měření konceptu chybějící péče (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2016; Siquiera et al., 2013; Gravlin a Bittner, 2010; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; McMullen et al., 2017). Dotazník MISSCARE se skládá ze tří částí, kdy první část mapuje demografické údaje, části A a B už jsou zaměřeny na koncept chybějící péče jako takový. Část A má 24 položek, které jsou potenciální oblasti výskytu chybějící/nedokončené péče. Část B obsahuje 17 položek a mapuje důvody neposkytnuté/chybějící péče. MISSCARE dotazník byl následně využitý jako výzkumný nástroj vhodný k objektivizaci mapování konceptu chybějící péče i v dalších zahraničních studiích realizovaných italskými autorkami Palese et al. (2015), korejskými autorkami Cho et al. (2015), islandským autorským kolektivem Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir (2016), brazilskými autorkami Siquiera et al. (2013) aj. Autorský kolektiv El Rehem, Elhamid, Elsalam (2014) se ve své studii, zkoumající koncept chybějící péče v Egyptě, zabýval výhradně prostředím intenzivní péče, kde také aplikoval dotazník MISSCARE. Zmapovaly tak nejčastější oblasti a důvody výskytu konceptu chybějící péče, avšak v roce 2017 byla publikována studie stejného výzkumného týmu, která porovnávala výsledky kvantitativního výzkumu realizovaného za pomoci dotazníku MISSCARE s výsledky získanými kvalitativním výzkumným nástrojem za pomoci pozorování sester v klinické praxi na jednotkách intenzivní péče v rámci konceptu chybějící péče. Výsledky jsou zajímavé hlavně tím, že autorky obou realizovaných výzkumů odhalily významné rozdíly mezi výpověďmi respondentů a pozorovatelným chováním přímo v jejich klinické praxi (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017).

### **2.4. Oblasti výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní péče**

Ve studii El Rehem, Elhamid, Elsalam (2014) bylo stanoveno sedm oblastí nejčastěji chybějící/opomenuté péče, a to mající vazbu výhradně k prostředí intenzivní péče, těmito oblastmi jsou: monitoring zdravotnického zařízení a vybavení, hodnocení celkového stavu pacienta, ošetřovatelské intervence, administrace léků, ošetřovatelská dokumentace, soukromí pacientů a edukace pacientů.

#### **Edukace pacientů**

Výsledky kvantitativní egyptské studie, která zkoumala výskyt chybějící péče v prostředí intenzivní medicíny metodou dotazníku MISSCARE za účasti 73 sester ze dvou egyptských nemocnic, ukázaly, že významně opomíjená ošetřovatelská intervence je edukace pacientů (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014). O tři roky později výsledky dalších výzkumných studií potvrdily výskyt chybějící péče v této oblasti (El Rehem,

Elhamid, Elsalam, 2017; McMullen et al., 2017). V případě výzkumné studie El Rehem, Elhamid, Elsalam (2017) se jednalo o navazující výzkumné šetření, kde byl autorkami zvolen smíšený design výzkumného šetření. Studie se rovněž zabývala výhradně prostředím intenzivní medicíny. Cílem výzkumného šetření bylo mapování nejčastěji se vyskytujících oblastí chybějící péče. Závěry navazujícího egyptského výzkumu jsou takové, že u 99,45 % realizovaných observací byla edukace pacienta výrazně opomíjena v celém požadovaném rozsahu. Výsledky výzkumné studie autorek z USA McMullen et al. (2017) potvrzují častý výskyt konceptu chybějící péče v oblasti edukace pacientů, kterou uvedlo 74 % respondentů. Výzkumný vzorek respondentů z oddělení intenzivní péče tvořilo 12 % z celkového počtu 537 respondentů.

### **Hodnocení/posouzení celkového stavu pacienta**

Druhou nejčastější oblastí konceptu chybějící péče, kterou identifikovali respondenti již zmíněné egyptské studie, bylo hodnocení celkového stavu a potřeb pacienta (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014). Současně byla ošetrovatelská intervence celkové hodnocení/posouzení stavu a potřeb pacienta definována jako třetí nejčastější oblast výskytu konceptu chybějící péče v průřezové kvantitativní výzkumné studii kolektivu autorů z USA McMullen et al. (2017). Hodnocení/posouzení stavu pacienta nejčastěji hlásili jako částečně nebo úplně neprovedenou ošetrovatelskou intervenci respondenti, kteří měli více jak deset let klinické praxe (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; McMullen et al., 2017). Pozorováním sester v klinické praxi bylo stejným egyptským autorským týmem zjištěno, že nejčastěji sestry opomíjejí průběžné hodnocení/posouzení stavu a potřeb pacienta, které je vyžadováno při změně zdravotního stavu pacienta. Nejméně často sestry opomíjejí hodnocení/posouzení stavu a potřeb pacienta na počátku každé jednotlivé směny a při překladau pacienta na jiné oddělení (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017).

### **Soukromí pacientů**

Zajištění intimity bylo identifikováno jako významný opomíjený prvek vyskytující se v běžné ošetrovatelské praxi. Jedná se o třetí nejčastější oblast výskytu chybějící péče, kterou respondenti v kvalitativní egyptské studii uvedli (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014). Výsledky smíšené srovnávací studie stejných egyptských autorek jsou takové, že nejvýznamnější rozdíl mezi vnímáním sester a pozorováním sester v klinické praxi se nejčastěji vyskytuje v zajištění soukromí během poskytování ošetrovatelské péče. Sestry nejčastěji opomíjejí zatažení závěsů, které od sebe oddělují jednotlivá lůžka. Nezajištění soukromí pacienta při poskytování ošetrovatelské péče uvedlo v modifikovaném dotazníku MISSCARE 13,7 % respondentů. Kvalitativní metodou pozorování bylo výzkumným týmem zjištěno, že nedostatek v zajištění soukromí pacientů se vyskytuje v 27,2 % případů (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017).

## **Administrace léků**

Dle výsledků smíšené srovnávací studie egyptských autorek El Rehem, Elhamid, Elsalam (2017) je častou oblastí konceptu chybějící péče správa a aplikace medikamentů. Výzkumnou metodou pozorování bylo zjištěno, že u 38,8 % observací respondentů v klinické praxi nebyl proveden test na výskyt nežádoucích účinků léků, přitom zmiňovanou oblast v kontextu chybějící péče uvedlo v modifikovaném dotazníku MISSCARE pouze 17,8 % dotazovaných respondentů. Dalším zjištěním výzkumného šetření bylo, že léky nejsou podávány pacientům včas, tedy maximálně do 30 minut od předem plánované lékařské ordinace. Opožděné podání léčivých přípravků bylo zjištěno u 26,2 % pozorování sester.

## **Ošetrovatelské intervence**

Jak ukázala smíšená srovnávací studie egyptských autorek (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017) nejčastější ošetrovatelská intervence, která je sestrami na jednotce intenzivní péče neprováděna, je měření vitálních funkcí dle ordinace lékaře. Opomenutí této ošetrovatelské činnosti uvedlo pouze 6,8 % respondentů, ale metodou pozorování participantů v klinické praxi bylo zjištěno neprovedení této základní ošetrovatelské činnosti u 58,9 % zkoumaného vzorku. Mezi další nejčastější dimenze chybějící péče, které byly vyzpozorovány na oddělení intenzivní medicíny, patří opomenutí záznamu vyprazdňování pacienta (45,1 %), emocionální podpora pacienta/rodinných příslušníků (45,3 %), přítomnost sestry na lékařské vizitě (45,1 %), označení invazivních vstupů datem jejich zavedení (39,3 %), péče o ruce a nehty pacienta (37,4 %), pravidelné zajištění čistého lůžka a péče o lůžko pacienta (29,2%), pravidelné polohování, tj. každé dvě hodiny (27,5 %), celková koupel pacienta upoutaného na lůžko (21,8 %) a v neposlední řadě péče o dutinu ústní (31,5 %). Naopak výsledky této studie prokázaly, že menší výskyt konceptu chybějící péče je v ošetrovatelské oblasti péče o rány (6,1 %), péče o endotracheální kanylu (7,3 %) a provádění rutinní kontroly krevních odběrů (2,9 %).

Výsledky kvalitativní studie z USA se liší od výsledků srovnávací egyptské studie tím, že jako nejčastější chybějící intervence, kromě hygieny rukou pacienta, jsou respondenty v klinické praxi uváděny jako opomenuté intervence večerní měření a vyhodnocení odběru hladiny glykémie, zajištění stravy pro pacienty a plánování ošetrovatelských činností v rámci propuštění pacienta (McMullen, 2017).

## **Ošetrovatelská dokumentace**

Dalším výrazným elementem chybějící péče vyskytující se v klinické praxi je náležitá dokumentace poskytovaných ošetrovatelských intervencí (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017). Metodou pozorování sester v klinické praxi bylo zjištěno, že v 79,6 % případů sestry nejčastěji opomíjejí označení ošetrovatelské dokumentace štítkem, který obsahuje identifikační údaje pacienta. Mezi další ošetrovatelské činnosti, které nejsou sestrami zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci

jednotlivých pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče, patří záznamy o napojení pacienta na zdravotnické vybavení (68 %) a záznamy o vyprazdňování pacienta (6,1 %) (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017).

### **Monitoring zdravotnického zařízení a vybavení**

Podle výsledku studie egyptských autorek El Rehem, Elhamid, Elsalam (2014) sestry poskytující ošetrovatelskou péči na oddělení intenzivní péče nejméně často ze všech výše uvedených oblastí výskytu chybějící péče opomíjejí sledování funkčnosti a správného nastavení zdravotnických přístrojů a vybavení, které je nezbytné pro zajištění poskytování kvalitní a bezpečné péče. O tři roky později se stejný autorský kolektiv zabýval podrobnějším zkoumáním konceptu chybějící péče v souvislosti s monitorováním zdravotnických zařízení a vybavení. Kvalitativní metodou pozorování bylo výzkumným týmem provedeno celkem 657 observací v klinické praxi u 73 sester na oddělení intenzivní péče. Bylo zjištěno, že nejčastěji opomíjenou ošetrovatelskou péčí v souvislosti se zdravotnickým zařízením a vybavením bylo zajištění bezpečnosti pacienta v lůžku pomocí efektivního nastavení postranic lůžka (63,9 %), které slouží jako preventivní opatření při možném pádu pacienta. Další významnou intervencí, která byla participujícími sestrami často opomíjena, bylo zajištění správného umístění a funkčnosti elektrických svodů, které snímají parametry fyziologických funkcí pacienta (34,1 %). Podstatně méně často pozorování participantů opomíjeli sledování a zajištění správného zavedení a funkčnosti invazivních vstupů, jako je centrální žilní katétr (10,4 %), periferní žilní katétr (4,6 %), permanentní močový katétr (9,3 %), nasogastrická sonda (4,6 %) a endotracheální kanyla (4,4 %) (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017).

## **2.5. Příčiny konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní péče**

K neposkytování konzistentní ošetrovatelské péče má ošetrovatelský personál rozsáhlé spektrum důvodů. V této kapitole jsou rozpracovány výsledky analyzovaných studií, které mapují nejčastější příčiny konceptu chybějící péče.

**Poddimenzovanost počtu sester** patří, dle participujících sester egyptské studie (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014), mezi nejčastější příčinu výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny. Nedostatečné personální zabezpečení jednotlivých směn uvedlo 50,7 % respondentů. Výsledek kvalitativní porovnávací studie autorek z USA (McMullen et al., 2017) se shoduje s výsledkem egyptské studie a potvrzuje, že primárním důvodem výskytu konceptu chybějící péče je nedostatečné personální zabezpečení. Nedostatečné personální zajištění uvedlo 99 % respondentů. Podle výsledků kvantitativní průřezové studie z Islandu, které se zúčastnilo 864 respondentů, z toho bylo 10 % výzkumného vzorku z oddělení intenzivní péče, adekvátní personální obsazení podstatně omezuje výskyt konceptu chybějící péče, tzn. čím většímu počtu pacientů jedna sestra poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči, tím vyšší je pravděpodobnost výskytu různorodých aspektů konceptu chybějící péče (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2016).

Personální problematikou se v souvislosti s výskytem konceptu chybějící péče zabývaly další dvě výzkumné studie z USA, které byly publikovány v roce 2011. První výzkumná studie autorského kolektivu z USA (Kalish, Tschannen, Lee, 2011a) zkoumala pomocí kvantitativní metody dotazníku MISSCARE následky výskytu konceptu chybějící péče v kontextu pracovní ne/spokojenosti sester a zdravotnických asistentů. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 3 135 sester a 939 zdravotnických asistentů ze 110 lůžkových oddělení, z toho bylo z jednotky intenzivní/intermediální péče 45,8 % sester a 35,3 % zdravotnických asistentů. Výsledky studie ukázaly, že pracovní spokojenost ošetřovatelského personálu je ovlivněna intenzitou výskytu konceptu chybějící péče a adekvátním personálním zajištěním, které garantuje poskytování konzistentní ošetřovatelské péče. O měsíc déle byla publikována navazující průřezová studie stejného autorského kolektivu Kalish, Tschannen, Lee (2011b). Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda počet sester ve službě může předurčovat poskytování nekomplexní ošetřovatelské péče. Studie se zúčastnilo 4 288 respondentů, z toho bylo 24 % sester z oddělení intenzivní medicíny a 19 % sester z jednotky intermediální péče. Výsledky studie potvrdily, že k omezení výskytu konceptu chybějící péče na lůžkových odděleních je zapotřebí zvýšit počet sester v přímé ošetřovatelské péči.

Další často identifikovaná příčina výskytu chybějící péče je dle názorů 98 % respondentů neefektivní **interpersonální komunikace**, jak uvádí autoři kvantitativní průřezové studie z USA McMullen et al. (2017). Z pohledu 24,7 % participujících sester pracujících na oddělení intenzivní péče se nejčastěji jedná o nedostatečné písemné předání pacienta mezi jednotlivými odděleními (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014).

Nedostatečné **technické a materiální zabezpečení** lůžkových oddělení omezuje sestry v poskytování komplexní ošetřovatelské péče. Výsledky studie autorského kolektivu McMullen et al. (2017) ukázaly, že 98 % respondentů z USA často nemá k dispozici všechny léky ordinované lékařem a současně chybí materiální i technické vybavení potřebné k poskytování ošetřovatelské péče. Výsledky studie, která mapovala názory sester poskytujících ošetřovatelskou péči na oddělení intenzivní péče, se shodují s výsledky kvalitativních studií z USA. Celkem 27,4 % participujících sester uvedlo, že v klinické praxi není materiální vybavení v případě potřeby k dispozici. Současně 23,3 % sester poukazuje na nedostatečné zajištění správně fungujících technických zdravotnických přístrojů (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014).

V této kapitole byl stručně shrnut dosavadní stav poznání problematiky chybějící péče z prostředí intenzivní medicíny, včetně nejčastěji se vyskytujících oblastí chybějící/opomenuté ošetřovatelské péče. Současně byly zmíněny i nejčastější příčiny, které negativně ovlivňují poskytování komplexní ošetřovatelské péče. Následující text je věnován specifické práci sestry specialistky a překážkám, které omezují sestry v poskytování specializované a vysoce specializované ošetřovatelské péče „zaměřené na pacienta“.



### **3. Specifika činnosti sestry specialistky na oddělení intenzivní péče**

Specifická pozice sestry specialistky na jednotce intenzivní péče je klíčová a nenahraditelná. Sestry pracující na oddělení intenzivní péče mají disponovat specifickými komunikačními i osobnostními dovednostmi a schopnostmi týmové práce. Dále je kladen velký důraz na nutnost kontinuálně se zvyšující odbornosti sester, která je jedním z prediktorů kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče (Ševčík et al., 2014).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jako zákon č. 372/2011 Sb., s. 130) definuje poskytování intenzivní péče jako péči „... která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat.“ Pokud tedy mluvíme o moderním ošetrovatelství, pak obzvláště na oddělení intenzivní medicíny platí, že hranice mezi ošetrovatelskou a lékařskou péčí je velice tenká. Sestra je v takovém prostředí rovnocenným partnerem lékaře s možností vlastního úsudku a kritického myšlení (Kutnohorská, 2010). Přesto i dnes vnímá společnost postavení sestry jako podřízenou pozici, která realizuje výhradně lékařem stanovené ordinace (Heřmanová et al., 2012).

#### **3.1. Odborná způsobilost sester specialistek**

Podmínky k získání specializované způsobilosti jsou vymezeny prováděcím právním předpisem zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jako zákon č. 96/2004 Sb.). Specializovanou způsobilost mohou získat sestry, které již mají způsobilost všeobecné sestry v ČR. V případě, že sestra ze zahraničí získala způsobilost všeobecné sestry mimo ČR, musí být její platnost nejprve uznána Ministerstvem zdravotnictví. Specializovanou způsobilost lze získat několika způsoby, absolvováním specializačního vzdělání v akreditovaném zdravotnickém zařízení nebo navazujícím magisterským studiem v oboru Intenzivní péče.

#### **3.2. Specifické činnosti sestry specialistky na oddělení intenzivní péče**

Činnosti sester specialistek na oddělení intenzivní péče jsou pevně zakotveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jako vyhláška č. 55/2011 Sb.). Z uvedené vyhlášky vyplývá, že sestra specialistka je kompetentní vykonávat činnosti jako všeobecná sestra a navíc je odborně způsobilá poskytovat specializovanou a vysoce specializovanou

ošetřovatelskou péči bez odborného dohledu. Zároveň koordinuje činnosti ošetřovatelského týmu a to bez nutnosti odborného dohledu či indikace lékaře. Na základě lékařské indikace sestra specialista zajišťuje pacienty na specializované diagnostické a léčebné postupy, u kterých může asistovat a následně může pacienty monitorovat a plánovat další potřebné ošetřovatelské intervence.

Činnosti, které jsou vyhrazeny sestrám specialistkám, mohou vykonávat i sestry bez specializované způsobilosti, ale pouze pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru (vyhláška č. 55/2011 Sb.) Pouze v případě, kdy sestra bez specializované způsobilosti absolvovala certifikovaný kurz a získala zvláštní odbornou způsobilost ke specializovaným ošetřovatelským intervencím, může vykonávat činnosti uvedené v certifikátu bez odborného dohledu sestry specialistky. Zároveň může vykonávat odborný dohled u ošetřovatelských intervencí, které jsou v certifikátu uvedeny (zákon č. 96/2004 Sb.).

Z výše uvedené vyhlášky zároveň vyplývá, že úkolem sestry specialistky není pouze plánování a realizace specializované a vysoce specializované ošetřovatelské péče o pacienty, ale také činnosti, které nepřímo souvisejí s pacientem. Především se jedná o „...zajištění stálé připravenosti pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení, sledování a analyzování údajů na speciální přístrojové technice, rozpoznání technických komplikací a jejich řešení“ (vyhláška č. 55/2011 Sb., s. 509).

### **3.3. Personální zabezpečení oddělení intenzivní péče v kontextu aktuálně platné legislativy**

Oddělení intenzivní péče jsou standardně v ČR dle zákona č. 372/2011 Sb. řazena do tří kategorií. Pro všechny tři kategorie pracovišť intenzivní péče a stupně diferencovanosti poskytované intenzivní péče je dle aktuální platné legislativy uveden vždy požadavek nejen na minimální personální obsazenost adekvátním počtem lékařů se specializovanou způsobilostí, ale je také definováno personální zabezpečení provozu sestrami specialistkami (srov. vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, dále jako vyhláška č. 99/2012 Sb.). Kolektiv autorů Ševčík et al. (2014) upozorňují, že poddimenzovanost počtu sester specialistek zvyšuje riziko chyb v poskytované ošetřovatelské péči. Jako příklad pochybení uvádějí nepodání či záměnu léků, pády pacientů a zvyšující se riziko nozokomiálních infekcí.

Kategorie intenzivní péče jsou následující:

- *kategorie 1. stupně-nižší intenzivní péče* – na intenzivní péči prvního stupně je hlavní pracovní náplní sestry především kontinuální monitorování fyziologických funkcí a celkového stavu pacienta, neodkladná kardiopulmonální

resuscitace (KPR) a komplexní ošetrovatelská péče o pacienta vyžadující umělou plicní ventilaci (UPV) zpravidla do 24 hodin. Tato nejnižší kategorie intenzivní péče je pro pacienty, kteří jsou ohroženi orgánovým selháním nebo jsou v léčebné fázi, kdy multiorgánové selhání překonali;

- *kategorie 2. stupně-vyšší intenzivní péče* – intenzivní péče druhého stupně je typická přístrojovou podporou převážně jednoho systémového selhání, poskytuje dlouhodobou UPV, má vždy přítomného lékaře a úzce pracuje s dalšími obory, jako je např. fyzioterapie, radiologie;
- *kategorie 3. stupně-resuscitační péče* – třetí kategorie intenzivní péče je charakterizována poskytováním komplexní specializované intenzivní péče a diagnostických i terapeutických postupů. Zde jsou hospitalizováni pacienti s život ohrožujícími stavy, kteří jsou závislí na přístrojové technice nahrazující selhávající orgány. Vždy je přítomen lékař se specializací (Ševčík et al., 2014);
- *intermediální jednotka* – zvláštním oddělením intenzivní medicíny je intermediální jednotka, která slouží jako mezistupeň mezi oddělením intenzivní péče a standardním lůžkovým oddělením. Na intermediální jednotce je poskytována ošetrovatelská péče nejnižšího stupně intenzity, tj. zvýšeným monitoringem a větší ošetrovatelskou péčí než na standardních jednotkách. Lékař nemusí být na intermediální jednotce přítomen 24 hodin, ale musí být vždy dostupný v případě nutné potřeby (Bartůněk et al., 2016).

