

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Romana Bečvářová

**Specifika rozdílů chybějící péče a pracovního prostředí sester na
dětských a dospělých interních pracovištích**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Bartoníčková

Olomouc 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Daniely Bartoničkové a použila jen uvedené bibliografické zdroje.

.....

Podpis

V Olomouci dne 7. 7. 2022

Poděkování

Děkuji Mgr. Daniele Bartoníčkové za odborné vedení diplomové práce a cenné rady. Dále děkuji mé rodině za podporu, pochopení a trpělivost po dobu mého studia.

Diplomová práce byla podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci a je dedikována v projektu IGA_FZV_2021_013.

Prohlášení o dedikaci projektu

Část diplomové práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2021. Je dedikována v projektu IGA_FZV_2021_013 Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii.

Hlavní řešitelkou projektu byla Mgr. Daniela Bartoníčková, spoluřešitelkou Bc. Romana Bečvářová, která spolupracovala při přípravě výzkumného šetření, distribuci dotazníků, realizaci sběru dat a přípravě podkladů ke zpracování získaných dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení tvůrčího podílu Bc. Romany Bečvářové dokládá Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2022).

V Olomouci, 7. července 2022

.....
Mgr. Daniela Bartoníčková
ředitelka projektu

.....
Bc. Romana Bečvářová
spoluřešitelka projektu

ANOTACE

Typ závěrečné práce: DIPLOMOVÁ PRÁCE

Téma práce: Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristicky pracovního prostředí sester

Název práce: Specifika rozdílů chybějící péče a pracovního prostředí sester na dětských a dospělých interních pracovištích

Název práce v AJ: Specifics of the differences in the missed care and working environment of nurses in paediatric and adult internal medicine units

Datum zadání: 2021-01-09

Datum odevzdání: 2022-07-07

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bečvářová Romana

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Bartoníčková

Oponent práce:

Rozsah: 111 stran/10 příloh

Abstrakt v ČJ

Diplomová práce se zaměřuje na výskyt chybějící ošetrovatelské péče a charakteristiky pracovního prostředí sester na dospělých a dětských interních pracovištích v období pandemie COVID-19. V teoretické části práce je vymezen fenomén chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče a vzhledem k tomu, že nejrozšířenějším konceptuálním rámcem je chybějící ošetrovatelská péče, byl její podklad využit i v rámci této diplomové práce. Sumarizace dohledaných poznatků v diplomové práci je dále zaměřena na samotný popis chybějící ošetrovatelské péče, nástroje k jejímu hodnocení, její prevalenci, nejčastěji chybějící aktivity a důvody pro jejich vynechání. V neposlední řadě popisuje faktory a prediktory, které k chybějící ošetrovatelské péči přispívají, kdy značný vliv byl identifikován z hlediska pracovního prostředí, což bylo rovněž v teoretické části popsáno. V teoretické části práce se odráží i popis chybějící ošetrovatelské péče během pandemie COVID-19.

Praktická část práce je zaměřena na výskyt chybějící ošetrovatelské péče na dospělých a na dětských interních pracovištích. Tato část byla obsáhle naplněna několika cíli, kdy hlavním z nich bylo identifikovat rozdíly z hlediska těchto dvou pracovišť během probíhající pandemie COVID-19. Designem byla deskriptivní průřezová observační studie. Sběr dat probíhal od ledna do března 2021. Při výzkumném šetření byly použity celkem 3 nástroje: MISSCARE Survey (verze pro dospělá pracoviště), MISSCARE Survey – Ped (verze pro dětská pracoviště) a PES-NWI (jednotná verze). Výzkumný soubor tvořilo celkem 258 respondentů (120 z dospělých/138 z dětských interních pracovišť) z České republiky. Vzhledem k tomu, že nástroje pro hodnocení chybějící ošetrovatelské péče byly odlišné, data byla v této oblasti popsána pouze prostřednictvím deskriptivní statistiky. Inferenčních statistických metod bylo využito při identifikaci faktorů/prediktorů přispívajících k jejímu výskytu, ale i k identifikaci rozdílů v hodnocení pracovního prostředí mezi dospělými a dětskými interními pracovišti.