Z výše uvedené vyhlášky č. 99/2012 Sb. jasně vyplývá, že poskytování ošetrovatelská péče na oddělení intenzivní medicíny není výhradně záležitostí sestry se specializací v intenzivní péči, ale na ošetrovatelské péči se podílí i všeobecné sestry, praktické sestry a sanitáři/ky nebo ošetrovatelé/ky, tedy ošetrovatelský multidisciplinární tým. Činnosti, které tito pracovníci mohou provádět bez dohledu, pod odborným dohledem a na základě indikace lékaře, vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb.

### **3.4. Charakteristika multidisciplinární týmové spolupráce na oddělení intenzivní péče**

Pojem týmová multidisciplinární spolupráce v kontextu ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní medicíny lze chápat jako „...vzájemnou kooperaci a úzkou spolupráci všech členů ošetrovatelského týmu, s vymezenými kompetencemi, které jsou v souladu s poskytovanou péčí a mají stanovený jasný společný cíl“ (Kolajová, 2006, s. 12).

Efektivní týmová spolupráce je nepostradatelným pilířem poskytování kvalitní specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. Sestry, které pracují v pozitivní atmosféře „týmového ducha“, zvyšují svou produktivitu a jsou poháněny vzájemnou synergií (Škrála a Škrlová, 2003).

Všeobecně platí, že „...za koordinaci činností ošetrovatelského týmu na oddělení intenzivní péče odpovídá staniční sestra. Pokud není přítomna, tuto odpovědnost přejímá vždy vedoucí směny. Zodpovědnost za sesterskou péči v rámci celého oddělení náleží vrchní sestře“ (Bartůněk et al., 2016, s. 7). Avšak z právního hlediska je poskytovatelem ošetrovatelské péče konkrétní sestra, která poskytuje individualizovanou ošetrovatelskou péči a je v úzkém kontaktu s pacientem. (Vondráček a Vondráček, 2006).

V posledních letech dochází k rozšíření pojetí multidisciplinárního týmu o „neodborníky – pacienty“, na jednotce intenzivní péče pacienta často zastupuje jeho nejbližší rodina, z důvodu závažnosti stavu, který nemusí pacientovi vždy umožnit komunikovat verbální či neverbální formou. Pacient nebo rodinní příslušníci se tak stávají odborníky respektovanými rovnocennými partnery, kteří se aktivně podílí na rozhodování, plánování a organizování ošetrovatelského procesu. Rodinní příslušníci tak mohou mít a využít zástupný hlas pacienta nacházejícího se v život ohrožujícím stavu (Nováková, Konečná a Šídlo, 2016; Mareš, 2017).

### **3.5. Bariéry péče zaměřené na pacienta specificky se vyskytující na oddělení intenzivní péče**

V současné době v ČR dochází k rozvoji nového pojetí ošetrovatelské péče, a to péče zaměřené na pacienta, která je definována jako „...péče, která klade důraz na zlepšení výsledků péče, na humanizaci péče a zvýšení její hodnoty, jejího významu“ (Bechel, Myers a Smith, 2000 in Mareš, 2017, s. 102). Principem ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta je proaktivní zapojení samotného pacienta do plánování, rozhodování a realizace ošetrovatelského procesu. Pacient se tak stává profesionály uznávaným členem ošetrovatelského týmu.

Péče zaměřená na pacienta vychází z respektování pacientova nezávislého rozhodnutí, kterému musí předcházet maximální informovanost o všech možnostech léčebného a ošetrovatelského postupu. Ošetrovatelský personál musí vždy zvolit adekvátní formu komunikace (Mareš, 2017; Nováková, Konečná a Šídlo, 2016). V případě, že je hospitalizovaný pacient v bezvědomí a není schopen komunikovat, pak je jako partner vnímána jeho nejbližší rodina.

### **Technologizace intenzivní medicíny**

Moderní technologie jsou dnes již nedílnou součástí intenzivní medicíny. Pro specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči je typické zajištění a poskytování technických diagnostických a léčebných metod, jako je například dialýza, měření arteriálního tlaku, monitorování fyziologických funkcí, UPV a defibrilace srdce elektrickým výbojem (Ševčík et al., 2014). Technologie jsou prospěšné jak pro pacienta, tak pro ošetrující personál. Pomocí technických zařízení, která monitorují fyziologické funkce pacientů, sestry získávají lepší představu o aktuálním zdravotním stavu pacienta.

Pro upřesnění je dále uveden konkrétní příklad ze švédské studie autorského kolektivu Tulind, Granström, Engström (2015), kteří uvádí, že sestra na jednotce intenzivní péče může vyhodnotit změnu křivky fyziologických funkcí jako prožívání bolesti při ošetrovatelské intervenci převazu operační rány a podat naordinované analgetikum či provést jinou ošetrovatelskou intervenci na základě ordinace lékaře. Dále se jedná o infuzní pumpy a lineární dávkovače, které sestřím umožňují místo časově náročné aplikace léků a roztoků realizovat více ošetrovatelské péče o pacienta, respektive být s pacientem, tzn. u pacienta/ být pro pacienta.

Technologizace v souvislosti s ošetrovatelstvím je jednou z hlavních překážek „... péče zaměřené na pacienta“ (Tunlind, Granström, Engström, 2015, s. 122). Sestry na oddělení intenzivní péče získávají údaje o pacientovi převážně z technických přístrojů a tím je eliminován osobní kontakt sestry s pacientem. K dehumanizaci pacienta přispívá i to, že sestry v klinické praxi investují hodně času do správy technologií, které jsou pro pacienta životně důležité, a to včetně dokumentace, užívání a kontroly technických zařízení. Zajištění správné funkčnosti život zajišťující technologie se tak pro sestry specialistky stává prioritou v poskytování ošetrovatelské péče a péče o pacienta, jako nemocné osoby, je často až na druhém místě (Kongsuwan a Locsin, 2011).

Plánování a realizace poskytování specializovaných intervencí je přímo závislá na dostupnosti a funkčnosti zdravotnických technologií. Úkolem sestry je nejen péče a monitorace pacienta, který se nachází v kritickém stavu, ale také „...zajištění stále připravenosti pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků“ (vyhláška č. 391/2017 Sb., která novelizovala s účinností od 14. 12. 2017 vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. - dále jako vyhláška č. 391/2017 Sb., s. 4361). Autoři Fialová et al. (2008, s. 77) zastávají názor, že: „Aplikace biomedicínských technologií s sebou přináší nejen možné zlepšení zdraví a života jednotlivce i populace, a tedy možnosti, kterých bychom se nechtěli vzdát, ale i možnosti nové instrumentalizace člověka, odosobnění, odlišnění a řadu nově vzniklých problémů“.

### **Ošetrovatelská péče zaměřená na úkol**

Autorský kolektiv Bartůněk et al. (2016, s. 73) hovoří o významu poskytování intenzivní péče: „Cílem intenzivní péče o pacienta je učinit vše, co je možné, aby se zlepšil jeho vážný zdravotní stav.“ Poskytovaná ošetrovatelská péče na oddělení intenzivní medicíny je tedy zaměřena spíše na úkol než na pacienta. Práce sestry na jednotce intenzivní péče je specifická vysokým spektrem specializovaných a vysoce specializovaných ošetrovatelských intervencí, které jsou poskytovány na základě standardních ošetrovatelských postupů. Dodržování standardního postupu zajišťuje pacientům poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče (Škrla a Škrlová, 2003). Pro řadu sester pracujících na intenzivní péči je cennější dodržování těchto standardních činností než čas sdílený s pacientem (Kelly, 2007).

V této kapitole bylo popsáno specifické prostředí oddělení intenzivní medicíny. Následující dvě kapitoly se věnují teoretickému zpracování dvou hlavních programů, jejichž úkolem je kontinuálně zlepšovat kvalitu ošetrovatelské péče.

## 4. Koncept chybějící péče: souvislosti s kvalitou a bezpečností ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče

Smyslem této kapitoly je přiblížit čtenáři systémy a nástroje, jejichž cílem je zvýšit zabezpečení poskytované komplexní, kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Zmíněna je jak metodika interních systémů a nástrojů, tak i metodika externích systémů a nástrojů.

### 4.1. Kvalita péče a její definice

Poskytování kvalitní péče nepřináší pouze zvyšující se pravděpodobnost předem stanovených výsledků zdravotního stavu, ale také spokojenost pacientů a sester poskytujících ošetrovatelskou péči (Gladkij a kol., 2003). Definice kvality je mnoho a nadále autoři vyvíjejí nebo modifikují nové, proto uvádím pouze některé z nich:

Pro Škrlu a Škrlovou (2003, s. 18) znamená kvalita péče: „...splnění určitých požadavků. O požadavcích rozhoduje pacient nebo jiný zainteresovaný zákazník. Požadavky/nároky na zdravotní péči se neustále zvyšují“.

Kolektiv autorů Gladkij a kol. (2003, s. 292) definují kvalitu zdravotní péče jako: „... stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím, zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků“.

Kvalita ošetrovatelské péče je základním cílem moderního ošetrovatelství. „Cílem systému kvality je zlepšování kvality péče, poskytované v souladu s potřebami a požadavky pacientů, rovněž omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídatné náklady spojené se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby“ (Gladkij a kol., 2003, s. 290).

#### 4.1.1. Dimenze kvality

Podle autorek Jakušové a Kilíkové (2008) se na kvalitu lze dívat ve třech dimenzích. Dimenze z pohledu pacienta, dimenze z pohledu sestry jako profesionálního poskytovatele ošetrovatelské péče a dimenze z pohledu managementu zdravotnického zařízení. Pacient vnímá kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na základě očekávaného uspokojování vlastních potřeb. Moderní přístup k ošetrovatelské péči, profesionální pomůcky a zdravotnická technika jsou sestrami v klinické praxi vnímány jako základní prediktory kvalitní ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta. A nakonec kvalita ošetrovatelské péče z pohledu managementu zdravotnického zařízení je vyjádřena dle účelného využití zdrojů s dodržením předem stanovených kritérií, které jsou v souladu s aktuálně platnými předpisy.

## **4.2. Bezpečnost péče a její definice**

Pojem bezpečná péče se v odborné literatuře vyskytuje převážně ve spojení kvalitní a bezpečná péče. Obecná definice pojmu bezpečnost zní: „*Bezpečnost je stav, kdy je systém schopen odolávat předvídatelným (i nenadálým) vnějším a vnitřním hrozbám, které mohou negativně působit proti jednotlivým prvkům (případně celému systému), tak aby byla zachována struktura systému, jeho stabilita, spolehlivost a chování v souladu s cílovostí*“ (Česko, 2016, s. 9). Převédeme-li obecnou definici bezpečnosti do kontextu ošetrovatelské péče, lze říci, že bezpečná ošetrovatelská péče je soubor činností, kdy jsou ošetrovatelským personálem identifikovány potenciální hrozby a tak dojde k realizaci efektivního preventivního opatření, k zachování úplné integrity pacienta.

## **4.3. Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče – model kontinuálního zvyšování kvality**

Poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče je jednou z hlavní priorit sester pracujících na jednotkách intenzivní péče a všech úrovní ošetrovatelského managementu. Každé zdravotnické zařízení je dnes, podle aktuálně platné legislativy, povinno mít zavedený program kontinuálního zvyšování kvality (KZK), který je jako minimální hodnotící standard pevně ukotven vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče, ve znění pozdějších předpisů (dále jako vyhláška č. 102/2012 Sb.). Součástí zmíněného minimálního hodnoceného standardu je i sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí. Staniční sestra jako vedoucí pracovník a koordinátor ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče má motivovat podřízené sestry k participování programu soustavného zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Kvalita lůžkových zařízení je určována nejen diagnostickými a léčebnými procesy, produktivitou systému a efektivního využití zdrojů, ale především kvalitou poskytované specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a komunikací v multidisciplinárním týmu (Gladkij et al., 2003).

### **4.3.1. Hodnocení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče**

Primárně je hodnocení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb. Z výše uvedené vyhlášky č. 102/2012 Sb. vyplývá, že hodnocení kvality a bezpečnosti se netýká výhradně ošetrovatelské péče, ale celkově zdravotní péče. V současné době je v ČR možné realizovat podvojný systém hodnocení kvality a bezpečnosti.

#### **4.3.1.1. Externí systém hodnocení kvality a bezpečí**

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb je zcela nepovinný proces, který je realizován experty jiné instituce. Příslušná externí hodnotící instituce nesmí být žádným způsobem zainteresovaná s hodnoceným poskytovatelem zdravotnických služeb nebo pojišťovnou. Hodnotící instituce musí mít vypracované hodnotící standardy



pro jednotlivé formy zdravotnické péče a ty musí být veřejně přístupné společně s pravidly procesu hodnocení kvality a bezpečí, aby se na ně mohly zdravotnické instituce předem připravit. Podmínkou k hodnocení zdravotních lůžkových služeb je udělení oprávnění MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaní zdravotních služeb (zákon č. 372/2011 Sb.).

## **Modely externího hodnocení kvality**

### *Systemové modely řízení*

Zdravotnická instituce získá certifikaci od Mezinárodní organizace pro normalizaci (International organization for standardization – ISO), pokud splní podmínky efektivního a smysluplného řízení managementu v souvislosti s orientací na zaměstnance, dokumentaci a kontinuálním zajišťováním kvalitní a bezpečné péče všem pacientům (Škrla a Škrlová, 2008).

### *Modely akreditačních standardů*

Mezi modely akreditačních standardů patří Spojená mezinárodní komise (Joint Commission International – JCI), která se soustředí na potřebnou transformaci myšlení pracovníků a přístupu k nadcházejícím změnám. Akreditační standardy JCI se zaměřují na pacienta (práva a edukace pacientů a jejich blízkých, kontinuita a dostupnost péče a péče o pacienty, diagnostický a terapeutický proces, skladování, předepisování a podávání léčiv) a na zdravotnické zařízení celkově (kvalita péče a bezpečí pacientů, řízení a vedení lidských zdrojů, zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí organizace celkově a kvality poskytovaných služeb, bezpečnost zdraví při práci, informatika a komunikace, kvalifikace a vzdělání personálu, protiepidemická opatření (JCI, 2008).

Další institucí, která realizuje externí hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotnických zařízení je Spojená akreditační komise (SAK). Hodnotícím týmem SAK je lékař, nelékařský pracovník a administrativně-technický odborník, kteří hodnotí každý akreditační standard dle požadavků prováděcího předpisu MZČR vyhlášky č. 102/2012 Sb., včetně hodnocení zavedení resortních bezpečnostních cílů. Aktuální seznam resortních bezpečnostních cílů najdeme ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015 (MZČR, 2015). Pokud zdravotnické zařízení splní minimální hodnotící požadavky SAK, je mu udělen akreditační certifikát s omezenou platností na 2-3 roky (Marx a Vlček, 2014).

### *Procesuální modely národních akreditačních standardů*

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care - ISQua) a Agenda pro vedení programů akreditace zdravotní péče (Agenda for leadership in programs in healthcare accreditation - Alpha) spolupracují na aktualizaci a tvorbě akreditačních standardů jednotlivých zemí. Zároveň usilují, aby obsah standardů korespondoval se základními myšlenkami systému kvality na globální úrovni (Škrla a Škrlová, 2003).

### *Modely excellence*

Mezi modely excellence se řadí například Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management – EFQM). EFQM nabádá zdravotnickou organizaci k nepřetržitému monitorování silných a slabých stránek a k postupnému zvyšování kvality poskytované péče (Jakušová a Kilíková, 2008).

#### **4.3.1.2. Hodnocení péče interními audity**

Každý poskytovatel lůžkové zdravotnické péče je povinen zavést interní hodnocení kvality a bezpečí a stanovit minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení, které jsou v souladu s požadavky MZČR (MZČR, 2012). Zároveň, pokud dojde k jakémukoli odchýlení poskytování zdravotních služeb od standardizovaného postupu, je poskytovatel zdravotnických služeb povinen tuto skutečnost neprodleně uvést a zdůvodnit ve zdravotnické dokumentaci. Tato povinnost je platná i v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče pacientů v kritickém stavu na jednotce intenzivní péče, kdy by se měla každá transformace či absence standardního ošetrovatelského postupu zaznamenat a písemně zdůvodnit (zákon č. 372/2011 Sb.).

Hodnocení jednotky intenzivní péče by mělo být prováděno odborníky z oboru intenzivní péče prostřednictvím rozhovorů se sestrami a pacienty. Součástí realizace interního auditu je prohlídka pracoviště a ověření dostupnosti potřebného materiálního a technického vybavení. V kontextu interního hodnocení se současně hodnotí práce sester v klinické praxi a jejich pracovní postupy v rámci správného předem daného standardizovaného provedení. Hodnocení péče interními audity je způsob, jak kontinuálně zvyšovat kvalitu poskytované péče. Výsledky interního hodnocení kvality a bezpečí slouží výhradně pro užitek dané zdravotnické instituce. Na základě výsledků interního auditu může management realizovat příslušná interní opatření, která mohou zajišťovat vyšší kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče (vyhláška č. 102/2012 Sb.).

Za průběžné hodnocení běžně poskytované ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní medicíny je zodpovědná staniční sestra jakožto vedoucí týmu pracovníků poskytujících a podílejících se na všech dimenzích ošetrovatelské péče. Staniční sestra jednotky intenzivní péče v souvislosti se zvyšováním kvality poskytované ošetrovatelské péče průběžně kontroluje a hodnotí např. ošetrovatelskou péči v oblasti zajištění základní hygienické péče pacientů, v oblasti podávání medikací, dle ordinovaného času podání lékařem. Dále hodnotí, zda je v případě urgentní situace sestra okamžitě k dispozici u pacienta vyžadujícího neodkladné ošetrovatelské intervence a zda je pracovní čas sester efektivně využíván, tj. ve prospěch hospitalizovaných pacientů. Nedílnou součástí hodnocení by mělo být i hodnocení interpersonální komunikace a týmové spolupráce (Gladkij et al., 2003; Škrla a Škrlová, 2008; Hekelová, 2012). Staniční sestra je prostředníkem mezi přímými poskytovateli ošetrovatelské péče a vyšším managementem nemocnice (Plevová a kol., 2012).

Manažerskými kompetencemi se v souvislosti se zajištěním kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče zabývá mnoho autorů (Hekelová, 2012; Plevová a kol., 2012; Hospodářová, 2008; Škrļa a Škrlová, 2008). Podrobněji jsou činnosti sestry manažerky specifikovány ve Věstníku č. 2/2011 ve vzdělávacím programu specializačního vzdělávání v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví (MZČR, 2011).

#### **4.3.2. Indikátory kvality ošetrovatelské péče**

Před každým hodnocením kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče na intenzivním oddělení je potřeba stanovit indikátory, které jsou měřítkem pro vyhodnocení ošetrovatelských procesů, u kterých hrozí riziko chyb (Pokorná a kol., 2019). Autoři Škrļa a Škrlová (2003, s. 100) definují indikátory jako: „...*měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo.*“ Indikátory kvality se tedy podílejí na preventivních opatřeních vedoucích k eliminaci mimořádných událostí (Plevová a Adamicová, 2013). V takovém případě se jedná o sentinelové typy indikátorů neboli strážní indikátory. Cílem sentinelových indikátorů je „...*identifikovat ty jevy nebo fenomény, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin*“ (Škrļa a Škrlová, 2003, s. 101).

V příloze č. 2 jsou uvedeny indikátory ošetrovatelské péče zpracované dle Americké asociace sester (American Nurses Association - ANA) a Národního fóra kvality (National Quality Forum - NAQ) (in Plevová a Adamicová, 2013, s. 173), autorkou byly odstraněny indikátory týkající se výhradně ošetrovatelské péče v pediatrii. Pokud porovnáme indikátory ošetrovatelské péče v příloze č. 2 a národní standardy MZČR ve Věstníku č. 16/2015 (MZČR, 2015), zjistíme, že některé standardy reflektují uvedené indikátory ošetrovatelské péče. Jedná se například o resortní bezpečnostní cíl č. 4 „Prevence pádů“, resortní bezpečnostní cíl č. 8 „Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů“, standard „Sledování spokojenosti pacientů“ a standard „Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče“.

#### **4.4. Standardy ošetrovatelské péče**

V ošetrovatelských standardech je zakotvena závazná norma kvality poskytované ošetrovatelské péče. Jejich dodržování pacientům zajišťuje bezpečné a kvalitní poskytování ošetrovatelských intervencí a zároveň sestry ochraňuje před možným neoprávněným postihem (Vašátková a Ulrychová, 2007; Hulková, 2016).

Hovoříme-li o standardech ošetrovatelských intervencí, pak hovoříme o procesuálních standardech, „...*pro ošetrovatelskou činnost v rámci pracoviště je možné vypracovat standardní postup, který specifikuje, jak má sestra postupovat*“ (Golmočáková, 2003 in Hulková, 2016, s. 17). Procesuální standardy se v rámci ošetrovatelské péče zaměřují na konkrétní ošetrovatelské výkony, které vždy systematicky popisují jednotlivé ošetrovatelské intervence, a na ošetrovatelské činnosti, které vycházejí z individuálních

potřeb pacienta, například péče o pacienta po kraniektomii, péče o pacienta po by-paasu (Hulková, 2016).

## 5. Management rizik

Pojem riziko je v kontextu ošetrovatelské péče definován jako „...nebezpečí či vysoká míra pravděpodobnosti vzniku nežádoucí události“ (Pokorná et al., 2019, s. 238). Management rizik je nedílnou součástí programu KZK. Princip managementu rizik je založen na předpokladu vzniku nežádoucí události a aktivním vyhledávání potenciálního rizika. Cílem proaktivního programu managementu rizik je chránit jak zdraví pacienta, tak i zaměstnance, nevyjímaje ani materiální vybavení a dobré jméno zdravotnické instituce. Strategické řízení rizik se podílí na zvyšování kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče (Škrla a Škrlová, 2008).

Hlavním úkolem managementu rizik je motivovat všechny zaměstnance k monitorování a hlášení všech rizik, která se při výkonu jejich služby vyskytla, nebo kde byla vysoká pravděpodobnost vzniku nežádoucí události či pochybení. Za řízení rizik jednotlivých oddělení zodpovídají manažeři a vedoucí pracovníci, podílející se na mapování rizikových oblastí ošetrovatelské péče. Následné vyhodnocení rizikových oblastí zpracovávají vedoucí pracovníci v interakci s manažerem rizik. Je žádoucí, aby všichni zaměstnanci byli ztotožnění s nápravnými a preventivními opatřeními ve vybraných oblastech ošetrovatelské péče. Efektivnost stanovených preventivních opatření je sledována pomocí měřitelných indikátorů kvality (Škrla a Škrlová, 2008).

### 5.1. Nežádoucí událost

Nežádoucí událost je definována jako: „*Událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí události považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické, a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho zaměstnanec. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout. Mezi nežádoucí události náleží také situace, k jejichž identifikaci došlo před poškozením pacienta, či jiné osoby v procesu poskytování zdravotních služeb a péče*“ (MZČR, 2018, s. 20).

Vzhledem k tomu, že o jednoho pacienta pečují různé spektrum ošetrovatelského personálu, je zde potenciálně vysoké riziko pochybení ošetrovatelského postupu v důsledku ztráty či zkreslení možné ošetrovatelské informace (Šupšáková, 2017).

Eliminace rizik ošetrovatelské péče spočívá ve sledování nežádoucích událostí jako základního indikátoru kvality poskytované péče. Předmětem nežádoucích událostí jsou okolnosti, které mohou poškodit jak pacienta, tak zaměstnance a zdravotnické zařízení (Bartůněk et al., 2016). Zejména se jedná o kategorie nežádoucích událostí, které jsou

uvedeny v prováděcím předpisu k vyhlášce č. 373/2017 Sb., o programu statistických zjišťování na rok 2018, jako jsou například pády, dekubity, klinická administrativa, klinický výkon, dokumentace, medikace/i.v. roztoky, transfuze/krevní deriváty, dieta/výživa, medicínální plyny, medicínské přístroje/vybavení, chování osob, nehody a neočekávaná zranění, technický problém, zdroje/management organizace, neočekávané zhoršení klinického stavu a jiné, blíže nespecifikované nežádoucí události.

#### **5.1.1. Lokální řešení nežádoucích událostí**

Jakákoliv mimořádná událost musí být ihned nahlášena vedoucímu pracovníkovi, kterým je na oddělení intenzivní péče staniční sestra. Dále musí být nežádoucí událost dokumentována na příslušném formuláři, který musí obsahovat identifikační údaje poškozeného, popis události a rozsah a charakter škod, popřípadě i identifikační údaje svědků a návrh nápravných opatření. Následně musí být každá nežádoucí událost řešena analýzou. Je důležité zjistit primární příčinu a provést preventivně eliminační opatření. Prevence nežádoucích událostí z oblasti ošetrovatelské péče musí spočívat hlavně ve spolupráci s multidisciplinárním ošetrovatelským týmem poskytujícím ošetrovatelskou péči, vedoucím pracovníkem a manažerem mimořádných událostí nebo oddělením KZK. Sestry na jednotkách intenzivní péče by měly být liniovým managementem vyzývány k hlášení nežádoucích událostí a zapojeny do hledání příčin a nápravy, včetně zajištění kontroly a vypracování standardizovaných postupů ošetrovatelské péče (Bartůnek et al., 2014; Škrála a Škrlová, 2008).

#### **5.1.2. Centrální řešení nežádoucích událostí**

MZČR podporuje sledování nežádoucích událostí na centrální úrovni prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Cílem SHNU je vyhodnocování nežádoucích událostí a jejich identifikace s následným doporučením pro prevenci nežádoucích událostí a zajištění tak bezpečné praxe prostřednictvím edukace poskytovatelů zdravotnických služeb. Od 1. 1. 2018 je hlášení nežádoucích událostí na centrální úrovni pro všechny poskytovatele zdravotnických služeb povinné (MZČR, 2018).

## 6. Výzkumná část diplomové práce

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla autorkou zvolena kvalitativní výzkumná metodologie. Kvalitativní výzkum umožňuje podrobné a hloubkové zkoumání nového fenoménu. Výhodou kvalitativního výzkumu je možnost otevřeného přístupu výzkumníka a pravděpodobnost získání až intimních dat v kontextu zkoumaného jevu (Hendl, 2016). Podrobný harmonogram diplomové práce je uveden v příloze č. 3.

### 6.1. Výzkumné cíle a otázky

Pro zpracování výzkumu byl autorkou zvolen hlavní cíl a hlavní výzkumná otázka, které byly konkretizovány do šesti dílčích cílů výzkumných otázek.

**Hlavním cílem realizovaného výzkumu je: Zmapovat a popsat problematiku, faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny.**

**Hlavní výzkumná otázka realizovaného výzkumu je: Jaké faktory/aspekty ovlivňují výskyt nedokončených či neúplných ošetrovatelských intervencí v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny?**

Dílčí cíl č. 1: Zmapovat nejčastější oblasti výskytu konceptu nedokončené/neposkytnuté péče na oddělení intenzivní medicíny.

Dílčí otázka č. 1: V jakých oblastech ošetrovatelských intervencí, realizovaných sestrami na oddělení intenzivní medicíny, se koncept chybějící péče vyskytuje nejčastěji?

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat frekvenci výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny.

Dílčí otázka č. 2: Jak často, se dle názoru oslovených respondentů, koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny vyskytuje?

Dílčí cíl č. 3: Analyzovat subjektivní priority sester, které předurčují neposkytnutí či opomenutí ošetrovatelské péče.

Dílčí otázka č. 3: Na základě jakých subjektivních kritérií a priorit se jednotlivé sestry rozhodují, jakou ošetrovatelskou péči neposkytnou či opomenou?

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat konkrétní oblasti činností, které sestry na oddělení intenzivní péče, v rámci konceptu chybějící péče, ne-realizují a jaký důvod neposkytnuté/opožděné péče uvádějí.

Dílčí otázka č. 4: Jaké konkrétní intervence se dle názoru oslovených sester na oddělení intenzivní péče ne-realizují a proč?

Dílčí cíl č. 5: Zjistit strategie, které sestry oddělení intenzivní péče volí při záznamu neposkytnuté péče do ošetrovatelské dokumentace pacienta.

Dílčí otázka č. 5: Jakým způsobem sestra chybějící/nedokončenou péči zaznamenává v ošetrovatelské dokumentaci pacienta?

Dílčí cíl č. 6: Zmapovat reakce a strategie ošetrovatelského managementu při zjištění výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny.

Dílčí otázka č. 6: Jakým způsobem sestry manažerky přistupují k výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny?

## **6.2. Výzkumný vzorek a jeho specifikace**

Výzkumný vzorek byl vybrán účelově, na základě zkušeností a úsudku autorky výzkumu (srov. Hendl, 2005). Kritériem pro zařazení do výzkumného šetření byla ochota sester účastnit se realizace výzkumu na určené téma. Dalším kritériem byl minimální rozsah aktivního pracovního úvazku na oddělení intenzivní medicíny vyšší než 0,5.

Vzorek byl tvořen devíti sestrami, kdy osm z nich bylo cíleně osloveno a jedna sestra projevila sama aktivní zájem účastnit se výzkumného šetření (viz tabulka 2).

Sestry, které se účastnily výzkumného šetření, aktivně pracovaly na lůžkovém oddělení intenzivní medicíny, kde jsou hospitalizováni pacienti dospělé populace, přičemž se primárně nejedná o chronické jednotky intenzivní péče. Pět informantů pracovalo v nefakultním zdravotnickém zařízení a čtyři pracovali ve fakultním zdravotnickém zařízení. Záměrně nebyly autorkou uvedeny názvy či oblasti zdravotnických zařízení, z důvodu zachování maximální možné anonymity respondentů. Rozsah plného pracovního úvazku na oddělení intenzivní péče mělo osm sester a jedna sestra měla na oddělení intenzivní péče pracovní úvazek 0,6. Čtyři sestry pracovaly ještě na vedlejší pracovní poměr v jiném zdravotnickém zařízení či měly uzavřenou dohodu o provedení práce (DPP) na jiném oddělení zdravotnického zařízení. Všichni respondenti byli sestrami u lůžka na oddělení intenzivní péče, dvě sestry plnily funkci školitelek/mentorek, z toho jedna sestra plnila zároveň post vedoucí směny. Cíleně vybraný vzorek tvořilo sedm žen a dva muži, jejichž věkové rozpětí bylo 24 až 44 let. Všech devět účastníků výzkumu absolvovalo vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně oboru ošetrovatelství. Jeden účastník výzkumu absolvoval specializační vzdělání Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP). Jako součást šetření každý participant vyplnil krátký dotazník „Demografická data“ (viz příloha č. 4).

## **6.3. Metoda sběru dat a organizace výzkumu**

Jako metoda sběru dat byl autorkou zvolen polostrukturovaný rozhovor. Výhoda osobního dotazování je právě v osobním kontaktu, který umožňuje získání okamžité reflexe mezi výzkumníkem a respondentem. Tazatelka tak má možnost upoutat pozornost a získat důvěru respondenta v souvislosti se získáním podrobnějších, hlubších a pravdivých výzkumných dat (Hendl, 2016). Vzhledem k závažnosti zkoumané problematiky byly



anonymizovány identifikační údaje všech respondentů. V období od června 2018 do října 2018 bylo autorkou postupně osloveno celkem jedenáct potenciálních informantů, kteří splňovali výběrová kritéria. Primární žádost o spolupráci byla neformálního charakteru v elektronické formě. V rámci možné spolupráce na výzkumném šetření konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny byl potenciální účastník výzkumu seznámen s průběhem a cíli výzkumu v informačním materiálu pod názvem „Informace pro účastníka výzkumu: Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny“ (viz příloha č. 5). Zároveň byl každému účastníkovi výzkumného šetření s předstihem zaslán k nahlédnutí „Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu na téma: Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny“ (viz příloha č. 6). Oba tyto dokumenty byly vybraným potenciálním participantům zaslány elektronicky, minimálně čtrnáct dní před domluveným termínem realizace výzkumného šetření, aby měli dostatek času na rozhodnutí, zda se výzkumného šetření chtějí zúčastnit. Výzkumné šetření probíhalo v období od července 2018 do října 2018. Z jedenácti oslovených respondentů svou účast nezávazně potvrdilo devět. Dva respondenti se výzkumného šetření nezúčastnili. Z toho jeden respondent odmítl spolupracovat na výzkumu z důvodu časové indispozice a druhý nedorazil na domluvenou schůzku realizace rozhovoru, avšak důvod neuvedl. Vzorek respondentů nebyl výzkumníci vytvořen v počáteční fázi realizace výzkumného šetření, ale byl v souladu s kvalitativní metodologií během sběru dat a jejich analýzy rozšiřován až do teoretické saturace.

Tabulka 1: Demografická data

SESTRA	VZDĚLÁNÍ	DÉLKA PRAXE NA OIM	PRACOVISTĚ – ÚVAZEK	JINÉ PRACOVISTĚ ÚVAZEK/DPP	ZAŘAZENÍ
R1	Bc.	9 let	fakultní - 1,0	Ne	Sestra u lůžka
R2	Bc.	1 rok	nefakultní - 0,6	0,4	Sestra u lůžka
R3	Bc. + ARIP	18 let	nefakultní - 1,0	DPP	Sestra u lůžka
R4	Bc.	6 let	nefakultní - 1,0	0,25	Sestra u lůžka
R5	Bc.	10 let	fakultní - 1,0	Ne	Sestra u lůžka/mentor
R6	Bc.	6let	nefakultní - 1,0	Ne	Sestra u lůžka
R7	Bc.	3roky	nefakultní - 1,0	Ne	Sestra u lůžka/mentor vedoucí směny
R8	Bc.	1 rok	fakultní - 1,0	Ne	Sestra u lůžka
R9	Bc.	17 let	fakultní - 1,0	DPP	Sestra u lůžka

Zdroj: vlastní zpracování

#### 6.4. Realizace polostrukturovaného rozhovoru

Před každým rozhovorem byl účastník ústně informován o podstatě výzkumu a zaručení anonymity poskytnutých dat. O možnosti pořízení zvukové nahrávky byl od každého účastníka výzkumného rozhovoru získán souhlas v ústní i písemné formě. Informanti byli požádáni, aby s výzkumníci hovořili jako s laikem neznalým dané problematiky. Nejkratší

doba trvání individuálního rozhovoru byla 13 minut a nejdelší individuální rozhovor byl s informantem veden 37 minut. Vzhledem k aktuálně probíhající personální krizi českého zdravotnictví byla nutná časová flexibilita v otázce stanovení termínu všech rozhovorů. V maximální možné míře se výzkumnice musela přizpůsobit časovým požadavkům vybraných informantů. Pět rozhovorů bylo pořízeno v exteriéru, další čtyři rozhovory byly realizovány na půdě vzdělávací instituce.

Závěrem každého rozhovoru bylo účastníkovi poděkováno a následně byl vybídnut ke zpětné vazbě. Zajímavým poznatkem bylo, že v průběhu rozhovorů si někteří informanti uvědomovali závažnost explorované problematiky a atmosféra hovoru byla často doprovázena rozpaky a rozrušením, přesto ne zdrženlivostí. Potěšilo mě, že po vypnutí diktafonu samotní informanti vyslovili přání, aby jejich upřímná, reálná, avšak často kompromitující data byla k užitku a byla zdrojem inspirace pro změnu aktuální ošetrovatelské praxe na intenzivních jednotkách. Respondenti se často tázali, jaké byly odpovědi ostatních účastníků a jaké jsou moje postřehy z praxe ke zkoumanému tématu. Vzor scénáře rozhovoru je uveden v příloze č. 7.

## **6.5. Etické aspekty výzkumu**

Autor Hendl (2016) upozorňuje, že je důležité dodržet etické zásady výzkumu. Jako etické zásady uvádí získání informovaného souhlasu účastníka s výzkumem, svobodu odmítnutí spolupráce v jakémkoli období výzkumného šetření, dodržení anonymity a také zajištění emoční a tělesné bezpečnosti.

Předmětem výzkumu bylo odhalit reálnou ošetrovatelskou praxi na oddělení intenzivní medicíny v ČR a navrhnout možná opatření. Není úmyslem studie poškodit jakékoli zdravotnické zařízení, proto cíleně nejsou uváděny konkrétní názvy zdravotnických zařízení, ve kterých informanti poskytují ošetrovatelské intervence, a to i přesto, že jsem se v dotazníku „Demografická data“ (viz příloha č. 7) na tento údaj dotazovala.

## **6.6. Limity výzkumu**

Výrazným limitem výzkumu je velikost vzorku a jeho reprezentativnost, v důsledku toho nelze získané poznatky zobecnit. Dalším limitem může být monotónní nejvyšší ukončené vzdělání výzkumného vzorku, i když se dá předpokládat, že právě vysokoškolsky vzdělané sestry dnes tvoří majoritu ošetrovatelského týmu na jednotce intenzivní péče.

Přestože byla zaručena anonymita všem participujícím sestrám, je zde riziko, že sestrami poskytnutá data jsou limitována z důvodu obav z absolutní otevřenosti a transparentnosti.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření je dalším limitem výzkumného šetření fakt, že součástí výzkumného vzorku nejsou sestry manažerky/staniční sestry. Budoucí výzkumy mapující koncept chybějící péče by tak měly být zaměřené na cílovou skupinu sester manažerek.

## 7. Analýza výzkumných data jejich interpretace

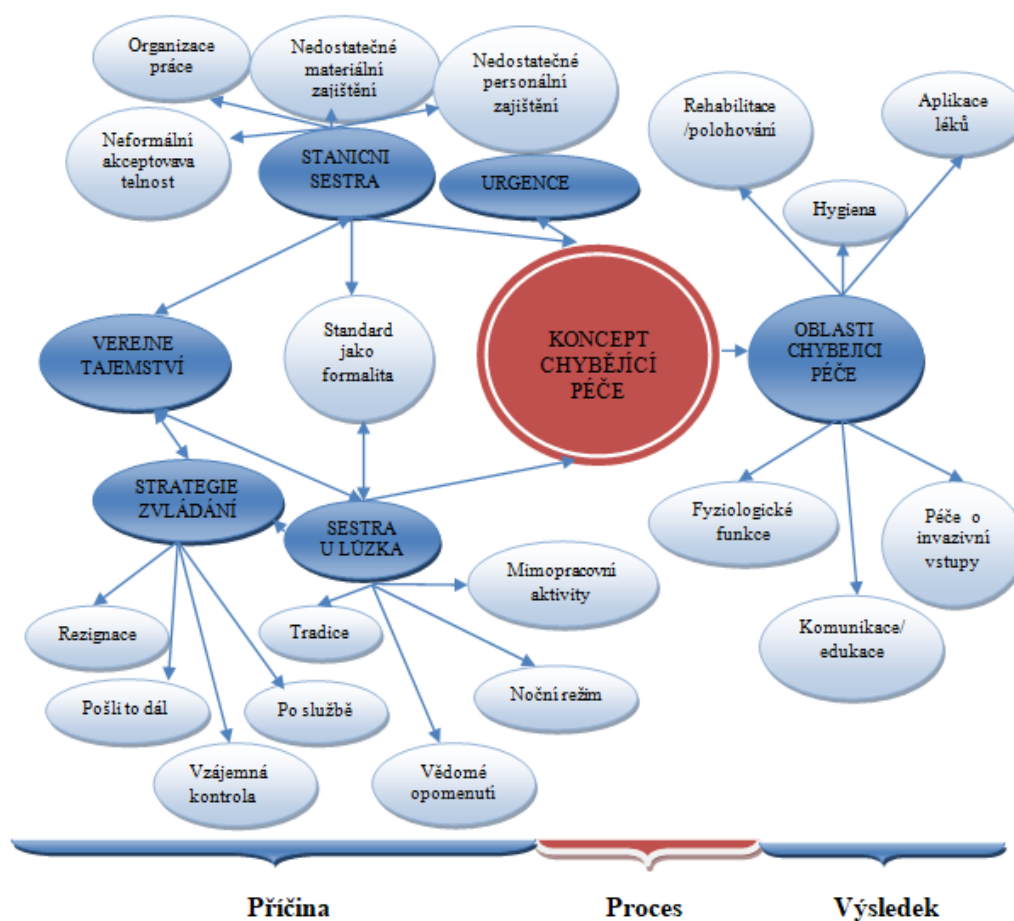
Nahrávky polostrukturovaných rozhovorů byly následně přepisovány v programu Microsoft Word. Text přepsaných rozhovorů byl v rozsahu celkem 68 stran. Každý jednotlivý rozhovor byl v tištěné podobě průběžně studován, získaná data byla analyzována a průběžně reanalyzována metodou obsahové tematické analýzy.