Z výsledků výzkumné části diplomové práce vyplynulo, že prevalence chybějící ošetrovatelské péče byla na dospělých (52,8 %) a dětských (37,61 %) interních pracovištích vysoká. Na dospělých interních pracovištích byly jako nejčastěji chybějící aktivity uváděny účast na všech konziliích interdisciplinární péče (70,0 %), chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace (66,7 %), dopomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta (62,4 %). Nejčastěji chybějící aktivity na dětských interních pracovištích byly posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi/opatrovníkovi (63,1 %), podpora neuropsychického vývoje dítěte s ohledem na jeho věk a klinické podmínky (63,0 %) a emocionální podpora dítěte a/nebo jeho rodiny (51,5 %). Nejčastější důvody výskytu chybějící ošetrovatelské péče byly z hlediska průměrných hodnot na obou pracovištích

dospělých i dětských personální zdroje, druhá nejčastěji udávaná byla komunikace a poslední zdroje materiální. Mezi nejčastějšími důvody uváděnými na dospělých pracovištích byly: nedostatečný počet personálu (97,5 %), přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů (95,0 %) a neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavu pacientů na oddělení (95,0 %). Nejčastějšími důvody chybějící ošetrovatelské péče na dětských pracovištích byly dle výzkumu: časté vyrušení během služby (81,2 %), neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení (73,2 %) a dětští pacienti v urgentních situacích (66,4 %). Problematickou oblastí přispívající k neprovedení ošetrovatelských aktivit na obou typech pracovišť bylo identifikováno především zvýšení počtu přijatých pacientů. Je patrné, že chybějící ošetrovatelské aktivity a důvody přispívající k jejich výskytu se v rámci pracovišť vzájemně prolínaly a reflektovaly aktuální situaci, kdy personální krize byla významně prohloubena výskytem pandemie COVID-19. Z výsledků vyplývá, že sociodemografické údaje neměly na výskyt chybějící ošetrovatelské péče žádný vliv. Vliv pracovního prostředí na chybějící ošetrovatelskou péči byl potvrzen na interních pracovištích pro dospělé pacienty ($p=0,002$), na dětských však nikoliv. Pracovní prostředí bylo deskriptivně vyhodnoceno prostřednictvím položek, ale i kompozitním skóre jednotlivých subškál na obou typech pracovišť. Rozdíly mezi pracovišti byly identifikovány jako signifikantní ve všech subškálách pracovního prostředí ošetrovatelské péče.

Výsledky mohou být podkladem pro vedení nemocnic k hodnocení kvality ošetrovatelské péče a tvorbě intervencí, dále lze výsledky výzkumného šetření využít ke vzdělávání budoucích pracovníků ve zdravotnictví anebo jako podklady pro další navazující výzkumné projekty.

Klíčová slova v ČJ: sestra, chybějící péče, MISSCARE Survey, ošetrovatelství, pracovní prostředí, nemocnice

Abstrakt v AJ:

This diploma thesis takes a closer look at the incidence of missed nursing care and the characteristic features of the work environment of nurses on internal medicine units, both for adult and child patients, during the COVID-19 pandemic. The theoretical part outlines the defining characteristics of missed, rationed, and unfinished nursing care; given that missed nursing care is the most common conceptual framework, it was also used as the basis for this diploma thesis. The summarization of findings given in the diploma thesis focuses on a description proper of missed nursing care; the tools for an evaluation of the phenomenon; its prevalence; the most frequent elements (activities) of missed nursing care; and the reasons for why such care was not administered. Last but not least, the thesis describes the factors and predictors which contribute to missed nursing care, whereas the work environment was identified as having a strong impact (also described within the theoretical part). Finally, the theoretical part also includes an account of missing nursing care during the COVID-19 pandemic.

The practical part of this work centers around the incidence of missed nursing care at adult-patient and pediatric facilities. This part was broadly concerned with the achievement of several objectives, chiefly among them the identification of differences between the two categories of care unit during the COVID-19 pandemic. The study was designed as a descriptive cross-sectional observational study. Data was collected from January through March 2021. The survey research made use of altogether three tools: the MISSCARE Survey (i.e., the version for adult care units), the MISSCARE Survey – Ped (i.e., the version for pediatric care units), and the PES-NWI scale (unified version). The study sample consisted of altogether 258 respondents (120 from adult-patient /138 from pediatric care units at internal medicine facilities) from across the Czech Republic. Given that the tools for evaluating missed nursing care were not the same, the data in this part is described strictly by means of descriptive statistics. Inferential statistical methods were used to identify factors/predictors contributing to the occurrence of missed nursing care, but also to identify the differences in the description of one's work environment between adult-patient and pediatric internal-medicine care units.