Miovský (2006) se odkazuje na možné dílčí úpravy dat, které výzkumník realizuje v rámci redukce prvního řádu, což umožňuje vytvořit plynulejší přepis (bez slovní vaty a běžných hovorových obrátů). Otevřené kódování proběhlo induktivně na základě editorování textového korpusu doplňováním poznámek a ručním označováním textu barevným fixem, dle významových struktur. V textu byly autorkou ponechány slangové výrazy, neboť by se jinak narušil smysl výpovědi. Současně autorka opakovaně využívala možnosti poslechu autentických nahrávek pro upřesnění pojetí přepisu textu z audiozáznamu a poznámek, které si zaznamenala v průběhu realizace polostrukturovaných rozhovorů. Kompletní neautorizované přepisy rozhovorů jsou na základě požadavků respondentů součástí tzv. neveřejných příloh. Přepsaný text nahrávek je interpretován ve spisovném jazyce a stylisticky upraven (srov. Hendl, 2016).

Při transkripci byl opakovaně kontrolován obsah samotnou autorkou a důvěryhodnost realizovaného výzkumu byla zajištěna také nezávislou kolegyní (vedoucí diplomové práce) pomocí strategie Co-kódování.

Co-kódování bylo provedeno nezávislým kodérem, jenž věnoval pozornost celému souboru písemných záznamů, rozhovorů v souladu s účelem a cíli realizované studie. Poté nezávislý kodér a výzkumnice měli kódované přepisy a identifikovali témata a kategorie. Proběhla rovněž diskuze nad jednotlivými subkategoriemi a kategoriemi. Cílem diskuze bylo porovnat a zdůvodnit, jak obě strany konstituovaly témata a podkategorie, a dosáhnout konsenzu ohledně konečného označení, popisu pro zkušenosti respondentů pomocí volby výstižného názvu jednotlivých kategorií. Při tvorbě tematických okruhů a názvů jednotlivých kategorií jsme vycházeli z postupné analýzy výpovědí. Jakmile jsme narazili na nějaký nový významný motiv, byl zařazen do seznamu témat, kategorií a subkategorií. Vazby jednotlivých kategorií a subkategorií jsou pro přehlednost uvedeny níže (viz obrázek 2).

Obrázek 2: Schéma vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií



Zdroj: vlastní zpracování

## 7.1. Kategorie: Veřejné tajemství

Kategorie Veřejné tajemství byla identifikována jako klíčová příčina opakujícího se výskytu chybějící/nedokončené péče v klinické praxi. Na základě analýzy rozhovorů bylo identifikováno, že si sestry v klinické praxi plně uvědomují každodenní výskyt chybějící/nedokončené péče (viz tabulka 2). Na částečné či úplné neposkytnutí konkrétních ošetrovatelských intervencí tradičně upozorňují své kolegyně a současně i staniční sestru verbální formou, tedy bez jakéhokoli písemného záznamu.

Tabulka 2: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Veřejné tajemství

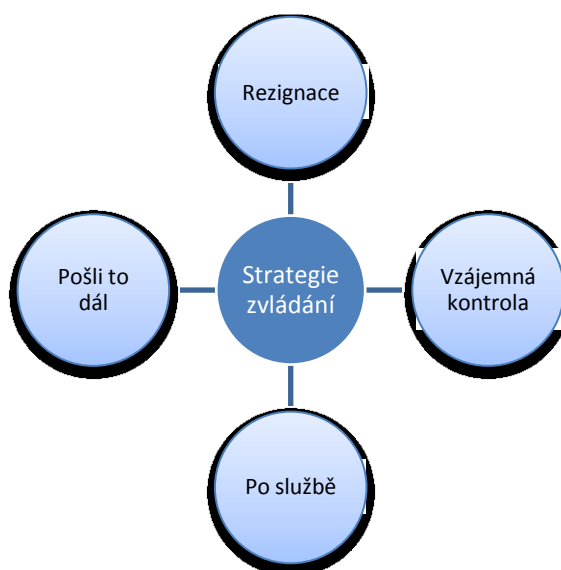
KATEGORIE: VEŘEJNÉ TAJEMSTVÍ
R1: „Stává se to velice často, pomalu každý den. ... stává se to všem.“
R2: „... velmi často ... snažím se, ale kolikrát jsme říkali, že to nejde ... nikde to oficiálně nehlásíme ... nikdo to neřeší ... sestry si to uzavřou kolikrát samy, ani k lékaři se nic nedostane ... ve většině případů to u staniční sestry skončí a nic se s tím nedělá.“
R4: „... nesmíme nedostatky zviditelňovat, v podstatě v praxi to vypadá tak, že je všechno v pořádku, ale já vím, že ve skutečnosti to v pořádku není ... každý tvoříme koncept chybějící péče ... já osobně každý den u pacienta něco neudělám...“
R5: „Stává, v podstatě denně!!! ... staniční to řešit nechce...“
R7: „Určitě každý den ... se něco nedodělá... pokud upozorním na nedostatky staniční, tak se nic neřeší ... smete se to... neřeší to staniční a její zástup už tuplem ne.“
R9: „...občas se to stane ... nikde se neposkytnutí péče nezaznamenává ...“

Zdroj: vlastní zpracování

## 7.2. Kategorie: Strategie zvládnání

Přestože z analýzy rozhovorů vyplývá, že liniový ošetřovatelský management nemotivuje sestry k aktivnímu vyhledávání a hlášení pochybení ošetřovatelské praxe, sestry volí různé strategie, aby alespoň dodatečně a částečně zajistily splnění opomenutých ošetřovatelských intervencí. Druhá kategorie interpretuje strategie, které sestry v kontextu chybějící péče ne/realizují. Byly identifikovány následující subkategorie: Pošli to dál, Po službě, Vzájemná kontrola a Rezignace (viz tabulka 3).

Obrázek 3: Kategorie Strategie zvládnání a její subkategorie



Zdroj: vlastní zpracování

### **Subkategorie: Pošli to dál**

V případech, že si sestra uvědomí výskyt chybějící péče, deleguje splnění částečně/úplně neprovedené péče na další směnu. Smyslem zvolené strategie „Pošli to dál“ je zajištění opomenutých ošetrovatelských intervencí, byť s prodlevou. Zajímavý poznatek přinesla výpověď informanta R9, který komentuje následky strategie delegování: „... *kolegyně, prostě za cenu toho, že má dvojnásobek práce, tak prostě dělá za tebe...*“.

### **Subkategorie: Po službě**

V některých případech sestra, která neposkytla potřebnou ošetrovatelskou intervenci nebo nesplnila některou ordinaci lékaře, zvolila dodatečné provedení opomenuté ošetrovatelské činnosti po ukončení a předání služby další směně. Uváděna byla i situace, kdy si sestra až doma uvědomila opomenutí péče a na oddělení intenzivní péče se následně vrátila, aby dokončila nesplněnou ošetrovatelskou intervenci.

### **Subkategorie: Vzájemná kontrola**

Současně v klinické praxi dochází ke vzájemné kontrole sester. Sloužící sestra kontroluje záznamy ošetrovatelských činností předchozí směny v ošetrovatelské dokumentaci a hodnotí poskytovanou péči o pacienta, na tomto základě se může rozhodnout, zda poskytne nedokončené/chybějící ošetrovatelské intervence. V případech, kdy si sestra není jistá, zda kolegyně neopomenula pouze zápis do dokumentace, telefonicky si informaci ověří a po telefonické domluvě buď provede opomenutý zápis do ošetrovatelské dokumentace, nebo zpětně poskytne opomenutou ošetrovatelskou intervenci.

### **Subkategorie: Rezignace**

V neposlední řadě sestry uváděly, že za určitých okolností některé ošetrovatelské intervence zůstanou nesplněny, nejčastěji bylo respondenty uváděno polohování - **R9:** „...*polohování pacienta ... to nedělám...*“. Jako důvod byla udávána časová tíseň, která se někdy vyskytuje napříč denní i noční směnou. V této subkategorii byl zmiňován zajímavý jev, kdy přesto, že sestry některé ošetrovatelské činnosti neposkytnou, v ošetrovatelské dokumentaci jsou chybějící činnosti zapsány jako poskytnuté.

Jako součást této subkategorie byl v souvislosti s neposkytováním ošetrovatelských intervencí identifikován další zajímavý aspekt - morální distress, který nejlépe interpretuje výpověď respondenta **R4:** „... *pro mě to byl strašný šok ... navštívil jsem i krizovou interveničku, aby mi pomohla. Už jsem měl i nakročeno, že půjdu za psychologem ... nicméně, jak se dívám kolem sebe ... tak to prostě je ... snažím se těm lidem neubližovat a nějakým způsobem se o ně postarat, aby pobyt na jipce přežili. A to je maximum, co jim můžu nabídnout.*“ Z uvedené výpovědi je zřejmé, že výskyt chybějící péče může ovlivňovat spokojenost sester s pracovním prostředím, tomu nasvědčuje i fakt, že již čtyři účastníci výzkumného šetření odešli z původního pracovního místa.

Tabulka 3: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Strategie zvládnání

<b>KATEGORIE: STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ</b>
<p><b>Subkategorie: Pošli to dál</b></p> <p>R1: „... ústně předám další směně.“</p> <p>R2: „... předám to dál kolegyním, ať to udělají za mě...“</p> <p>R6: „Jestli si vzpomenu, předám kolegyni, že jsem nestíhala.“</p> <p>R7: „... poprosím kolegyni, co přijde na noční, jestli by to za mě nedodělala.“</p> <p>R8: „... domluvím se s tou kolegyní, která si pacienta přebírá po mě, jestli si to mám dodělat, nebo jestli to udělá za mě.“</p>
<p><b>Subkategorie: Po službě</b></p> <p>R2: „... někdy zůstanu i déle, když přijde jen jedna sestra.“</p> <p>R6: „... převazy pak hold dodělám po své pracovní době ... nebo se mi prostě stává, že se vrátím do práce po službě, abych si to já osobně dodělala.“</p> <p>R7: „... stane se, že ošetrovatelskou péčí o pacienta třeba neudělám ... dodělám ji po práci.“</p>
<p><b>Subkategorie: Vzájemná kontrola</b></p> <p>R7: „... pokud vidím v dokumentaci, že předchozí služba něco neudělala, musím to prostě za kolegyni dodělat.“</p> <p>R9: „Ano, kolegyně mi zavolá domů: ‚XXX podal jsi toto?‘... a odškrtně to za mě, ale neodškrtně to automaticky ... já si vše také kontroluji po předchozí směně.“</p>
<p><b>Subkategorie: Rezignace</b></p> <p>R3: „... prostě to napíšou, i když to hotové není ... no tak jsem to nestihla ... ono se nic nestane.“</p> <p>R4: „... pokud vidím, že je člověk stabilní, tak si ho tam prostě vymyslím ... v současné době už je mi to prostě jedno...“</p> <p>R8: „... máš příjem a nestihneš ho umýt, tak do dokumentace napíšeš, že je umytý...“</p>

Zdroj: vlastní zpracování

Zdá se, že mezi sestrami u lůžka panuje vzájemná soudržnost a solidarita. Kategorie Strategie zvládnání shrnuje strategie, které jsou sestrami na oddělení intenzivní péče realizovány. Z příkladů kódů je zřejmé, že realizací uvedených strategií je významně negativně ovlivňován výskyt konceptu chybějící péče, pro přiblížení myšlenky uvádím výpověď informantky **R2**: „**Já myslím, že si to sestry uzavřou samy...**“. Realizací těchto strategií se zvyšuje pravděpodobnost, že staniční sestra nemusí být informována o frekvenci výskytu konceptu chybějící péče a nemůže tak realizovat efektivní preventivní

opatření. Tento výsledek je zajímavý obzvláště proto, že participující sestry jsou pouze v jednom případě kolegyněmi z totožného zdravotnického zařízení.

### 7.3. Kategorie: Staniční sestra

Třetí kategorie, která byla z analýzy rozhovorů identifikována, jako jeden z faktorů ovlivňující výskyt chybějící/nedokončené péče na oddělení intenzivní medicíny, je kategorie Staniční sestra. Tato kategorie je tvořena subkategoriemi: Organizace práce, Nedostatečné materiální zajištění, Nedostatečné personální zajištění, Neformální akceptovatelnost a Standard jako formalita (viz tabulka 4).

Většina participujících sester vypovídala, že jejich pracovní prostředí není materiálně a personálně zabezpečeno tak, aby bylo možné poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, dle aktuálních individuálních potřeb pacienta. Některé dotazované sestry uváděly konkrétní případy, kdy musely shánět potřebné léky, které zdravotní stav pacienta vyžaduje. Nelze zpochybnit, že připravenost a organizace pracoviště je v kompetenci sestry manažerky, která zodpovídá za efektivní chod oddělení a podílí se na zajištění kontinuity ošetrovatelské péče.

**Obrázek 4: Kategorie Staniční sestra a její subkategorie**



*Zdroj: vlastní zpracování*

#### **Subkategorie: Organizace práce**

Všechny sestry uvedly, že organizace práce je nastavena tak, aby sestry poskytovaly komplexní ošetrovatelskou péči dvěma a více pacientům a zároveň musí táž sestra u lůžka zajistit ošetrovatelské intervence u pacientů nehospitalizovaných na jednotce intenzivní péče a navíc realizované mimo své pracoviště (zajištění kardiopulmonální



resuscitace, asistence na operačním sále). Po dobu nepřítomnosti sestry na oddělení intenzivní péče dochází k výraznému opoždění či úplnému opomenutí některých ošetrovatelských intervencí, které pacient nebo aktuální stav pacienta vyžaduje (viz tabulka 9). A to i přesto, že sestra po dobu své nepřítomnosti deleguje péči o svého pacienta kolegyni, která v ten okamžik zastává práci za dvě sestry, tedy má dvakrát tolik pacientů, než je stanovená norma oddělení.

K výskytu konceptu chybějící péče přispívá i neefektivní organizace práce sanitářů a praktických sester. Sanitáři se minimálně podílí na poskytování ošetrovatelské péče, jelikož se na oddělení intenzivní péče vyskytují poměrně zřídka. Sestry uváděly, že v jejich klinické praxi nastávají situace, kdy celým multidisciplinárním ošetrovatelským týmem je pouze jedna sestra.

V klinické praxi se vyskytují případy, kdy organizace práce praktických sester na oddělení intenzivní medicíny je též kontraproduktivní v kontextu zajištění bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče. Praktické sestry bývají delegovány staniční sestrou k ošetrovatelským výkonům, které zcela neodpovídají jejich odborné způsobilosti. Paradoxně může docházet k výměně rolí, kdy všeobecná sestra nebo sestra se specializací přebírá kompetence praktické sestry a naopak.

Sestra na oddělení intenzivní péče není pouze přímým poskytovatelem ošetrovatelské péče, ale také zajišťuje rozsáhlou administrativní činnost, přičemž přebírá kompetence jiných zdravotnických pracovníků (lékařů, dokumentační sestry, sester ze standardních lůžek). K pochopení problematiky delegování byla vybrána následující výpověď participující sestry *R4*: „... jsme jen dvě sestry na směně a máme sedm monitorů ... navíc máme monitorovat i standardní lůžka ... děláme plno papírové práce za doktory... vykazujeme antibiotickou léčbu, vykazujeme kategorie pacientů, skládáme dokumentaci.“

#### **Subkategorie: Nedostatečné materiální zajištění**

Zúčastněnými sestrami byla shodně popisována problematika běžné praxe, kdy nebylo možné realizovat potřebné ošetrovatelské intervence z důvodu nedostatku potřebného materiálního vybavení (léky, převazový materiál, jednorázové inkontinentní pomůcky) nebo došlo k výraznému opoždění ošetrovatelských činností, kdy si sestra u lůžka musela sama iniciativně zajistit potřebné zdravotnické vybavení.

#### **Subkategorie: Nedostatečné personální zajištění**

Kódy subkategorie nedostatečné zajištění identifikují výraznou poddimenzovanou počtu sester a dlouhodobou absenci sanitářů v souvislosti se zajištěním komplexní a kvalitní ošetrovatelské péče. Z analýzy rozhovorů navíc vyplynulo, že lékařský personál, který je jedním ze stěžejních pilířů oddělení intenzivní péče, nebývá v případě potřeby k dispozici, jelikož současně vykonává činnost na jiném pracovišti.

### **Subkategorie: Neformální akceptovatelnost**

Přesto, že sestry u lůžka na chybějící/nedokončenou péči upozorní primárně staniční sestru, sestrami očekávaná reflexe sestry manažerky, vedoucí ke zvýšení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče a k eliminaci výskytu chybějící péče, není žádným způsobem realizována.

A navíc si sestry poskytující specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči nejsou vědomy, že by jejich práce byla průběžně staniční sestrou hodnocena, nedostává se jim pozitivní ani negativní zpětné vazby. Dle výpovědí sester sestra manažerka hodnotí zpětně jen ošetrovatelskou dokumentaci, a nikoli aktuálně poskytovanou ošetrovatelskou péči.

### **Subkategorie: Standard jako formalita**

Standard jako formalita je poslední subkategorie, která byla identifikována na základě analýzy kódů a přiřazena ke kategorii Staniční sestra. Odpovědi participujících sester jsou velmi jednoznačné. Z příkladů uvedených kódů je zřejmé, že standardy jsou nedostatečně implementovány do ošetrovatelské praxe, staniční sestry požadují pouze formální akceptaci podpisem jednotlivých sester, avšak následnou kontrolu dodržování standardních ošetrovatelských postupů staniční sestra, v běžné klinické praxi, nerealizuje.

*Tabulka 4: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Staniční sestra*

<b>KATEGORIE STANIČNÍ SESTRA</b>
<b>Subkategorie: Organizace práce</b>
<i>R1: „... u nás je převážná většina asistentů ... dávají ívéčka stejně jako já ... staniční je podepisuje ... my jsme to odmítly ... nikdo nás nekontroluje...“</i>
<i>R2: „... zástava na oddělení kam musíme chodit, takže musíš od práce odejít a tvoje práce stojí...“</i>
<i>R8: „... sanitárky nám k lidem vyloženě samy nechodí, že by se nějakým způsobem staraly... zavoláš je, kdy ty potřebuješ ... máme každá jednoho pacienta a pak ti zavolají třeba, ať jdeš na resuscitaci ... chodíme pomáhat na emergenci...“</i>
<i>R9: „... nás odvolávají třeba na jiný pracoviště ... na operační sálek.“</i>
<i>R7: „... měli bychom mít na oddělení sanitáře, máme ho napsaného ve stavu ... chodí s odběrama a je točený v kolečku a vůbec u nás na patře není...“</i>
<i>R6: „Já si pacienta musím od A až do Z udělat sama, nikdo jiný mi nepomáhá ... náš sanitář, místo toho, aby nám pomáhal polohovat pacienty, tak odnáší pouze biologický odpad a odpoledne donese objednané léky z lékárny ... ošetrovatelky nejsou využité jako ošetrovatelky, ale jako uklízečky.“</i>

**Subkategorie: Nedostatečné materiální zajištění**

R2: „Samozřejmě třeba nedostatek materiálu, chceš převázat centrální a není lepení na centrální ... dojdou pleny ... musím po jiném oddělení shánět pleny...“

R4: „... nepodáš lék, protože ho nemáš...“

**Subkategorie: Nedostatečné personální zajištění**

R2: „... hlavně personální nedostatek ... na noční směnu přijde někdy pouze jedna sestra ... my na JIPu nemáme stále doktora.“

R4: „... snížily se počty sester a počet pacientů zůstal zachován...“

R1: „... lékaři nestíhají ... na JIPu mají být neustále, tak jsou dny, kdy tam nikdo není. Musíš si pak zavolat třeba na ambulanci, aby přišel ... není to pořádně uspořádané ... nemůžeš se pacientovi plně věnovat, máš k němu další dva...“

R7: „... jsme rok bez sanitáře, pořád nejsou lidi – údajně.“

R3: „... když mám dělat za dvě nebo za tři, tak prostě nemůžu stihnout poskytnout kvalitní péči všem a dobře...“

**Subkategorie: Neformální akceptovatelnost**

R4: „V případě, že staniční sestra provádí kontrolu dokumentace...vytýká nám nedostatky a pak je to uměle dopisováno ... aby to v rámci auditu bylo prostě v pořádku.“

R5: „... myslím si, že je to i osobností staniční sestry, která prostě přesto, že jsem ji třeba už na něco upozornila ... prostě to řešit nechce ... ne, nekontroluje nás nikdo...“

R1: „Ne, vůbec zpětnou vazbu nedostáváme ... staniční sestra o tom ví, že nestíháme, a sama totiž taky nestíhá, pokud někdo vypadne a musí ho zastoupit, jelikož se ani nesnaží sehnat náhradu a řekne: ‚XXX zvládne se to na úkor lidí.‘ Ví o tom celé vedení a nic se neděje ... názor našeho vedení je: ‚... že když to takto funguje, tak zatím to takhle necháme, aby nás nezavřeli.‘ ... U nás kvalita stále klesá.“

R7: „Se sestrou manažerkou jsem řešila, že některé kolegyně nedodržují standardní postup hygieny dýchacích cest u ventilovaného pacienta, a ona mě přesvědčovala, že to dělají, že to mají napsané v dokumentaci... Pak – se to smetlo...Řekla mi: ‚No jo, když vás dobrých je tady tak pět.‘“

R2: „U nás neprovedení péče nikdo neřeší ... sestry si to uzavrou samy ... ve většině případů neposkytnutí ošetrovatelské péče u staniční sestry většinou skončí a nic se s tím nedělá ... zamete se to.“

**Subkategorie: Standard jako formalita**

R9: „... ošetrovatelské postupy se mění tak rychle...nové standardy se podepisují čistě formálně, ani nadřízení nečekají, že se s nimi dopodrobna seznámíme ... všichni je podepíší a tváříme se, že je to děsně v pořádku. Není!!!“

R7: „... aktualizovaný standard musíme v systému odklikat, ale kontrola, zda jsme si ho přečetli, není...je to prostě už na každém z nás, zda se jím budeme řídit.“

R8: „No, vzhledem k tomu, že by mi měly chodit na e-mail a ještě mi ani jeden nepřišel a kolikrát jsem to nahlásila, tak ne. Byť je teda podepisuji stále.“

R5: „Popravdě nevím, ani nemocniční standardy neznám, byť je podepisuju hodně. Pracuji podle těch, které mám naučené ze školy.“

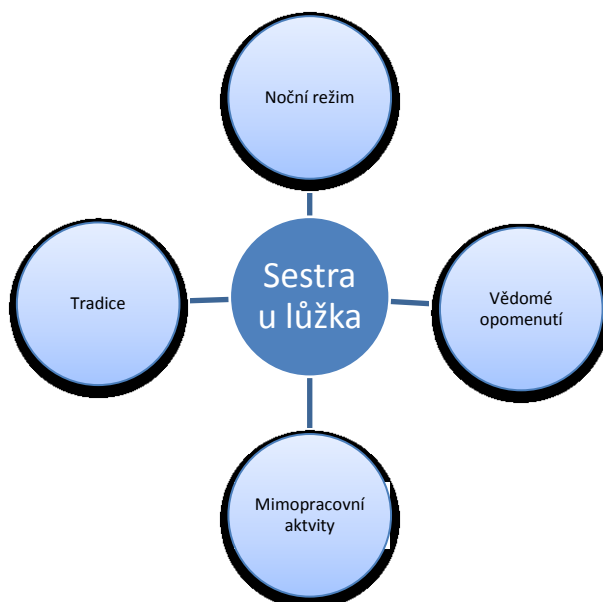
R3: „... všichni se pod to musíme podepsat a to je veškerá její intervence.“

Zdroj: vlastní zpracování

## 7.4. Kategorie: Sestra u lůžka

Další kategorie, která významně ovlivňuje výskyt konceptu chybějící péče, je Sestra u lůžka. Analýzou rozhovorů byly stanoveny následující čtyři subkategorie:

Obrázek 5: Kategorie Sestra u lůžka a její subkategorie



Zdroj: vlastní zpracování

### Subkategorie: Vědomé opomenutí

Všechny participující sestry se v jednotlivých výpovědích shodují, že kromě neúmyslného opomenutí chybějící péče je ošetrovatelská péče, v některých případech, opomíjena či částečně vynechána cíleně na základě zvolené strategie. Rozhodnutí, které ošetrovatelské intervence se odeprou, je záležitostí sestry u lůžka. Jedná se o činnosti, které jsou nere realizované na základě kritického posouzení a stanovení priorit na základě vlastního úsudku sestry nebo na základě vyhodnocení potřeb pacienta. Někdy sestry odeprou ošetrovatelskou péči na základě ordinace lékaře, zde uvádím výstižnou odpověď sestry R9: „...říkám lékaři: ‚Tak se podívejte, absolutně sítap netoleruje.‘ ... a po tom ti řekne: ‚Tak to jenom odškrtněte.‘“

Mezi hlavní priority pro sestry na oddělení intenzivní péče patří hlavně udržení základních životních funkcí pomocí kontinuálně podávaných farmak, zajištění nestabilních, kriticky nemocných pacientů, kteří jsou sestrami upřednostňováni před stabilizovanými pacienty. Dále sestry jako jednu z hlavních priorit udávaly vědomé opomenutí ošetrovatelské péče na základě upřednostnění zajištění a asistence při neodkladných léčebných, diagnostických a terapeutických výkonech.

### **Subkategorie: Mimopracovní aktivity**

Sestry shodně uváděly, že pracovní doba není vždy efektivně využívána ve prospěch pacientů, ale někdy jsou v klinické praxi upřednostňovány individuální potřeby sester, které korespondují s neprofesionálním chováním. Převážně se jedná o návštěvu jiného lůžkového oddělení s cílem nepracovně zaměřené diskuze a nadměrné používání osobního mobilního telefonu v pracovní době.

### **Subkategorie: Noční režim**

Zvláštní subkategorii je Noční režim, dochází zde ke střetnutí dvou faktorů, kdy sestry přepnou na tzv. noční režim a výrazně omezí poskytování ošetrovatelské péče na základě uspokojování své potřeby odpočinku nebo naopak upřednostní uspokojování základní potřeby spánku a odpočinku pacientů tím, že vědomě a cíleně omezí některé ošetrovatelské intervence, které považují za zbytečné, například polohování. Oba případy se ve výpovědích sester rovnoměrně vyskytovaly. Neprovedení ošetrovatelské péče je pravděpodobně ovlivněno i osobností konkrétní sestry, obzvláště její pečlivostí a iniciativou.

### **Subkategorie: Tradice**

Významnou identifikovanou subkategorii je Tradice, tj. zažitý nepsaný standard ošetrovatelských postupů. Participované sestry shodně uváděly, že změny v ošetrovatelských postupech nejsou většinou ošetrovatelským týmem akceptovány. Zároveň participující sestry připouští, že je jistá oblast ošetrovatelských činností, kterou provádějí převážně rutinně, a tou je používání otřelých frází v komunikaci s pacientem.

Tabulka 5: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Sestra u lůžka

<b>KATEGORIE SESTRA U LŮŽKA</b>
<b>Subkategorie: Vědomé opomenutí</b>
<i>R9: „Člověk se musí trochu orientovat v tom, co je důležité podat opravdu na minutu přesně ... a v čem si může dovolit mít nějaký skluz.“</i>
<i>R2: „... najednou se jeden člověk zhorší a musíš mu dát přednost na úkor druhých... když jsi na to sama...“</i>
<i>R5: „... v popředí jsou pro mě lékařské věci, jako podání ordinací a asistence při vyšetření ... nechci tím říct, že jsou v pozadí ošetrovatelské intervence, ale...“</i>

R4: „... vím, že nedělám na 100 % ... nemám na to čas, máme dalších šest lidí... musím někdy péči o pacienta nějakým způsobem laicky ošulit...nebo zkrátit a nedělám ji tak, jak bych měl.“

R8: „... cétěčko, magnetická resonance ... nebo sál... tím pádem to odsunu až na potom, co se vrátíme...“

#### **Subkategorie: Mimopracovní aktivity**

R6: „... některé kolegyně práce nezajímá a dlouho diskutují jinde na oddělení s jinými sestrami ... anebo si řeší své osobní věci.“

R5: „... během pracovní doby má někdo jiné priority ...“

R3: „... udělají jen to základní a pak si hrají... hry na mobilu nebo na počítači nebo kouká na facebook a tak podobně.“

#### **Subkategorie: Noční režim**

R5: „... v noci je veliký klid u nás na oddělení ... v noci je to pro mě velká potíž...“

R8: „... rektálka á 3 hodiny ...to si dělám podle sebe ... proč mu ji budu aplikovat á 3 hodiny...když spí...“

R3: „... o noční je větší klid...“

#### **Subkategorie: Tradice**

R5: „... často jednáme strojově, uniformně...jsme naučené na určité situace... málo se díváme na člověka jako na individualitu...“

R4: „... je to takhle zavedené, takže se to nemění... všichni to obecně víme ... starého psa novým kouskům nenaučíš...“

R8: „... u nás je to tak nastavené ... musíš to udělat, jinak dostaneš sekec mazec...“

R3: „... jsou to takové ty zajeté koleje na oddělení: ‚To neřeš, to sem nezaváděj...‘“

Zdroj: vlastní zpracování

Většina dotazovaných sester se shodla, že návrhy změn, které by mohly zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče ze strany staniční sestry, nevnímají. Výpověď respondenta R7 přináší možné objasnění: „... **tak jsem se toho na tom JIPu zhostila ...vypracovala jsem manuál jenom pro nás, samozřejmě už je z toho standard pro celou nemocnici ... shora motivace určitě není...**“

## **7.5. Kategorie: Urgence**

Tato hlavní kategorie prezentuje typické okolnosti, za jakých se vyskytuje odepření ošetrovatelských intervencí pacientům hospitalizovaným na oddělení intenzivní medicíny. Byly uváděny různorodé konkrétní příklady z klinické praxe (viz tabulka 6), sestra musela okamžitě volit nikoli mezi pacienty, ale mezi výkony. Upřednostněna byla ošetrovatelská

intervence, která měla život zachraňující charakter. Zejména se jednalo o neodkladné výkony, jako je např. zajištění kardiopulmonální resuscitace a zajištění stabilizovaného stavu pacienta, který se nachází v kritickém stavu nebo kterému kritický stav bezprostředně hrozil.

Tabulka 6: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Urgence

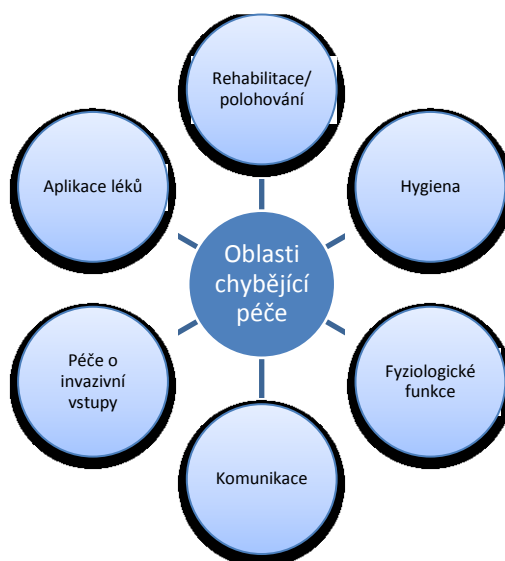
KATEGORIE URGENCE
<i>R3: „... resuscitace se protáhne nebo příjem následuje příjem, už se ta věc, která je rozdělaná nebo neudělaná, neudělá...“</i>
<i>R9: „... pokud jdeš resuscitovat, tak pacient dostane antibiotika prostě o hodinu později...“</i>
<i>R2: „... příjem nějakého pacienta, zhoršení nějakého pacienta ...“</i>
<i>R7: „Příjem, resuscitace, intubace, další příjem – krvácení a nonstop ... řeším pacienta vedle, protože máme dva až tři pacienty. Pokud je akutní pacient vedle, tak se stane, že ošetrovatelskou péči u jiného pacienta neudělám....“</i>
<i>R6: „... když mám dva pacienty ... z toho je na tom jeden velmi špatně a nemám čas na druhého pacienta...lítám jenom kolem toho jednoho.“</i>
<i>R1: „... když máš pacienta ze sálu a máš k němu dva další, tak se mu nemůžeš plně věnovat, protože těm dalším musíš poskytnout také určitou péči ...“</i>

Zdroj: vlastní zpracování

## 7.6. Kategorie: Oblasti chybějící péče

Poslední identifikovaná kategorie prezentuje intervence, které jsou v klinické praxi vědomě či nevědomě sestrami opomíjeny. Jedná se o oblasti základní, ale i specializované ošetrovatelské péče, které jsou podrobněji interpretovány subkategoriemi: Rehabilitace/polohování, Hygiena, Fyziologické funkce, Komunikace, Péče o invazivní vstupy, Aplikace léků.

**Obrázek 6: Kategorie Oblasti chybějící péče a její subkategorie**



*Zdroj: vlastní zpracování*

### **Subkategorie: Rehabilitace/polohování**

Problematika polohování nebyla uváděna v kontextu plánované úplné absence této ošetrovatelské intervence, ale především se jednalo o nedodržení její pravidelnosti. Sestry tuto činnost v případě upřednostnění jiné ošetrovatelské intervence plánovaně odloží. Některé sestry tuto intervenci vnímají jako „zbytečnou“ vzhledem k dostupnosti moderních antidekubitárních matrací a domnívají se, že je prevence dekubitů tímto způsobem dostatečně zajištěna. V oblasti rehabilitace si sestry uvědomují pravidelné opomíjení především dechové rehabilitace.

### **Subkategorie: Hygiena**

Kódy této subkategorie prezentují oblast chybějící péče nejen v kontextu hygieny pacienta, ale i v souvislosti opomenutí zajištění čistého lůžka, které je nedílnou součástí pacienta hospitalizovaného na oddělení intenzivní péče. Hlavní oblastí chybějící péče této subkategorie je hygiena dutiny ústní. Zajímavé je, že sestry někdy paradoxně tuto základní ošetrovatelskou intervenci opomíjí právě u pacientů, kteří jsou při vědomí a komunikují. Dále jsou uváděny příklady kódů, kde je opomíjena péče o zevnějšek a vzhled pacienta, tedy mytí a úprava vlasů, holení.

Zmíněna byla i oblast péče po vyprázdnění pacienta. Sestry vnímají tuto základní ošetrovatelskou intervenci jako odložitelnou činnost, která je podmíněna především nedostatkem materiálního vybavení. Další příčinou bývá upřednostnění jiné neodkladné ošetrovatelské intervence.



### **Subkategorie: Fyziologické funkce**

Zajímavou subkategorii jsou Fyziologické funkce. Zdá se, že v opomíjení této ošetrovatelské činnosti existuje mezi sestrami na intenzivní péči jistý systém. Sestry spoléhají, že nastavené alarmy je upozorní na výskyt abnormalit fyziologických funkcí, a tak pokládají pravidelné monitorování a hodnocení těchto dat jako „odsunutelné“ s tím, že hodnoty fyziologických funkcí jsou již dokumentovány v monitoru a lze je tak zpětně zapsat do ošetrovatelské dokumentace. Ve výpovědích zdůrazňují, že se tak děje pouze v případech u relativně stabilních pacientů.

### **Subkategorie: Komunikace**

Důležitost komunikace s pacientem si sestry plně uvědomují. Participující sestry uvádějí, že vždy nedisponují takovými časovými možnostmi, které by jim umožňovaly trávit čas s pacientem. Analýzou dat bylo zjištěno, že se nejedná jen o zajištění potřeby komunikace, ale také o opomenutí komunikace v kontextu edukace pacienta.

### **Subkategorie: Péče o invazivní vstupy**

Tato subkategorie byla identifikována na základě kódů, které interpretovaly opomíjení jednak převazů invazivních vstupů, zejména permanentních a centrálních žilních katétrů, a jednak standardní výměny příslušenství invazivních vstupů, jako jsou arteriální a infuzní sety, jednorázové cévky na odsávání dýchacích cest.

Dalším zajímavým okruhem bylo opomíjení péče v souvislosti se zabezpečením asepse žilních vstupů, které bylo opomíjené pravděpodobně z důvodu časové tísně, kdy se prioritou sester stává hlavně aplikace ordinací lékaře a zajištění jiných ošetrovatelských intervencí u všech přidělených pacientů sestry.

### **Subkategorie: Aplikace léků**

Sestry v klinické praxi neoficiálně rozdělují léky na oddělení intenzivní péče na dvě velké skupiny. První skupinou jsou léky, které se bezprostředně podílejí na normalizaci základních životních funkcí pacienta, a druhou skupinou jsou léky, jejichž opoždění či ojedinělé vynechání přímo neohrozí pacienta na životě či přímo nezapříčiní zhoršení zdravotního stavu.

Zdá se, že sestra musí mít pevně zakotveny medikační znalosti a současně jistotu získanou praktickými zkušenostmi, aby dokázala vyhodnotit, jaké lékové skupiny pacientům musí bezprostředně podat. Jako příklad byla vybrána výpověď sestry R9: *„Člověk se musí trochu orientovat v tom, co je důležité podat opravdu na minutu přesně ... a vlastně to, co je pro zachování toho života důležité, to u nás běží v těch dávkovačích, v těch lineárech ... když mám katecholaminy ... přijdu do práce a zjistím si, co kdy dokape, a to si uložím, zvláště teda Norim a tak ...“*

Tabulka 7: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Oblasti chybějící péče

<b>KATEGORIE: OBLASTI CHYBĚJÍCÍ PÉČE</b>
<b>Subkategorie: Rehabilitace/polohování</b>
<i>R3: „...pacienta B neotočím na druhý bok...antidekubitární péče...dechová rehabilitace...“</i>
<i>R9: „...polohování...nedělám, protože teď už nemusím...“</i>
<i>R2: „...pravidelné polohování...takovou spíš ošetrovatelskou péči...“</i>
<b>Subkategorie: Hygiena</b>
<i>R6: „... péče o dutinu ústní, ale u lidí, kteří jsou při vědomí ... nechápu, proč si neřeknou...“</i>
<i>R3: „... většinou jde o ošetrovatelskou péči typu hygiena, čištění zubů, mytí vlasů.“</i>
<i>R7: „... neudělám tu ošetrovatelskou péči, hygienu dutiny ústní ... holení.“</i>
<i>R1: „... nemáš čas převlékat postel, jak bys měla ... provádět hygienu...“</i>
<i>R2: „... má špinavou plenu, neudělá se to hned...“</i>
<b>Subkategorie: Fyziologické funkce</b>
<i>R6: „... tlaky, pulzy a takovéto věci ... najdu si to pak zpětně v monitoru...“</i>
<i>R4: „...v poledne zapomenu změřit teplotu ... monitor nezměří tlak ... nemám čas spravovat manžetu ... jsem u dalších třech lidí.“</i>
<i>R1: „...měření tlaku můžeš posunout.“</i>
<b>Subkategorie: Komunikace</b>
<i>R6: „... když si potřebují lidi popovídat o svém problému ... slyšet názor druhého člověka ... není na to čas.“</i>
<i>R1: „... nemáš čas pořádně pacienta přijmout, poučit ho ... všechno mu vysvětlit.“</i>
<b>Subkategorie: Péče o invazivní vstupy</b>
<i>R6: „...zapomenu něco převázat...takové běžné převazy, jako flexily...“</i>
<i>R4: „... zapomínám třeba desinfikovat bezjehlové vstupy ... proplachovat je.“</i>
<i>R7: „... tak třeba výměna arteriálního setu ... co se dělá pravidelně. Výměna otevřeného odsávání, převazy...“</i>

### **Subkategorie: Aplikace léků**

*R9: „... nepodat třeba medikaci ... zapomeneš třeba tomu pacientovi o půlnoci píchnout Clexan a dostane ho v jednu ... antibiotika, tak i kdyby o dvě hodiny...“*

*R8: „... jsou holky, které to prostě neřeší a prcnou je tam v deset místo ve dvanáct...“*

*R1: „... nemáš čas jim přímo ve dvanáct dát léky do sondy, takže jim je dáš v půl jedné nebo tak, takového něco musíš posunout...“*

*Zdroj: vlastní zpracování*

## **7.7. Stručné shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů**

Dílčím cílem č. 1 bylo zmapovat nejčastější oblasti výskytu konceptu nedokončené/neposkytnuté péče na oddělení intenzivní medicíny. Kategorie Oblasti chybějící péče přináší odpověď na dílčí otázku č. 1: V jakých oblastech ošetrovatelských intervencí realizovaných sestrami na oddělení intenzivní medicíny se koncept chybějící péče vyskytuje nejčastěji? Výzkumný cíl č. 1 je splněn.

Dílčím cílem č. 2 bylo zmapovat frekvenci výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny. Kategorie Veřejné tajemství je odpovědí na dílčí výzkumnou otázku č. 2: Jak často, se dle názoru oslovených respondentů koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny vyskytuje? Výzkumný cíl č. 2 byl splněn.