The results of the research part of the diploma thesis confirmed a high prevalence of missed nursing care at adult (52.8 %) as well as pediatric (37.61 %) internal medicine units. The most frequently missed activities reported for adult internal medicine units were attendance of interdisciplinary care conferences (70.0 %), ambulation three times per day or as ordered (66.7 %), and assistance with toileting needs within five minutes from patient's request (62.4 %). The most frequently missing activities at pediatric units were the assessment of the activities

attributed to caregiver (63.1 %), promotion neuro-evolutionary development, according to age and child's clinical conditions (63.0 %), and emotional support to child and/or family (51.5 %). In terms of the average figures for both types of facility, the most frequent reasons for the occurrence of missed nursing care for both adult and child patients were, firstly, human resources, whereas communication was the second-most mentioned reason, followed last by material resources. Among the most frequently cited reasons for missed adult nursing care were the inadequate number of staff (97.5 %), heavy admission and discharge activity (95.0 %), and an unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit (95.0 %). The most frequent reasons for missed nursing care at pediatric units following from the survey were frequent interruptions (81.2 %), an unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit (73.2 %), and urgent patient situations (66.4 %). The issue which contributed to nursing care remaining unfinished at both types of workplaces was an increased number of admissions. Missed nursing activities and the reasons behind their incidence were clearly intertwined at care units, as a reflection of how the current crisis of understaffing was significantly exacerbated by the COVID-19 pandemic. The results indicate that sociodemographic data had no impact whatsoever on the incidence of missed nursing care. That the work environment, conversely, does have impact on missed nursing care was borne out for adult internal-medicine units ($p=0.002$) though not for pediatric units. Workplace satisfaction was evaluated descriptively through a list of items, but also by way of a composite score for the individual subscales in both types of workplace. The thesis establishes that the differences between workplaces were significant in all subscales of nursing care work environments.

The findings of this work may serve as a point of departure for hospital management to evaluate the quality of nursing care at their institutions and to design interventions; in addition, the results of the survey could be used in training future healthcare workers or as the basis for further research projects.

Klíčová slova v AJ: nurse, missed care, MISSCARE Survey, nursing, work environment, hospital

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	13
2 FENOMÉN CHYBĚJÍCÍ, PŘIDĚLOVANÉ A NEDOKONČENÉ PÉČE	16
2.1 Chybějící ošetrovatelská péče.....	17
2.1.1 Nástroje k hodnocení chybějící ošetrovatelské péče	18
2.1.2 Prevalence, aktivity a důvody chybějící ošetrovatelské péče.....	20
2.1.3 Faktory a prediktory ovlivňující výskyt chybějící ošetrovatelské péče	23
2.1.4 Pracovní prostředí jako významný prediktor ovlivňující výskyt chybějící ošetrovatelské péče.....	26
2.1.5 Chybějící ošetrovatelská péče v době pandemie COVID-19	27
2.2 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotéz	29
3 METODIKA VÝZKUMU	31
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	32
3.2 Charakteristika souboru	34
3.3 Metoda sběru dat.....	35
3.4 Realizace výzkumu	38
3.5 Metody zpracování dat.....	39
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	41
4.1 Popis souboru.....	41
4.2 Výsledky výzkumu vztahující se k jednotlivým cílům.....	43
4.2.1 Výsledky k cíli 1	43
4.2.3 Výsledky k cíli 2.....	49
4.2.4 Výsledky k cíli 3.....	53
4.2.5 Výsledky k cíli 4.....	56
4.2.6 Výsledky k cíli 5.....	64
5 DISKUZE.....	66
ZÁVĚR.....	74
REFERENČNÍ SEZNAM	76
SEZNAM ZKRATEK	88
SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM OBRÁZKŮ	90
SEZNAM GRAFŮ	91
SEZNAM PŘÍLOH	92

ÚVOD

Zajištění kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče je jednou z hlavních výzev, kterým v současné době čelí zdravotnické systémy v zemích celého světa (Kalisch, 2006, s. 306). Sestry, jako největší skupina zdravotnických pracovníků, mohou do značné míry ovlivnit kvalitu poskytované péče, tak i posílit bezpečnost pacientů. Navíc s pacienty tráví nejvíce času a provádějí velké množství intervencí k zajištění nejlepších výsledků u pacientů (Jones Hamilton, Murry, 2015, s. 1122). Často je sestram přiznávaná unikátní úloha při zvyšování bezpečnosti pacientů, která vyplývá z blízkosti k pacientům a jejich rodinám při poskytování ošetrovatelské péče. Ve srovnání s jinými profesemi se sestry častěji setkávají s potenciálně pacientův život ohrožujícími pracovními chybami (Kirwan et al., 2019, s. 133). Literatura poukazuje, že výskyt fenoménu chybějící, přidělované a nedokončené ošetrovatelské péče může poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče významně narušit (Kalánková et al., 2020, s. 1783; Griffiths et al., 2018, s. 1475).