Dílčím cílem č. 3 bylo analyzovat subjektivní priority sester, které předurčují neposkytnutí či opomenutí ošetrovatelské péče. Subkategorie Vědomé opomenutí, které je součástí kategorie Sestra u lůžka, je odpovědí na dílčí výzkumnou otázku č. 3: Na základě jakých subjektivních kritérií a priorit se jednotlivé sestry rozhodují, jakou ošetrovatelskou péči neposkytnou či opomenou? Výzkumný cíl č. 3 byl splněn.

Dílčím cílem č. 4 bylo zmapovat konkrétní oblasti činností, které sestry na oddělení intenzivní péče, v rámci konceptu chybějící péče ne-realizují a jaký důvod neposkytnuté/opožděné péče uvádějí. Na dílčí výzkumnou otázku č. 4: Jaké konkrétní intervence, se dle názoru oslovených sester, na oddělení intenzivní péče ne-realizují a proč? přináší odpověď kategorie Veřejné tajemství, kategorie Sestra u lůžka, kategorie Staniční sestra, kategorie Urgence a kategorie Strategie zvládání. Výzkumný cíl č. 4 byl splněn.

Dílčím cílem č. 5 bylo zjistit strategie, které sestry oddělení intenzivní péče volí při záznamu neposkytnuté péče do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Kategorie Veřejné tajemství a subkategorie Resignace, která je součástí kategorie Sestra u lůžka, přináší odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 5: Jakým způsobem sestra chybějící/nedokončenou péči zaznamenává v ošetrovatelské dokumentaci pacienta? Výzkumný cíl č. 5 byl splněn.

Dílčím cílem č. 6 bylo zmapovat reakce a strategie ošetrovatelského managementu při zjištění výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny. Subkategorie Neformální akceptovatelnost, která je součástí kategorie Staniční sestra, je odpovědí na výzkumnou otázku č. 6: Jakým způsobem sestry manažerky přistupují k výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny? Výzkumný cíl č. 6 byl splněn.

## 8. Diskuze

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumného šetření vyplývá, že koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny se nevyskytuje pouze v oblasti základních ošetrovatelských intervencí, jako je hygiena (Ausserhofer, et al., 2014; Locihová a Andersová, 2016; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017; McMullen et al., 2017), péče a zajištění čistého lůžka pacienta (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017), rehabilitace (Locihová a Andersová, 2016), polohování pacienta v pravidelných intervalech (Palese et al., 2015; Locihová a Andersová, 2016; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017), průběžné měření a hodnocení fyziologických funkcí (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017; Locihová a Andersenová, 2016; McMullen et al., 2017) a komunikace s pacientem včetně jeho edukace (Ball et al., 2012; Ausserhofer et al., 2014; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; El Rehem et al., 2017; Locihová a Andersová, 2016; McMullen et al., 2017). Ale autorkou výzkumu byly současně opomenuté/nedokončené ošetrovatelské intervence identifikovány v oblasti specializované ošetrovatelské péče. Jednalo se o péči o invazivní vstupy (Locihová a Andersová, 2016; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017) a různé lékové intervence (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; Palese et al., 2015; Locihová a Andersová, 2016).

Podávání léčivých přípravků dle ordinace lékaře, měření a hodnocení fyziologických funkcí pacientů, hygienická péče a péče o invazivní vstupy jsou specifickou činností sestry, jak uvádí vyhláška č. 55/2011 Sb. Současně je specifikace bezpečného podávání léků pacientům zakotvena i v akreditačním standardu SAK, kde je jako indikátor standardu uvedeno podávání léků v předepsaných časech (Marx a Vlček, 2014). Taktéž ošetrovatelské intervence prevence vzniku dekubitů a zásady správné komunikace a edukace jsou již cílem pozornosti MZČR. Prevence této problematiky je v nynější době již součástí resortních bezpečnostních cílů, které jsou blíže popsány ve Věstníku MZČR č. 16/2015 (MZČR, 2015).

Problematika některých identifikovaných oblastí chybějící péče je v současné době aktivně řešena nejen českými zákonodárci, kteří stanovili výše zmíněná legislativní opatření, ale i některými odbornými společnostmi, jako je například Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) (ČSLR, 2010).

Výsledky výzkumného šetření přesto ukazují, že se v klinické ošetrovatelské praxi vyskytují situace, kdy jsou doporučené postupy a nařízení do ošetrovatelské praxe neefektivně implementovány. Výskyt chybějící péče může v některých případech vést k nežádoucím událostem, jako je např. vznik dekubitu a nežádoucí událost medikace/i.v., jak uvádí autorský kolektiv Pokorná et al. (2019).

Další oblast chybějící péče, která je zahraničními (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2017) i tuzemskými autory (Locihová a Andersová, 2016) interpretována, jako nejčastěji se vyskytující, je ošetrovatelská dokumentace. Výsledky

výše uvedených studií se v oblasti a pojetí problematiky ošetrovatelské dokumentace diametrálně liší od výsledků realizovaného výzkumného šetření. Dle výpovědí participujících sester je poskytovaná ošetrovatelská činnost vždy řádně zapsána v dokumentaci pacienta. A navíc sestry uváděly, že na základě auditu dokumentace, který průběžně provádí staniční sestra, musí být řádně zapsány i ošetrovatelské intervence, které nebyly v klinické praxi realizovány. Podobné zjištění vědomého zaznamenání fiktivně poskytované ošetrovatelské intervence zmiňuje i iránská studie autorského kolektivu Dehghan-Nayeri, Ghaffari, Shali (2015). Za těchto podmínek, skutečně nemůže být ošetrovatelská dokumentace obrazem poskytované ošetrovatelské péče. Dochází tak ke znehodnocení ošetrovatelské dokumentace a jedná se o významný rozpor teorie a praxe v kontextu „dobré praxe“.

V ČR je povinnost vedení zdravotnické dokumentace zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb. Podrobněji se zdravotnickou dokumentací zabývá vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jako vyhláška č. 98/2012 Sb.), která jasně vymezuje, mimo jiné, i součásti zdravotnické dokumentace, jako jsou například záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných nežádoucích událostí. Tento výsledek výzkumného šetření je alarmující obzvláště proto, že dle výpovědí dotazovaných sester je výskyt chybějící/nedokončené péče součástí každodenní klinické praxe, ačkoliv chybějící/nedokončená péče není nikde sestrami písemně zaznamenávána. Zdá se, že výsledkem zpětné kontroly dokumentace tedy není primárně zamýšlené vyhledávání nedostatků s cílem jejich následné eliminace v klinické ošetrovatelské praxi, nýbrž je kladen důraz na zapsání bezchybného poskytování ošetrovatelské péče, která může mít v některých oblastech zcela realitě neodpovídající charakter. S tímto přístupem vedení a řízení nesouhlasí autorky Kaufman a McCaughann (2013), které se zabývají vlivem organizační kultury na bezpečnost pacientů. Autorky přinášejí zajímavé poznatky v souvislosti se skrýváním nedostatků vyskytujících se v péči o pacienty. Kladou důraz na bezpečnou organizační kulturu, kde je prioritou otevřeně, beztretně hovořit a řešit příčiny konkrétních nedostatků vyskytujících se v klinické praxi.

Další výsledek realizovaného výzkumného šetření, který byl zmiňován napříč všemi kategoriemi, byla výrazná poddimenzovanost počtu sester a nedostatečné personální zabezpečení směny jiným ošetrovatelským personálem. Tyto výsledky realizovaného výzkumného šetření potvrzují výsledky předešlých studií, které zkoumaly příčiny chybějící/nedokončené péče (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; Dehghan-Nayeri, Ghaffari, Shali, 2015; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2016; McMullen et al., 2017; Jones, Hamilton, Murry, 2015; Locihová a Andersová, 2016).

V ČR je personální obsazení intenzivní péče zakotveno v prováděcím předpise vyhlášky č. 99/2012 Sb., avšak vyhláška pojednává pouze o minimálním zabezpečení, které je povinna dodržovat každá zdravotnická organizace. Je vysoce pravděpodobné, že ošetrovatelský management zdravotnických zařízení zaujímá stanovisko, kdy striktně

dodržuje legislativou stanovenou minimální kvantifikaci sester a průběžně nehodnotí adekvátní personální zabezpečení v souvislosti se zajištěním komplexní a bezpečné ošetrovatelské péče.

Z výsledků kvalitativního výzkumu vyplynuly závěry, že současné legislativní nastavení minimálního personálního zabezpečení vnímají respondenti participující na výzkumném šetření jako značně nedostačující. Evropská společnost intenzivní medicíny doporučovala vyšší personální obsazení sester na oddělení intenzivní medicíny již v roce 2011 (Valentin, Ferdinande et al., 2011). ČR evropská doporučení doposud stále legislativně neakceptuje, přitom minimální personální obsazení nebylo od roku 2012 pozměněno ani ve vyhlášce č. 285/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění vyhlášky č. 287/2013 Sb. (dále jako vyhláška č. 285/2017 Sb.).

Výsledky realizovaného výzkumu svědčí též o nadměrném pracovním zatížení sester činnostmi, které musí zabezpečovat mimo lůžkové pracoviště intenzivní péče, přičemž se zpravidla jedná o poskytování život zachraňujících ošetrovatelských intervencí, kdy jsou aktivními členkami resuscitačního týmu. Současně byly uváděny i situace, kdy sestry poskytující přímou specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči jsou odvolávány k asistenci na operační sály, a to i v případech, kdy na intenzivním lůžkovém oddělení mají současně poskytovat ošetrovatelskou péči dvěma a více pacientům. Výsledky realizovaného výzkumného šetření poukazují na „mezery“ v systému, kdy může docházet k porušení zákonem stanovené normy personálního obsazení managementem a následně, v důsledku toho, zvýšenému riziku výskytu chybějící/opomenuté péče. Významný vliv optimálního počtu ošetrovatelského personálu v kontextu eliminace chybějící péče uvádí i průřezová popisná studie autorek z USA (Kalish, Tchannen, Lee, 2011b), kterou blíže specifikuji v subkapitole č. 2.5.

Nedostatečné personální zajištění a nadměrná pracovní zátěž sester jsou často diskutované téma ve velkém množství odborných publikací v souvislosti s odchody sester z profese (např. Ivanová et al., 2013; Vévoda et al., 2013). Také autoři Heczková a Bulava (2018) identifikují problematiku poměru počtu pacientů na jednu sestru v souvislosti se zdravou organizační kulturou a eliminací odchodu sester z profese. Doporučují se zaměřit na mapování a analyzování pracovního prostředí sester v souvislosti s odchody sester z profese.

Rovněž nedostatek zdravotnického materiálu (Dehghan-Nayeri, Ghaffari, Shali, 2015) a medikamentů omezuje sestry v poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Tyto výsledky realizovaného výzkumného šetření se shodují s výsledky průřezové kvantitativní studie autorského kolektivu z USA McMullen et al. (2017) a egyptského autorského kolektivu El Rehem, Elhamid, Elsalam (2014). Nedostatečné zajištění potřebných léků v lékárně na jednotce intenzivní péče jako součást běžné klinické praxe uvedlo 24,7 % dotazovaných sester (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014).

Výsledky kvalitativního šetření naznačují, že sestry manažerky výskyt chybějící/nedokončené péče neformálně akceptují. Ve výzkumu participující sestry udávaly, že v klinické praxi postrádají adekvátní reakci staniční sestry na poskytování nekomplexní ošetrovatelské péče. Navzdory tomu, že na výskyt neprovedených intervencí sestru manažerku podřízené sestry u lůžka upozorňují, reakce staniční sestry ve většině případů zlehčuje existující problematiku. Přesto, že je v současné době hlášení a monitorování nežádoucích událostí na centrální úrovni povinné pro všechna zdravotnická lůžková zařízení (Pokorná et al., 2019), výsledky realizované studie ukazují, že interní systémy zdravotnických zařízení doposud nejsou transformovány tak, aby rizika vedoucí k výskytu konceptu chybějící péče byla vyhledávána aktivně (Marx, 2015).

Výsledky realizovaného výzkumného šetření přinášejí navíc následující zajímavou informaci. Sestry u lůžka si nejsou vědomy, že by jejich práce byla průběžně hodnocena a kontrolována mimo předem nahlášený audit. Přestože MZČR ustanovilo § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., minimální nároky pro povinné zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb (MZČR, 2015), výsledky výzkumného šetření poukazují na významný nedostatek angažovanosti staniční sestry v kontextu realizace kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče a aktivního vyhledávání rizikových oblastí.

Charakteristika, pracovní aktivita a styl vedení sestry manažerky je aktuálně zkoumané téma zahraničních studií (např. Livne et al. 2017). Pozitivní vliv proaktivního transformačního stylu vedení sestry manažerky v souvislosti se zajištěním bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče prokázala kvalitativní výzkumná studie, která zkoumala, pomocí kvantitativní metody dotazníku, souvislosti mezi stylem vedení sestry manažerky a bezpečným klimatem ošetrovatelské péče v devíti nemocnicích na 41 odděleních u 466 sester (Merril, 2015).

Další výrazný aspekt, který byl identifikován v souvislosti s příčinami opomíjené/chybějící péče je neefektivní vzdělávání sester v oblasti standardních postupů. Ano, všeobecné sestry ví, jak má vypadat správný ošetrovatelský postup již ze školních lavic, avšak ošetrovatelské postupy se neustále mění a inovují, aby odpovídaly novým vědeckým poznatkům v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče. Výsledky realizovaného výzkumného šetření ukazují, že staniční sestry trvají pouze na formálním seznámení se s novým standardizovaným postupem. Dostačující je akceptace standardu stvrzením podpisem nebo potvrzením v elektronickém systému. Tomuto výsledku výzkumného šetření oponuje autor Ličeník (2013), který upozorňuje, že k efektivní implementaci klinických doporučených postupů je nutné zavedení aktivní systematické adaptace na inovované standardizované postupy. Z výsledků realizované studie vyplynulo, že i v případě, kdy si sestry aktualizovaný standardní postup skutečně přečtou, zůstává zde velké riziko, že změnu navyklého postupu nebudou v ošetrovatelské praxi realizovat. Tento poznatek je zajímavý obzvláště proto, že čtení je všeobecně



považováno jako nejméně efektivní způsob zapamatování si nových informací (Reinhaus, 2013).

Výsledky prezentované v této diplomové práci identifikují specifickou příčinu výskytu chybějící/opomenuté péče. Pro oddělení intenzivní medicíny jsou typické urgentní situace, které vyžadují okamžité řešení a nesnesou odklad. Jako neodkladné situace, v souvislosti s výskytem chybějící péče, byly v jednotlivých rozhovorech uváděny náhlé zhoršení zdravotního stavu pacienta, přičemž dochází k riziku ohrožení stability životních funkcí (Palese et al., 2015) a neplánovaný příjem kriticky nemocného pacienta (El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014). Vzhledem k tomu, že participující sestry realizovaného výzkumného šetření poskytují základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči zpravidla dvěma a více pacientům, musí se v okamžiku urgentní situace rozhodnout, jakou ošetrovatelskou péči a kterému přiřazenému pacientovi zcela odeprou nebo ji na delší čas odloží.

Zajímavým zjištěním výzkumného šetření bylo, že participující sestry si stanovují priority na základě svého vlastního úsudku s využitím odborných vědomostí a praktických zkušeností. Sestry uváděly, že záměrně volí strategii vědomého opomenutí/odložení ošetrovatelských intervencí, u kterých si myslí, že zdraví a stav pacienta bezprostředně neohrožují. Upřednostňovány jsou participujícími sestrami v klinické praxi takové ošetrovatelské intervence, které jsou klíčové pro zachování celkově stabilního stavu pacienta (ordinace lékaře, asistence při vyšetření apod.). V případě odložení ošetrovatelské činnosti je ve většině případů snahou sester ošetrovatelské intervence dokončit, a proto sestry volí široké spektrum strategií zvládnání opomenuté péče. Ve výpovědích sester se ve shodě jednalo o strategii zvládnání, která byla identifikována jako subkategorie Pošli to dál. Sestra deleguje neprovedenou ošetrovatelskou intervenci na další směnu/na kolegyni. Druhou vyskytující se strategií zvládnání byla identifikována Po službě, sestry zůstávají v práci déle, a to nad rámec vykázané pracovní doby, tedy ve svém volném čase. Poslední strategie, která je participujícími sestrami v klinické praxi zvolena, je interpretována v subkategorii Rezignace. Sestry vypovídaly, že jsou v některých případech ošetrovatelské praxe smířené s tím, že některé ošetrovatelské intervence zůstanou neprovedeny.

V neposlední řadě výsledky výzkumu přinášejí informaci, že dotazované sestry uváděly jako příčinu neposkytnutí komplexní ošetrovatelské péče i činnosti, které se v klinické praxi běžně vyskytují a jsou v rozporu s péčí zaměřenou na pacienta. Tyto činnosti byly identifikovány jako Mimopracovní aktivity a tvoří jednu ze subkategorií kategorie Sestra u lůžka.

K podobnému jevu v klinické praxi došla i kvalitativní íránská studie autorského kolektivu Dehghan-Nayeri, Ghaffari, Shali (2015), které se zúčastnilo 23 sester. Íránské sestry identifikovaly nezáměr a laxnost ošetrovatelského personálu jako příčinu chybějící/nedokončené péče. Zároveň íránský autorský kolektiv Dehghan-Nayeri, Ghaffari,

Shali (2015) upozorňuje na možný vztah mezi výskytem konceptu chybějící péče a syndromem vyhoření.

Fakt, že se participující sestry v rozhovorech dozvaly k těmto neprofesionálním praktikám, potvrzuje jejich upřímné kritické posouzení ošetrovatelské praxe a zvyšuje důvěryhodnost veškerých získaných dat.

Předpokládám, že výsledky této diplomové práce budou dostatečným podnětem k navázání dalšího zkoumání konceptu chybějící péče. Je vysoce pravděpodobné, že v případě zvolení kvalitativní metody pozorování práce sester přímo v jejich klinické praxi by výsledky šetření mohly být odlišné od realizovaného výzkumu, stejně jako tomu bylo v navazující porovnávací egyptské studii El Rehem, Elhamid, Elsalam (2017).

Dále by bylo vhodné využít v současnosti dostupné přístupy a nástroje, které byly za účelem identifikace a kvantifikace konceptu chybějící péče již vyvinuté a v zahraničních studiích použité k realizaci výzkumných šetření. Jedná se o dotazník MISSCARE, který je specifikován v subkapitole č. 2.3 tohoto textu. Dále se jedná o měřicí nástroje „Nedokončený úkol“ (Task Undone – TU), který mapuje sestrou vynechané intervence v poslední směně, „Basilejský rozsah poskytované ošetrovatelské péče“ (Basel Extent of Rationing of Nursing Care – BERNCA) a jeho modifikovaná verze „Implicitní nástroj vnímání ošetrovatelské péče“ (Percepted Implicit Rationing of Nursing Care Instrument PIRNCA) se navíc zabývají i plánováním a hodnocením ošetrovatelské péče v souvislosti s výskytem konceptu chybějící péče zpravidla ve více jak jedné směně (Kalánková et al., 2019).

Zajímavé by také bylo zmapovat faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny z pohledu staničních sester a taktéž z pohledu ostatních členů multidisciplinárního týmu, včetně pacientů.

## 9. Doporučení pro praxi

Z analýzy výsledků realizovaného výzkumného šetření lze usoudit, že v současné době je potřeba výrazně zefektivnit implementaci nových či aktualizovaných standardů do ošetrovatelské praxe a povědomí sester, docílit jejich ztotožnění s novým standardizovaným postupem. K tomuto účelu by se měla zavést infrastruktura kvalifikovaných mentorek, které by prakticky provázely nejen nově nastupující absolventky, ale jednotlivé stávající sestry změnami v ošetrovatelském procesu. Tato činnost sestry mentorky by měla být podmíněna zvýšením platové třídy.

Dále je třeba se zamyslet, proč sestry podporují nezdravou organizační kulturu tím, že písemně nehlásí neprovedení ošetrovatelských intervencí. Co vede sestry v klinické praxi na oddělení intenzivní péče k „tichému spolčení“, které problematiku výskytu konceptu chybějící péče maskuje realizovanými činnostmi, které jsou popsány v kategorii Strategie zvládání? Nabízí se možnost, že sestry pracující u lůžka nejsou dostatečně edukované a motivované v souvislosti s kontinuálním zvyšováním kvality ošetrovatelské péče a prevencí výskytu rizik a nežádoucích událostí. Mohou mít obavy z postihu a nemusí být vnitřně ztotožněné s cílem aktivního vyhledávání rizik. Z tohoto důvodu doporučuji zavést jejich povinné školení v oblasti zajištění kvalitní a bezpečné péče a současně i interní školení zaměřené na způsob hlášení nežádoucích událostí pro všechny zdravotnické pracovníky minimálně jednou ročně, podobně jako je tomu u povinného školení řešení neodkladných stavů (MZČR, 2015). Rovněž by byla vhodná realizace týmové supervize, kdy supervizorem by byl nikoliv klinický psycholog, ale zdravotník znalý problematiky intenzivní péče. Ten by kromě podpůrné funkce mohl také akcentovat funkci supervize vzdělávací či kontrolní.