Problematiku mezinárodního a multidimenzionálního problému fenoménu přidělované – chybějící ošetrovatelské péče odstartoval mezinárodní projekt RANCARE v roce 2016, který trval 4 roky. Od té doby bylo realizováno mnoho studií na toto téma.

Jones, Hamilton, Murry (2015, s. 1121) ve své studii pojmy týkající se fenoménu ve vztahu k ošetrovatelské profesi přezkoumali a seskupili je pod zastřešující název „nedokončená péče“ („unfinished care“). Kalánková, Kurucová, Žiaková (2019, s. 1005–1006) však upozorňují, že byť je společný jmenovatel jednotlivých pojmů obdobný, existují rozdíly v jejich konceptuálních rámcích a k jejich měření se používají odlišné nástroje, které využívají hodnocení v různých časových periodách.

Nejčastěji je však využíván konceptuální rámec, pojem chybějící ošetrovatelské péče (Bassi, Tartaglino, Palese, 2018, s. 12).

Chybějící ošetrovatelská péče je popisována jako péče, která byla opožděna nebo vynechána, tedy nebyla sestrami poskytnuta (Willis et al., 2021, s. 2). Chybějící ošetrovatelskou péči ovlivňují prediktory, které se rozdělují na oblasti: charakteristiky sester (věk sester, kvalifikace, vzdělání, vnímaný počet personálu, délka praxe na pozici sestry,...), organizační aspekty (poměr sestra-pacient, počet personálu, typ nemocnice, typ oddělení,...) a charakteristiky pacientů (věk pacientů, zdravotní stav pacientů) (Kalánková, Bartoníčková, Žiaková, 2019, s. 45–46), ale i pracovní prostředí (Jarošová et al., 2021, Gurková, Mikšová, Šáteková, 2022). Pracovní prostředí sester tvoří organizační aspekty ovlivňující profesionální ošetrovatelskou praxi. V rámci výzkumu je pracovní prostředí zkoumáno jako významný faktor

příspěvající ke zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče (Swiger et al., 2017a, s. 76). Na dospělých pracovištích je problematika chybějící ošetrovatelské péče poměrně dobře probádána, avšak na dětských pracovištích nikoli (Bagnasco et al., 2018, s. 2923).

V době pandemie COVID-19 docházelo ke zvýšení výskytu chybějící ošetrovatelské péče na pracovištích pro dospělé (Cengia et al., 2022, s. 10). Ošetrovatelská péče byla v době pandemie COVID-19 popisována jako stresující. Situace, kdy nebylo možné poskytnout ošetrovatelskou péči, vedla k etickému stresu (Bergman et al., 2021, s. 467).

Cílem diplomové práce proto bylo identifikovat rozdíly v chybějící ošetrovatelské péči a pracovním prostředím sester na dospělých a dětských interních pracovištích během pandemie COVID-19. Mezi dílčími cíli bylo identifikovat jednotlivé aktivity a důvody přispívající k jejich vynechání, dále pak také zjistit, jaké faktory a prediktory výskyt chybějící péče ovlivňují. Z hlediska hodnocení pracovního prostředí bylo cílem odhalit rozdíly ve vnímání pracovního prostředí ošetrovatelské péče sester na dospělých a dětských interních pracovištích. V neposlední řadě bylo i cílem zjistit, zda má hodnocení pracovního prostředí na výskyt chybějící ošetrovatelské péče na obou typech lůžkových pracovišť v České republice vliv.

Pro tvorbu diplomové práce byla prostudována níže uvedená vstupní literatura:

BAGNASCO Anamaria et al., 2018. Development and validation of the MISSCARE survey – Pediatric version. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 74(12), 2922-2934 [cit. 2020-11-13]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/jan.13837

GURKOVÁ, E. a V. JAKUBCOVÁ, 2017. Nedokončená ošetrovatelská starostlivosť – výsledky pilotného výskumu na Slovensku. In: Zborník abstraktov: Quo vadis zdravotníctvo III. Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, pp. 26–27.

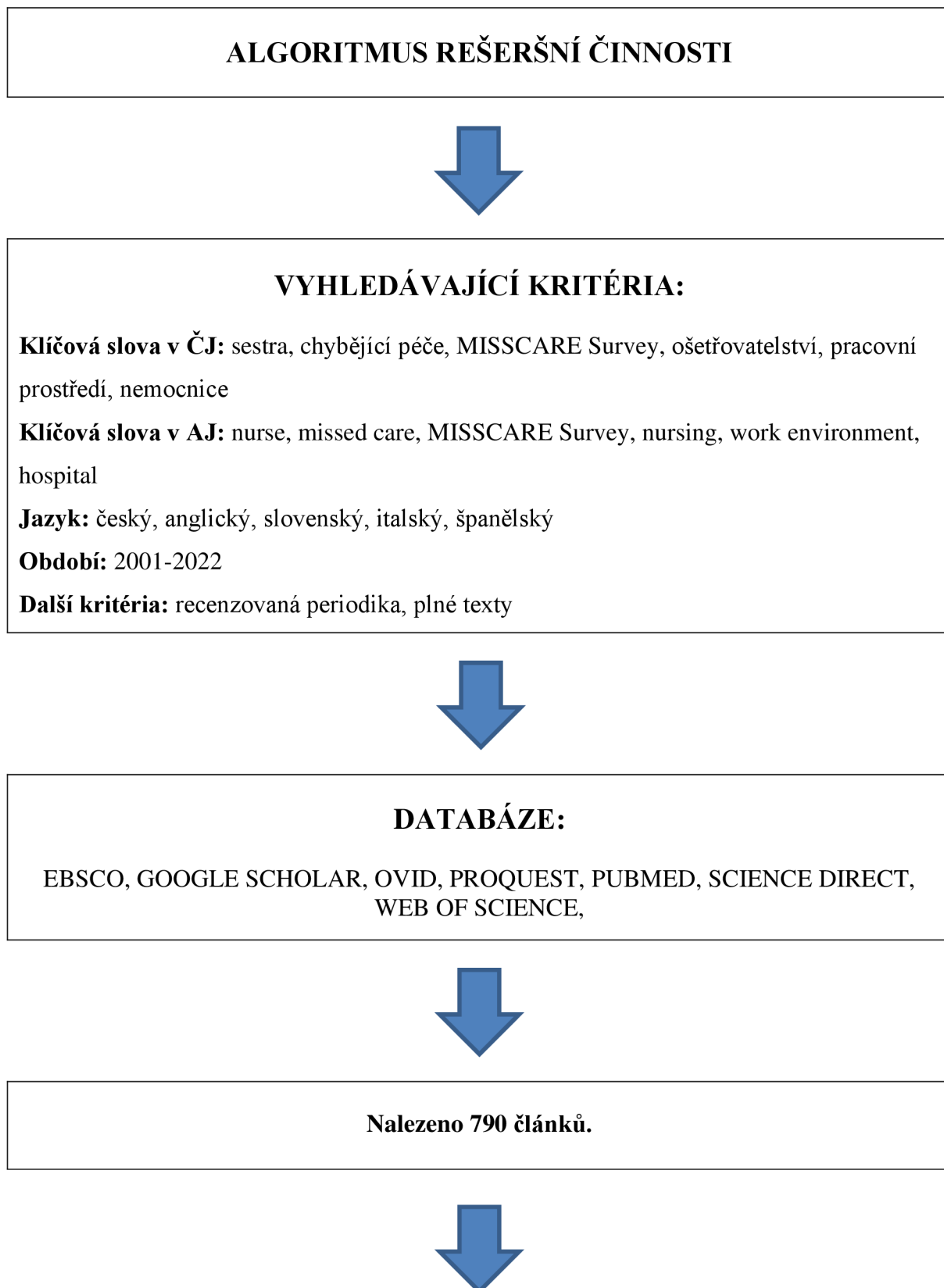
KALISCH, Beatrice J. a Reg. Arthur WILLIAMS, 2009. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. 39(5), 211–219. 2934 [cit. 2020-11-13]. ISSN 0002-0443 DOI:10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5

ZELENÍKOVÁ, Renáta, Elena GURKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2019. Missed nursing care measured by MISSCAE Survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 10(1), 958-966. [cit. 2020-011-13] DOI:10.15452/CEJNM.2019.10.0002

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů. Níže uvedené zdroje byly využity pro nastudování problematiky diplomové práce.