Výsledky výzkumného šetření poukazují i na jistou komunikační bariéru mezi sestrami u lůžka a staniční sestrou, proto by sestry manažerky měly být aktivně podporované i v dalším vzdělávání vedení a řízení v souvislosti se zajištěním efektivní komunikace na pracovišti a podporou „dobré praxe“.

V neposlední řadě je bezesporu nutností zvýšit minimální personální obsazení sestrami specialistkami a jiným zdravotnickým nelékařským personálem v souvislosti s vyšším zabezpečením kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní medicíny. Optimalizace počtu sester je, s velkou pravděpodobností, jedním z klíčových řešení odstranění běžného výskytu konceptu chybějící péče na jednotkách intenzivní péče.

## 10. Závěr

Záměrem diplomové práce bylo zmapovat a popsat problematiku, aspekty/faktory ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny. Pomocí kvalitativní metody polostrukturovaných individuálních rozhovorů byly identifikovány některé faktory mající přímý vliv na částečné nebo úplné neposkytnutí některých ošetrovatelských intervencí, nebo jsou důvodem pro výrazné opoždění ošetrovatelských činností sestry. Zároveň byly identifikovány běžně opomíjené prvky ošetrovatelské péče, které se v prostředí intenzivní medicíny vyskytují. Hlavní výzkumný cíl byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření potvrdily původní výsledky ostatních zahraničních studií, které upozorňují na vliv nezdravé organizační kultury v souvislosti s výskytem konceptu chybějící péče, na kterém se významně podílí především dimenze sestry manažerky a sestry v přímé péči (např. Dehghan-Nayeri, Ghaffari, Shali, 2015; McMullen et al., 2017).

Dále přináší výsledky výzkumného šetření informaci, že v klinické praxi jednotek intenzivní péče dochází k rozporu teorie a praxe. Přesto, že jsou zákonné podmínky poskytování kvalitní a bezpečné péče formálně nastaveny (zavedení kontinuálního zvyšování kvality, řízení rizik, interní audity), výsledky výzkumného šetření ukázaly, že ne vždy jsou solidně a efektivně implementovány do reálné klinické praxe.

Prioritou managementu by mělo být kontinuální aktivní získávání zpětné vazby od sester poskytující přímou specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Pravděpodobně by tak mohly být identifikovány rizikové oblasti podporující výskyt konceptu chybějící péče a bylo by následně možné podniknout příslušná efektivní opatření k eliminaci chybějící/opomenuté péče a zajištění kontinuálního zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Domnívám se, že právě silné, proaktivní a vzdělané sestry manažerky by mohly garantovat adekvátní podmínky zdravé organizační kultury jednotlivých zdravotnických zařízení, a to nejen v prostředí intenzivní péče. Erudovaný liniový management by mohl aktivně vést své podřízené k minimalizaci chybějící/opomenuté péče v běžné klinické praxi a evokovat u sester pocit beztravného sdílení příčin vedoucích k výskytu konceptu chybějící/opomenuté péče. Mohla by tak být zajištěna kvalitní a bezpečná péče pro nás všechny, potenciální pacienty.

## Seznam použité literatury

- [1] AUSSERHOFER, D. et al. 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 2, iss 2, s. 126-135. ISSN 2044-5415.
- [2] BALL, J. E. et al. 2012. Care left undone during nursing Shift: associations with workloaded and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety*. Vol 23, iss. 2, s. 116-125. ISSN 2044-5415.
- [3] BARTŮNĚK, P. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- [4] BRAGADÓTTIR, H., KALISCH, B. J., TRYGGVADÓTTIR, G. B. 2016. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 26, iss. 11-12, s. 1524-1534. ISSN 0962-1067.
- [5] ČESKÁ SPOLEČNOST PRO LÉČBU RAN. 2010. Historie společnosti. [online]. Netservis s.r.o. c2019 [cit. 2019-5-24]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/O-nas/Historie-spolecnosti/>
- [6] ČESKO. Terminologický slovník pojmů z oblasti krizového řízení, ochrany obyvatelstva, environmentální bezpečnosti a plánování obrany státu. *Ministerstvo vnitra ČR*, [online]. Praha c2016 [cit. 2019-2-5] Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/terminologicky-slovník-mv-verze-ke-stazeni.aspx>
- [7] DEHGHAN-NAYERI, N., GHAFFARI, F., SHALI, M. 2015. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. Vol. 29, iss. 1, s. 1030-1038. ISSN: 1016-1430.
- [8] EL REHEM, M., ELHAMID, M., ELSALAM, Y. 2014. Correlates of Missed Nursing Care in Selected Medical Intensive Care Units, Egypt. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, Vol. 4, iss. 26. s. 88-105. ISSN 2224-3208.
- [9] EL REHEM, M., ELHAMID, M., ELSALAM, Y. 2017. Missed Nursing Care: Observation versus Perception in Selected Medical Intensive Care Units, Egypt. *International Journal of Health, Wellness & Society*, Vol. 7, iss. 1, s. 31-47. ISSN 2156-8960.
- [10] FIALOVÁ, L. et al. 2008. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1532-5.
- [11] GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
- [12] GRAVLIN, G a BITTNER, N.P. 2010. Nurses and nursing assistants report of missed care and delegation. *Journal of nursing Administration*. Vol. 40, iss. 7-8, s. 329-335. ISSN 0002-0443.

- [13] HEZCKOVÁ, J. A BULAVA, A. 2018. Důvody odchodů sester z profese. [online]. *Urologie pro praxi*. Vol. 19, iss. 2, s. 95-98, [cit. 2019-5-23] ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2018/02/11.pdf>
- [14] HEKLOVÁ, Z. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.
- [15] HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [16] HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2
- [17] HEŘMANOVÁ, J. et al. 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [18] HOSPODÁŘOVÁ, I. 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1737-1.
- [19] HULKOVÁ, V. 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0063-7.
- [20] CHO, S.-H., et al. 2015. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International nursing review*. Vol. 62, iss. 2, s. 267-274. ISSN 0020-8132.
- [21] IVANOVÁ, K. et al. 2013. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. [online]. *Kontakt*, Vol. 15, iss. 2, s. 115-127. [cit. 2019-5-23] ISSN 1804-7122. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/277323578\\_Trendy\\_pracovni\\_spokojenosti\\_vseobecnych\\_sester](https://www.researchgate.net/publication/277323578_Trendy_pracovni_spokojenosti_vseobecnych_sester)
- [22] JAKUŠOVÁ, M. a KILÍKOVÁ, V. 2008. *Teória a prax v manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-290-8.
- [23] JOINT COMISION INTERNATIOLAL. 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2436-2.
- [24] JONES, T. L., HAMILTON, P., MURRY, N. 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicate rationed care: Statet of the science review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 52, iss. 6, s. 1121-1137. ISSN: 0020-7489.
- [25] KAUFMAN, G. a MCCAUGHAN, D. 2013. The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing standard*. Vol. 27, iss. 43, s. 50-56. ISSN 0029-6570.
- [26] KALÁNKOVÁ, D. et al. 2019. Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. *Kontakt*. Vol. 21, iss.1, s. 65-73. ISSN 1212-4117.
- [27] KALISCH, B. J., LANDSTROM, G. L. a HINSHAW, A. S. 2009. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. Vol. 65, iss. 7, s. 1509-1517. ISSN 1365-2648.

- [28] KALISCH, B. J., TSCHANNEN, D., LEE, K. H. 2011a. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction? *Journal of Healthcare Management*. Vol. 56, iss. 2, s. 117-134. ISSN 1944-7396.
- [29] KALISCH, B. J., TSCHANNEN, D., LEE, K. H. 2011b. Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 23, iss. 3, s. 302-308. ISSN 1353-4505.
- [30] KALISCH, B. J., WILLIAMS, R. A. 2009. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*. Vol. 39, iss. 5, s. 211-219. ISSN 0002-0443.
- [31] KAPOUNOVÁ, J. a KAPOUN, P. *Bakalářská a diplomová práce: od zadání po obhajobu*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0079-8.
- [32] KELLY, J. 2007. Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. *Dimensions of Critical Care Nursing* [online], Vol. 26, iss. 1, s 29-34. [cit. 2019-3-6]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=17470c5f-813f-4fac-a793-e0e131be98a2%40sdc-v-sessmgr02>
- [33] KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [34] KOLAJOVÁ, L. 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Poradce pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1764-6.
- [35] KONGSUWAN, W. a LOCSIN, R. C. 2011. Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 27, iss. 2, s. 102-110. ISSN 0964-3397.
- [36] KRČÁL, M. a TEPLÍKOVÁ, Z. 2014. *Naučte (se) citovat*. Blansko: Citace.com. ISBN 978-80-260-6074-1.
- [37] LÍČENÍK, R. 2013. *Klinické doporučené postupy I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3983-9.
- [38] LIVNE, Y. et al. 2017. Head nurse characteristics and patient safety: The mediating role of patient safety climate. *Journal of Nursing and Health Science*. Vol. 6, iss. 5, s. 43-53. ISSN 2320-1940.
- [39] LOCIHOVÁ, H. a ANDERSOVÁ, Ž. 2016. Koncept chybějící péče. *Florence*. Vol. 12, iss. 3, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
- [40] MAREŠ, J. 2017. Péče zaměřená na pacienta: obecné aspekty a terminologické problémy. *In Praktický lékař*. Vol 97, iss. 3, s. 99-108. ISSN 0032-6739.
- [41] MARX, D., 2015. Bezpečí pacientů: prvním krokem je přiznání, že chybovat je lidské [online]. *Zdravotnický deník*, Vol. 15, iss. 2, [cit. 2019-5-23]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/bezpeci-pacientu-prvnim-krokiem-je-priznani-ze-chybovat-je-lidske/>

- [42] MARX, D. a VLČEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigris, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
- [43] MCMULLEN, S. L. et al., 2017. Improving nursing care: examining errors of omission. *Medsurg Nursing*. Vol. 26, iss. 1, s. 9-20. ISSN 1092-0811.
- [44] MERRILL, K.C, 2015. Leadersheep Style and Patient Safety: Implications for Nurse Managers. *Nursing Administration*, Vol. 45, iss. 6, s. 319-324. ISSN 0002-0443.
- [45] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1362-4.
- [46] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. *Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb – metodický návod pro sebehodnocení*. Věstník MZČR č. 16/2015, částka 16, s. 15-29.
- [47] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb*. Věstník MZČR č. 5/2012, částka 5, s. 8-15.
- [48] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2011. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru: Organizace a řízení ve zdravotnictví*. Věstník MZČR č. 2/2011, částka 2, s. 185-207.
- [49] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. *Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové péče*. Věstník MZČR č. 7/2018, částka 7, s. 17-31.
- [50] NOVÁKOVÁ, K., KONEČNÁ, H. a ŠÍDLO, L. 2016. Principy zdravotní péče zaměřené na člověka-person-centred health care. In *Praktický lékař*, Vol. 96, iss. 1, s. 14-17. ISSN 0032-6739.
- [51] PALESE, A. et al. 2015. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and emergency medicine*, Vol. 10, iss. 6, s. 693-702. ISSN 1828-0447.
- [52] PLEVOVÁ, I. et al. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
- [53] PLEVOVÁ, I. a ADAMICOVÁ K. 2013. Význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče. *Hygiena* [online]. Roč. 58, č. 4, s. 171-175, [cit. 2019-3-2]. ISSN 1803-1056. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/10.pdf>
- [54] POKORNÁ, A. et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
- [55] REINHAUS, D. 2013. *Techniky učení: jak se snadněji učit a více si pamatovat*. 2. vyd. Přeložil Marie VOŠLÁŘOVÁ. Praha: Grada, Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4781-1.



- [56] SIQUEIRA, L. D. C. et al. 2013. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*. Vol. 21, iss. 2., s 610-617. ISSN 1418-8345.
- [57] ŠEVČÍK, P. et al. 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- [58] ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.
- [59] ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [60] ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.
- [61] TUNLIND, A., GRANSTRÖM, J., ENGSTRÖM, A. 2015. Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 31, iss. 2, s. 116-123. ISSN 0964-3397.
- [62] VALENTIN, A. A FERDINANDE, P., 2011. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*. 37 (10), 1575-1587, ISSN 0342-4642.
- [63] VAŠÁTKOVÁ, I. a ULRYCHOVÁ, H. 2007. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. č. 2, s. 21-22.
- [64] VÉVODA, J. et al. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [65] VONDRÁČEK, L. a VONDRÁČEK, J. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1919-3.
- [66] Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1730. ISSN 1211-1244.
- [67] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
- [68] Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1730. ISSN 1211-1244.
- [69] Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1737-1745. ISSN 1211-1244.
- [70] Vyhláška č. 285/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění vyhlášky č. 287/2013 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka, s. ISSN 1211-1244.

- [71] Vyhláška č. 373/2017 Sb., o Programu statistických zajišťování na rok 2018. 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 130, s. 4066-4251. ISSN 1211-1244.
- [72] Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
- [73] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.
- [74] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

## Seznam zkratek

ANA	Americká asociace sester (American Nurses Association)
Alpha	Agenda pro vedení programů akreditace zdravotní péče (Agenda for leadership in programs in healthcare accreditation)
ARIP	ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
BERNCA	akronym (zkratka z prvních písmen) anglického názvu měřicího nástroje konceptu chybějící péče Basilejský rozsah poskytované ošetřovatelské péče (Basel Extent of Rationing of Nursing Care)
ČSLR	Česká společnost pro léčbu ran
ČR	Česká republika
DPP	dohoda o provedení práce
EFQM	Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management)
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci (International organization for standardization)
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care)
JCIA	Mezinárodní akreditační komise (Joint Commission International Accreditation)
UPV	umělá plicní ventilace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací
KPR	kardiopulmonální resuscitace
KZK	kontinuální zvyšování kvality
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAQ	Národní fórum kvality (National Quality Forum)
PIRNCA	akronym (zkratka z prvních písmen) anglického názvu měřicího nástroje konceptu chybějící péče Implicitní nástroj vnímání ošetřovatelské péče (Percepted Implicit Rationing of Nursing Care Instrument)
SAK	Spojená akreditační komise
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
TU	akronym (zkratka z prvních písmen) anglického názvu měřicího nástroje konceptu chybějící péče Nedokončený úkol (Task Undone)
USA	Spojené státy americké

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Demografická data.....	33
Tabulka 2: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Veřejné tajemství .....	37
Tabulka 3: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Strategie zvládnání .....	39
Tabulka 4: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Staniční sestra.....	42
Tabulka 5: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Sestra u lůžka .....	45
Tabulka 6: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Urgence .....	47
Tabulka 7: Příklady kódů vztahujících se ke kategorii Oblasti chybějící péče .....	50

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Schéma postupu řešerše .....	11
Obrázek 2: Schéma vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií.....	36
Obrázek 3: Kategorie Strategie zvládnání a její subkategorie .....	37
Obrázek 4: Kategorie Staniční sestra a její subkategorie .....	40
Obrázek 5: Kategorie Sestra u lůžka a její subkategorie .....	44
Obrázek 6: Kategorie Oblasti chybějící péče a její subkategorie .....	48

## Seznam příloh

Příloha 1: Přehled publikací zabývajících se konceptem chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny .....	71
Příloha 2: Indikátory ošetrovatelské péče .....	74
Příloha 3: Harmonogram zpracování diplomové práce .....	76
Příloha 4: Demografická data .....	77
Příloha 5: Informace pro účastníka výzkumu .....	80
Příloha 6: Informovaný souhlas .....	82
Příloha 7: Otázky výzkumu .....	83
Příloha 8: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce .....	85

**Příloha 1: Přehled publikací zabývajících se konceptem chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny**

NÁZEV PRÁCE	AUTOR	ROK A MÍSTO VYDÁNÍ	TYP VÝZKUMU	CÍL VÝZKUMU	VÝSLEDKY
Correlates of Missed Nursing Care in Selected Medical Intensive Care Units	El Rehem, M.A.E. badawy A.; Elhamid, M.A.; Elsalam, Y.A	2014, Egypt	Popisná kvantitativní studie, realizovaná metodou MISSCARE Survey. 2 nemocnice 6 ICU/ S = 73	Zmapovat příčiny a oblasti chybějící péče z pohledu sester ICU.	Nejčastější oblasti MNC: 1. posouzení/hodnocení pacienta 2. monitoring bezpečnosti zdravotnických přístrojů a vybavení 3. různé ošetrovatelské intervence 4. aplikace léků 5. dokumentace ošetrovatelské péče 6. edukace pacienta 7. dodržení intimity pacienta  Důvody MNC: 1. nedostatek sester (2-6 pacientů/sestru) 2. neplánovaný překlád a příjem pacienta 3. zvolené strategie sester v oblasti ošetrovatelské péče a systém nemocnice 4. dokumentace ošetrovatelské péče 5. akutní ošetrovatelské intervence.
Missed Nursing Care: Observation vs Perception in Selected Medical Intensive Care Units	El Rehem, M.A.E. badawy A.; Elhamid, M.A.; Elsalam, Y.A.	2017, Egypt	Smišená srovnávací studie (Misscare Surveyvs. observace) S =73 z ICU	Porovnání MNC, percepce sester ICU prostřednictvím dotazníku MISSCARE X observace sester ICU	Je potvrzen rozdíl respondenty udávanou nejčastější MNC a pozorováním jejího výskytu přímo v klinické praxi na ICU.  MNC vnímaná sestrami ICU: 1. posouzení/hodnocení pacienta (30,2 %) 2. monitoring přístrojů a materiálního vybavení (20,5 %) 3. měření vitálních funkcí (6,8 %) 4. testy na výskyt nežádoucích účinků před podáním léků (17,8 %) 5. dokumentace ošetrovatelské péče (28,7 %) 6. edukace pacienta (45,2 %) 7. dodržení intimity pacienta (13,7 %)  Výskyt MNC pozorováním sester v klinické praxi na ICU: 1. hodnocení stavu pacienta (46,7 %) 2. monitoring přístrojů a materiálního vybavení (34,1 %) 3. měření vitálních funkcí (58,9 %) 4. testy na výskyt nežádoucích účinků před podáním léků (38,8 %) 5. dokumentace ošetrovatelské péče (79,6 %) 6. edukace pacienta (1,7%) 7. dodržení intimity pacienta (27,2 %)

Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction?	Kalisth, B. J., Tohammen, D., Lee, K.H	2011a, USA	Kvantitativní výzkum metodou dotazníku MISSCARE /110 oddělení různého typu. S = 3 135 / NA = 939, z toho S z ICU =27,1 %a NA = 13,6 %. Z intermedialních jednotek bylo S =18,7 %a NA =21,7%.	Zmapovat následky poskytování MNC v kontextu pracovní spokojenosti sester a asistentů v rámci zaměstnání.	Spokojenost personálu posuzovaná v kontextu chybějící péče dle výsledků výzkumu ovlivňuje: - rozsah neposkytované péče, tzn. intenzita výskytu konceptu chybějící péče, - počet ošetrovatelského personálu/pacienta. Nejméně spokojeni byli respondenti/sestry z ICU a chirurgického oddělení.
Do staffing levels predict missing nursing care?	Kalisth, B. J., Tohammen, D., Lee, K.H.	2011b, USA	Průřezová studie za použití dotazníku MISSCARE. 10 nemocnic – 110 jednotek / sester a zdravotnických asistentů n = 4288 (S = 24 % z ICU a S = 19 % z Intermedialních jednotek)	Zjistit, zda nastavené personální obsazení předurčuje MNC.	Je potvrzeno, že na všech jednotkách se vyskytuje MNC, bez ohledu na jejich zaměření. MNC se méně často vyskytuje na jednotkách, kde je vyšší personální obsazení a počet sester pečujících o pacienta– absence personálu odpovídá zvýšené pravděpodobnosti výskytu poskytování chybějící/nedokončené péče.
Improving Nursing Care: Examining Errors of Ommission	McMullen, S. L. et al.	2017, USA	Průřezová kvantitativní studie, která reprodukuje výzkum Kalish, Landström a Williams (2009), pomocí dotazníku MISSCARE (3 nemocnice v New Yorku) n= 537, z toho 12 % respondentů bylo z prostředí Critical Care.	Cílem studie bylo zjistit: A. Jaký je rozsah a typ chybějící péče? B. Jaké jsou důvody chybějící péče? C. Jaká mají demografická data (věk, pohlaví, nejvyšší dosažená úroveň vzdělání, zaměření pracoviště, pracovní pozice, pracovní doba, zkušenosti) sester vliv na MNC? D. Liší se důvody MNC dle demografické charakteristiky (viz bod C)?	Sestry neposkytnou/nedokončí MNC častěji než asistenti (sestry jsou si více vědomy množství potřebné ošetrovatelské péče než asistenti, mají větší zodpovědnost za poskytování komplexní ošetrovatelské péče).  Výsledky výzkumu definovaly: A. 3 oblasti chybějící péče: 1. aktuální hodnocení stavu pacienta 2. ošetrovatelské intervence 3. plánování ošetrovatelské péče  B. 3 hlavní důvody chybějící péče 1. nedostatečná komunikace (interpersonální (98%) 2. nedostatek materiálních zdrojů (léky, zásoby zdravotnických prostředků, zdravotnická technika –(98%) 3. nedostatek personálu (99%) Neposkytnutí/nedokončení potřebné ošetrovatelské péče se vyskytuje v různých míře ve všech zkoumaných zdravotnických zařízeních.



Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals	Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Tryggvadóttir, G. B.	2016, Island	Průřezová studie. 7 nemocnic/ 27 jednotek (n= 864) z toho 3 ICU (S = 87 = 10%). Použitá metoda: MISSCARE Survey – Island a Survey of Teamwork Island.	Cílem studie bylo identifikovat, jaký má vliv charakteristika nemocnice, jednotky a personálu, včetně personálního obsazení sester a týmová práce na MNC.	Výsledky studie ukázaly, že MNC se častěji vyskytovala ve fakultním zdravotnickém zařízení. Na ICU bylo sestrami uvedeno podstatně méně MNC než na ostatních odděleních. Sestry ve věku < 34 let hlásily více MNC. RN vykazovaly více MNC než LN.  Bylo zjištěno, že pokud sestry vnímají adekvátní personální obsazení, výskyt MNC je podstatně nižší. Čím více pacientů je přiděleno sestře, tím více aspektů ošetrovatelské péče je neposkytováno a s vyšší frekvencí.
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

n = celkový počet respondentů, S = sestry; na = nursing asistent/zdravotnický asistent; ICU = intensive care unit/jednotka intenzivní péče; MNC = missed nursing care (koncept chybějící péče)

Zdroj: vlastní zpracování

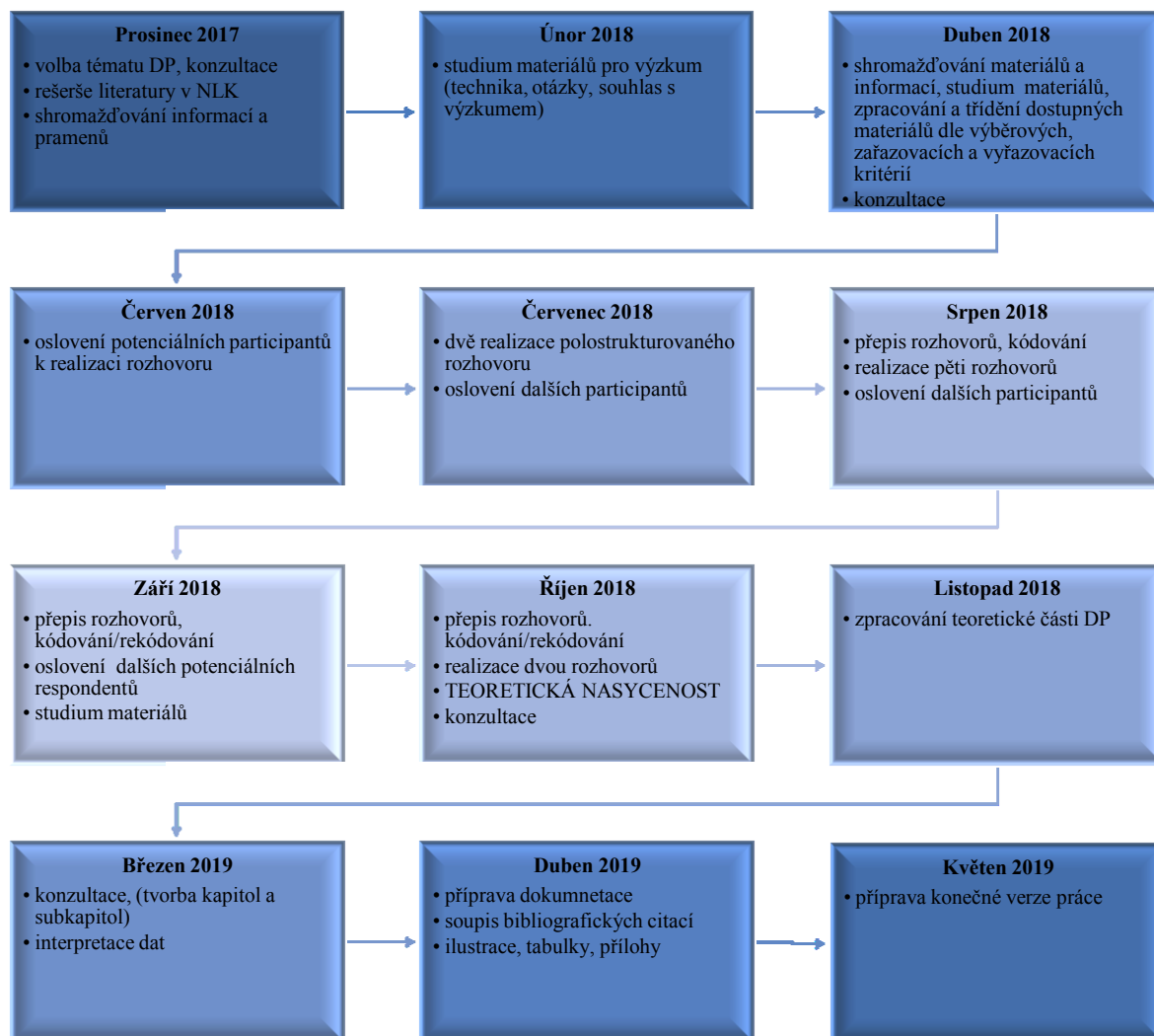
## Příloha 2: Indikátory ošetrovatelské péče

INDIKÁTOR	DEFINICE	SUBINDIKÁTOR	OPATŘENÍ
<b>Celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den</b>	Celkový počet produktivních hodin odpracovaných ošetrovatelským personálem	A) registrovanými sestrami B) praktickými/odbornými sestrami s licenci C) pomocným personálem bez licence	Struktura
<b>Pády pacientů</b>	Celkový počet pacientů s pádem x 1000 / celkový počet dnů hospitalizace pacienta		Proces a výsledek
<b>Pády pacientů s poraněním</b>		A) stupeň poranění	Proces a výsledek
<b>Prevalence dekubitů</b>	Počet pacientů s dekubitem / počet pacientů v prevalenční studii x 100	A) získaných v komunitě B) získaných v nemocnici C) získaných na odděleních	Proces a výsledek
<b>Míra napadení psychiatrickým pacientem</b>		A) fyzické B) sexuální	Výsledek
<b>Prevalence omezení pacienta</b>			Výsledek
<b>Vzdělání a certifikace registrovaných sester</b>			Struktura
<b>Možnosti průzkumu registrovaných sester</b>	Pracovní spokojenost vyjádřena sestrami pracujícími v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru sester na postoje zdravotnického personálu vůči specifickým aspektům jejich pracovní situace.	A) stupeň pracovní spokojenosti B) stupeň pracovní spokojenosti – zkrácená forma C) pracovní prostředí	Proces a výsledek
<b>Mix dovedností: procento celkového počtu hodin poskytované ošetrovatelské péče</b>	Procento hodin registrované ošetrovatelské péče jako celkový počet hodin veškeré ošetrovatelské péče.	A) registrovanými sestrami B) praktickými/odbornými sestrami s licenci C) pomocným personálem bez licence D) pracovníky, kteří byli dodáni personální agenturou (v % celkových hodin poskytnuté péče)	Struktura
<b>Počet dobrovolných sester</b>			Struktura
<b>Volná pracovní pozice sestry (chybějící počet)</b>			Sktruktura
<b>Infekce spojená se zdravotní péčí</b>		A) močový katétr – infekce močového traktu B) CŽK – infekce krevního oběhu c) UPV – pneumonie	Výsledek
<b>Spokojenost pacientů s managementem bolesti</b>	Názor pacienta na to, jak dobře zdravotnický personál řídí jeho bolest podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na určité aspekty bolesti.		Proces a výsledek
<b>Spokojenost pacientů s edukačními informacemi</b>	Názor pacienta na úsilí ošetřujícího personálu vzdělávat jej s ohledem na jejich podmínky a požadavky péče podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na určité aspekty vzdělávacích aktivit pacientů.		Proces a výsledek
<b>Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí</b>	Názor pacienta na poskytovanou péči od zdravotnického personálu během jeho pobytu v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na spokojenost s klíčovými oblastmi ošetrovatelské péče.		Proces a výsledek
<b>Spokojenost pacientů s celkovou péčí</b>	Názor pacienta na poskytovanou péči od zdravotnického personálu během jeho		Proces a výsledek

	pobytu v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědi na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na spokojenost s celkovou péčí.		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

*Zdroj: Upraveno podle Senzitivní indikátory podle National Database of Nursing Quality Indicators a American Nurses Associations (in Plevová a Adamicová, 2013, s. 173)*

### Příloha 3: Harmonogram zpracování diplomové práce



*Příloha 4: Demografická data*

**Dotazník: Demografická data**

Vážená kolegyně/Vážený kolego,

jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Intenzivní péče na 1. Lékařské fakultě UK v Praze. Za účelem realizace kvalitativního výzkumu na téma Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny si Vás dovoluji oslovit s prosbou o laskavé vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který Vám nezabere více jak 5 minut. Zjištěná data budou použita výhradně jako podklady pro potřebu zpracování diplomové práce, a to zcela anonymně.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Bc. Michaela Šťastná

1. Kolik je Vám let? .....

2. Pohlaví:        Muž                                Žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- SŠ
- Vyšší odborné vzdělání (DiS) v jakém oboru? .....
- VŠ (Bc.) v jakém oboru? .....
- VŠ (Mgr.) v jakém oboru? .....
- Jiné? ..... v jakém oboru?.....

4. Absolvoval/a jste specializační vzdělávání?

- Ne
- Ano

Pokud ano, prosím uveďte:.....

5. Na kterém oddělení pracujete?

Prosím uveďte celý název:

.....

6. Pracujete ještě v jiném zařízení (uved'te i v případě, pokud se nejedná o zdravotnické zařízení)?

- Ne
- Ano

Prosím uveďte:

.....

7. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

Prosím doplňte: ..... z toho na oddělení intenzivní medicíny: .....

8. Jaký je aktuální rozsah Vašeho pracovního úvazku na oddělení intenzivní medicíny?

- Plný úvazek/ 1,0
- Tříčtvrtě úvazek / 0,75
- Poloviční úvazek/ 0,5
- Čtvrt úvazek/ 0,25
- Jiný, prosím uveďte: .....

9. Jaký je rozsah Vašeho pracovního úvazku v jiném zařízení?

- Plný úvazek/ 1,0
- Tříčtvrtě úvazek / 0,75
- Poloviční úvazek/ 0,5
- Čtvrt úvazek/ 0,25
- Jiný, prosím uveďte, i pokud pracujete na dohodu o pracovní činnosti (DPČ):  
.....
- Žádný, nemám dvě zaměstnání

10. Jaké je vaše pracovní zařazení? (možno více odpovědí)

Sestra u lůžka

Staniční sestra

Vrchní sestra

Hlavní sestra

Mentor/školitel

Jiné, prosím uveďte: .....

## Příloha 5: Informace pro účastníka výzkumu



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

### INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

### KONCEPT CHYBĚJÍCÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ MEDICÍNY

Vážená kolegyně/Vážený kolego,

jsm studentkou prvního ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy navazujícího magisterského studia oboru Intenzivní péče. Děkuji Vám, že se zajímáte o účast ve výzkumu mé diplomové práce na téma **Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny**.

Dříve než se rozhodnete, zda se realizace výzkumu nadále zúčastníte, ráda bych Vás seznámila s průběhem a cílem výzkumu.

#### **Popis problematiky:**

Podstatnou část práce sester na oddělení intenzivní medicíny tvoří komplexní ošetrovatelská péče. Každý pacient má právo na poskytnutí individualizované a komplexní péče, přesto se v našem zdravotnickém systému objevuje nový fenomén, kterým je koncept chybějící péče. Jedná se o (ne)poskytnutou, opomenutou či nedokončenou ošetrovatelskou péči. Koncept chybějící péče může mít podstatný vliv na kvalitu a také bezpečnost poskytovaných ošetrovatelských intervencí na oddělení intenzivní medicíny.

Hlavním cílem mé diplomové práce je zmapovat a popsat problematiku, faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny. Výsledky tohoto výzkumného šetření umožní analyzovat hlubší aspekty výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny. Na základě výsledků budou navržena možná opatření, která by měla v konečném důsledku vést ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče.

#### **Průběh výzkumného šetření:**

Do výzkumného šetření může být zařazena každá všeobecná sestra pracující na oddělení intenzivní medicíny v minimálním rozsahu 0,5 pracovního úvazku. Metodou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor, který bude zaznamenáván na audiozáznam a bude následně přepisován. Vzhledem k závažnosti problematiky budou identifikační údaje anonymizovány. Před rozhovorem budete požádán/a o vyplnění krátkého anonymního dotazníku s demografickými údaji. Data, která budou během výzkumu získána a následně analyzována, mohou být publikována.



### **Jsou nějaká rizika spojená s výzkumem?**

Toto výzkumné šetření je založeno na dobrovolnosti a anonymitě všech respondentů. Jejich identita bude známa pouze řešiteli výzkumu. Získaná data budou použita pouze pro účely výzkumu, proto nejsou žádná rizika spojená s výzkumem.

### **Jaká máte práva v průběhu výzkumu?**

Máte právo na informace o průběhu, cílech a výsledcích výzkumného šetření. Souhlas s účastí na výzkumu Vás k ničemu nezavazuje a můžete jej kdykoli v průběhu výzkumu odvolat bez udání důvodu a Vaše data budou odstraněna. Konec výzkumného šetření a zpracování dat je 31. prosince 2018.

Děkuji Vám, že jste si prostudoval/a tento informační materiál. Máte-li jakékoliv dotazy, neváhejte se na mě obrátit. Pokud souhlasíte s další účastí ve výzkumu, potvrďte ji svým podpisem na přiloženém dokumentu "Informovaný souhlas", který je ve dvou vyhotoveních, kdy jeden obdržíte Vy, jako účastník výzkumu, a jeden řešitel výzkumu.

Bc. Michaela Šťastná

Studentka 1. ročníku NMgr. 1. LF UK obor Intenzivní péče

E-mail: [mmisulee@seznam.cz](mailto:mmisulee@seznam.cz)

Tel.: 737 808 094

*Příloha 6: Informovaný souhlas*



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU NA TÉMA:  
KONCEPT CHYBĚJÍCÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ MEDICÍNY**

- Přečetl/a jsem si a porozuměl/a informacím pro účastníka výzkumu a tomuto informovanému souhlasu, vše jsem si mohl/a náležitě a v dostatečně poskytnutém čase promyslet.
- Řešitel šetření mne dostatečně instruovalo postupech a metodách této studie a seznámil mne s cíli výzkumu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a na ty mi bylo jasně a srozumitelně odpovězeno.
- Rozumím, že účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná a že mám právo kdykoliv v průběhu výzkumu ze studie odstoupit bez udání důvodu.
- Souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Rozumím, že mé osobní údaje jsou k dispozici pouze výzkumníci a budou použity ve zcela anonymní formě výhradně pro účely výzkumu. Dále souhlasím, že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.
- Souhlasím s realizací a s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru i s jejím následným přepisem.
- Tento informovaný souhlas je vytvořen ve dvou originálních vyhotoveních, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý řešitel výzkumu.

Datum:

**Řešitel výzkumu**

**Bc. Michaela Šťastná**

Studentka 1. ročníku NMgr. 1. LF UK obor Intenzivní péče

E-mail: [mmisulee@seznam.cz](mailto:mmisulee@seznam.cz)

Tel.: 737 808 094

**Účastník výzkumu**

.....

## *Příloha 7: Otázky výzkumu*

**Hlavní cíl: Zmapovata popsat problematiku, faktory/aspekty ovlivňující výskyt konceptu chybějící péče v práci sestry na oddělení intenzivní medicíny.**

Setkal/a jste se v minulosti s pojmem „Koncept chybějící péče“?

Jak často se Vám v posledních sedmi službách stalo, že nějakou ošetrovatelskou péčí nebo administrativní činností neposkytnete/nedokončíte či ji opomenete nebo jste nucen/a ji odložit, opomenout/nedokončit?

**Dílčí cíl č. 1: Zmapovat nejčastější oblasti výskytu konceptu nedokončené/neposkytnuté péče na oddělení intenzivní medicíny.**

Jaké ošetrovatelské intervence jste Vy osobně v poslední službě opomněl/a, neposkytl/a či nedokončil/a?

V jakých oblastech se to stává nejčastěji:

*Popište je a buďte konkrétní.*

*Které ze situací se ve Vaší klinické praxi nejčastěji opakují?*

Jaké oblasti ošetrovatelských intervencí opomíjejí/nedokončí či neposkytnou Vaši spolupracovníci/členové multidisciplinárního týmu (praktická sestra, sanitář/ka, ošetrovatel/ka, lékař/ka, staniční sestra, rehabilitační sestra apod.)?

*O které činnosti či aktivity se konkrétně jedná?*

*Z Vámi uvedených situací se nejčastěji opakují?*

**Dílčí cíl č. 2: Zmapovat frekvenci výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny prostřednictvím sester intenzivní medicíny.**

Jak často se koncept chybějící péče vyskytuje ve Vámi poskytované ošetrovatelské péči?

*Kolikrát za směnu/týden/měsíc?*

*Vynecháváte nějakou činnost v rámci svých kompetencí pravidelně?*

*Jste „nucen/a“ nějakou činností neprovést/nedokončit?*

Jaké důvody/okolnosti Vás osobně vedou k opomenutí/neposkytnutí ošetrovatelské péče?

*Kdo rozhodne o neprovedení/nedokončení péče?*

Jak často členové multidisciplinárního týmu neprovedou/nedokončí výkony/konkrétní ošetrovatelské intervence?

*Kterí členové multidisciplinárního týmu nejčastěji opomenou/nedokončí intervenci spadající do jejich kompetence?*

*Jaké mají, dle Vašeho názoru, členové multidisciplinárního týmu důvody k neprovedení/nedokončení potřebných intervencí?*

**Dílčí cíl č. 3: Analyzovat, jak se jednotlivé sestry na základě subjektivních kritérií o prioritách v poskytované péči rozhodují, jakou ošetrovatelskou péči neposkytnou či opomenou.**

Jakým způsobem si plánujete ošetrovatelskou péči pro konkrétní směnu?

Jakým způsobem si Vy osobně stanovujete priority v poskytování ošetrovatelské péče a administrativní činnosti?

Na základě jakých subjektivních kritérií se rozhodnete, jakou ošetrovatelskou péči neposkytnete či opomenete?

*Jak se rozhodujete, kterou ošetrovatelskou intervenci v situaci časové tísně případně upřednostníte a proč?*

**Dílčí cíl č. 4: Zmapovat konkrétní intervence, které sestry na oddělení intenzivní péče ne/realizují při poskytování chybějící/nedokončené péče a jaký důvod neposkytnuté péče uvádějí.**

Jak postupujete v případě neprovedené/nedokončené ošetrovatelské péče?

*Jakým způsobem na neprovedenou/nedokončenou péči upozorníte?*

Kdo řeší důvody a další intervence prevence neprovedené/nedokončené péče?

**Dílčí cíl č. 5: Zjistit strategie, které sestry oddělení intenzivní péče volí při záznamu neposkytnuté péče do ošetrovatelské dokumentace pacienta.**

Jak zaznamenáváte chybějící/nedokončenou péči do ošetrovatelské dokumentace pacienta?

*Co konkrétně zapíšete? Uveďte příklady.*

Kam ještě ji zaznamenáváte? Kdo ji ještě zaznamenává?

Koho ještě na provedení chybějící/nedokončené péče upozorníte?

**Dílčí cíl č. 6: Zmapovat reakce a strategie ošetrovatelského managementu při výskytu konceptu chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny?**

Jak management reaguje na vznik výskytu chybějící péče?

Jakým způsobem a kde management řeší nápravu a odstranění nedostatků při zjištění neposkytnuté/nedokončené intervence?

Jakým způsobem Vám sestry manažerky dávají zpětnou vazbu při výskytu chybějící péče?

Jak vás vyzývají či reagují na návrhy předcházení konceptu chybějící péče?

S kým management řeší nápravu neposkytnuté/nedokončené péče a jak?