Obrázek 1 Algoritmus rešeršní činnosti



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články
Články nesouvisející s tématem
Kvalifikační práce



SUMARIZACE VUŽITÝCH DATABÁZÍ A VYHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO – 37 článků
GOOGLE SCHOLAR – 12 články
OVID – 15 články
PROQUEST – 5 články
PUBMED – 6 článků
SCIENCE DIRECT – 8 článků
WEB OF SCIENCE – 20 články



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK:

Česká periodika

Kontakt (3), Central European Journal of Nursing and Midwifery (2)

Zahraniční periodika

Aquichan (1), American Journal of Medical Quality (2), AORN Journal (1), Applied Nursing Research (2), Asian Nursing Research (1), Assistenza Infermieristica e Ricerca (1), BMJ Quality (3), British Medical Journal (1), Cancer Nursing (1), Clinical Nursing Studies (1), Collegian (2), European Journal of Oncology Nursing (1), Hospital Pediatrics (2), Igiene e Sanita Pubblica (1), Internal and Emergency Medicine (1), International journal of environmental research and public health (1), International Journal of Health, Wellness (1), International Journal of Nursing Practice (1), International Journal of Nursing Studies (6), International Nursing Review (3), Journal of Advanced Nursing (8), Journal of Clinical Nursing (3), Journal of Healthcare Management (1), Journal of Nursing Care Quality (2), Journal of Nursing and HealthCare (1), Journal of Nursing Management (11), Journal of

Nursing Scholarship (1), Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (1), Journal of Pediatric Nursing (2), Journal of the American Medical Directors Association (1), Medical Care (2), Medycyna Pracy (1), Nurse Education in Practice (1), Nursing Administration Quarterly (1), Nursing Economics (1), Nursing in Critical Care (1), Nursing Outlook (2), Nursing Praxis in New Zealand (1), Nursing Research (2), Ošetrovatelstvo: teoria, výskum, vzdelávanie (1), Pediatric nursing (1), Research in Nursing and Health (1), Revista Latino-Americana de Enfermagem (3), Scandinavian Journal of Caring Sciences (1), Western Journal of Nursing Research (3), Worldviews on Evidence-Based Nursing (1), The American Journal of Maternal Child Nursing (1), The International Journal of Health Planning and Management (1), The Journal of Nursing Administration (7), The Lancet (1), Value in health (1)



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 103 dohledaných článků.

Dále byla použita 1 česká monografie.

Pro tvorbu diplomové práce bylo použito celkem **104** bibliografických zdrojů.

2 FENOMÉN CHYBĚJÍCÍ, PŘIDĚLOVANÉ A NEDOKONČENÉ PÉČE

Fenomén chybějící, přidělované a nedokončené péče je aktuálním předmětem zahraničních a domácích výzkumů v ošetrovatelství. V České republice (dále ČR) a na Slovensku byl popisován například ve studiích Gurková et al. (2021), Kalánková et al. (2020). Jedná se o globální problém, který souvisí především s nedostatkem personálu a prostřednictvím něhož jsou referovány schopnosti sestry zabezpečit nevyhnutelné ošetrovatelské aktivity pacientům (Jones Hamilton, Murry, 2015, s. 1121–1136). Jedná se o trojrozměrný jev, zahrnující problém (pramenící z nedostatku času a zdrojů); proces (klinické rozhodování sester o prioritách a přidělované péči) a výsledek (nedokončená, chybějící a zanedbaná péče) (Jones, Hamilton, Murry, 2015, s. 1122; Kalánková et al., 2019, s. 71). Často je fenomén chybějící, přidělované či nedokončené péče spjatý s nekonzistencí v terminologii používané k jeho popisu. Kromě pojmů, jako jsou chybějící ošetrovatelská péče (Kalisch, 2006, s. 307-310), implicitně přidělovaná ošetrovatelská péče (Schubert et al., 2007, s. 416) či nedokončená péče (Sochalski, 2004, s. II - 69), které jsou používány až v 90 % literatury (Hübsch et al. 2020, s. 2049), se lze setkat i s dalšími pojmy, jako je například zanedbaná péče, nedokončený úkol, nedokončená práce či nenaplněné potřeby (Jones Hamilton, Murry, 2015, s. 1122; Kalánková, Kurucová, Žiaková, 2019, s. 1005; Ogletree et al. 2020, s. 605).

Společným jmenovatelem všech konceptuálních rámců/přístupů fenoménu je snaha pochopit, které ošetrovatelské činnosti bývají buď částečně, nebo zcela vynechávány, a to v případě, že nedostatek zdrojů znemožňuje poskytnutí veškeré potřebné péče pacientům (Ausserhofer et al., 2014, s. 127). Chybějící ošetrovatelská péče byla popsána jako péče, která byla vynechána či opožděna, a proto zůstala sestrami neposkytnuta. V případě přidělované péče se jednalo o upřednostňování ošetrovatelské péče, avšak rozhodnutí o neprovedení péče bylo sestrou provedeno před jednotlivými situacemi. Nedokončená péče se pak týkala ošetrovatelské péče, která zahájena byla, ale zůstala nedokončena (Willis et al., 2021, s. 2–6). V případě chybějící ošetrovatelské péče a nedokončené péče se jedná o hodnocení péče za poslední pracovní směnu. V případě přidělované péče se jedná o hodnocení ošetrovatelské péče za posledních 7 pracovních dní (Jones, Hamilton, Murry, 2015, s. 1129). V současnosti neexistuje mezinárodní shoda v tom, který přístup by měl být standardně využíván (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014, s. 5, 8), nicméně nejrozšířenějším je konceptuální rámec chybějící ošetrovatelské péče (dále MNC) (Bassi, Tartaglino, Palese, 2018, s. 12). Jedná se o výsledek procesu rozhodování

sester v kontextu stanovených priorit při poskytování ošetrovatelské péče a zároveň i o důležitý ukazatel bezpečnosti a spokojenosti pacientů (Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019, s. 959).

Definován je jako jakýkoliv aspekt požadované péče o pacienta, který je buď částečně, nebo zcela vynechán, nebo významně opožděn (Kalisch, Williams 2009, s. 211). Kromě toho je MNC označována také jako chyba z opomenutí v procesu péče (Kalisch, Xie, 2014, s. 875-876). Pro její posouzení je běžně používán standardizovaný nástroj MISSCARE survey, ve kterém jsou vyhodnocovány jak aktivity, tak i důvody chybějící ošetrovatelské péče (Kalisch, Williams, 2009, s. 211–216).

2.1 Chybějící ošetrovatelská péče

Prvotně byl pojem MNC použit americkou autorkou Kalischovou (2006, s. 307–310) v rámci kvalitativního výzkumu, který byl realizován u sester pracujících na chirurgii. Výsledkem byla sumarizace 9 komponent ošetrovatelské péče neboli aktivit, které bývají nejčastěji nezabezpečované, tedy těch, které při poskytování ošetrovatelské péče chybí. Jednalo se o aktivity, jako jsou polohování pacienta, edukace, krmení, chůze, plánování propuštění, emoční podpora, hygiena, zpracování příjmové a propouštěcí dokumentace a pozorování. Zároveň bylo stanoveno i 7 komponent, které představovaly nejčastější důvody nezabezpečení této ošetrovatelské péče, a to nedostatek personálu, neefektivní delegování, týmová spolupráce, syndrom „toto není moje práce“, čas potřebný pro ošetrovatelské intervence, zvyk a popírání. V roce 2009 zpracovali autoři Kalisch et al. na daném podkladě konceptuální analýzu, prostřednictvím níž byl pojem MNC vymezen jako „jakýkoliv aspekt péče, který není sestrou zajištěn, a to buď z části, nebo úplně, přičemž pacient tuto péči potřeboval nebo vyžadoval“ (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009, s. 1509–1515).

Přístup MNC je středně rozsáhlou teorií vysvětlující faktory, které ovlivňují vnitřní postupy či normy, jimiž se sestry řídí při rozhodování o tom, který prvek péče by měl být dokončen přednostně a který by teoreticky mohl být vynechán nebo odložen, dokud nebudou k dispozici zdroje pro poskytnutí kompletní péče. MNC je vnímána tedy jako procesní opatření. Její vliv byl popsán v souvislosti s negativními dopady na pacienta, na výsledky léčby. Bylo prokázáno, že pokud nebývají nezbytné ošetrovatelské aktivity dokončeny, může být kvalita poskytované péče značně narušena (Hessels et al., 2015, s. 60–62). Využitím specifických měřicích nástrojů je však možné identifikovat nejen ošetrovatelské činnosti, které sestry nejsou schopny během své směny vykonat, ale také důvody, které k výskytu tohoto jevu přispívají (Kalánková et al., 2019, s. 65–66). MNC byla uznána jako univerzální problém péče, která ovlivňuje výsledky pacientů, sester a zdravotnických institucí (Dabney, Kalisch, Clark, 2019, s. 2). Jedná se o jev,

který vyžaduje komplexní strategie složené z několika intervencí zaměřených na různé aspekty, kde hrají roli různí aktéři a existuje jasná invence celé nemocnice (Longhini et al., 2021, s. 581–582). Navíc je uváděno, že MNC koreluje s negativními výsledky u pacientů, jako je úmrtnost, ale i s nežádoucími událostmi (Bagnasco et al., 2018, s. 2922; Bittner et al., 2011, s. 510). Nicméně MNC nemusí být radikálně ukazatelem nízké kvality ošetrovatelské péče, ale spíše vedlejším produktem racionálního rozhodování sester uprostřed konkurenčních priorit. Pochopení toho, kdy k MNC dochází, proč k ní dochází a co se děje během jejího výskytu a po něm je pro budoucí výzkum velmi důležité (Tubbs-Cooley et al., 2015, s. 821). Důsledky MNC představují ohrožení bezpečnosti pacientů a měly by být při tvorbě národních politik zohledněny. Jedná se o univerzální jev, který může ohrozit bezpečnost pacientů ve všech zemích a jejich kulturách. Výchozí model pro MNC lze použít nejen k vývoji/testování, ale i cíleným intervencím proti negativním důsledkům těchto opomenutí (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009, s. 1515).

2.1.1 Nástroje k hodnocení chybějící ošetrovatelské péče

Nástroj *MISSCARE Survey* byl vyvinut za účelem měření, stanovení příčiny a rozsahu MNC u dospělých pacientů (Dabney, Kalisch, Clark, 2019, s. 2; Bittner et al., 2011, s. 510). Vytvořen byl za účelem zkvalitnění ošetrovatelské péče a zvýšení bezpečnosti pacientů. Bylo popsáno, že vytvoření kultury kvality a bezpečnosti, která se soustředí na detaily a poctivé hlášení opomenutí v ošetrovatelské péči, by mohla podpořit kvalitu ošetrovatelské péče. Jedná se o problematiku, které sestry musí čelit každý den (Kalisch, 2006, s. 306, 312). Nástroj *MISSCARE Survey* proto poskytuje hodnotící mechanismus pro zlepšení ošetrovatelské péče v místě jejího poskytování. Použití tohoto nástroje má za cíl poskytnout zásadní informace o tom, co se ve skutečnosti děje (a neděje) v době poskytování ošetrovatelské péče (Kalisch, Williams, 2009, s. 218).

Prvotní vývoj nástroje pro měření chybějící ošetrovatelské péče *MISSCARE* zahrnoval psychometrické testování nástroje *MISSCARE Survey* v 5 fázích. V rámci psychometrické testování bylo provedeno měření přijatelnosti, platnosti a spolehlivosti. Výstupem bylo, že nástroj *MISSCARE Survey* splnil přísné psychometrické standardy (Kalisch, Williams, 2009, s. 211–217). Z odborné literatury a názorů odborných sester vyplynulo pět následujících skutečností, dalších důvodů MNC, které autoři následně využili k revizi dotazníku. Jedná se o emocionální stav ošetrovatelů, fyzické vyčerpání či únavu, nedostatečný dohled nad ošetrovatelskými asistenty, přerušování a multitasking, nedostatek času na práci a nedostatečnou podporu ze strany vedení. Revidovaný nástroj *MISSCARE* byl pilotně

testován na skupině 145 ošetrovatelských pracovníků, 134 registrovaných sester a 11 ošetrovatelů, a to ve veřejné, neziskové nemocnici se 433 lůžky akutní péče na středozápadě USA. Analýza psychometrických vlastností prokázala příznivé výsledky přijatelnosti, spolehlivosti a konstruktové validity revidované verze pro část B nástroje. Obecně lze říci, že v části B první faktor představuje úroveň a kvalitu komunikace mezi zdravotnickým týmem. Druhý faktor pak zdroje, jako jsou personální obsazení a multitasking, a třetí faktor odráží materiální zdroje, jako jsou zásoby a léky (Dabney, Kalisch, Clark, 2019, s. 1–3).

MISSCARE Survey se skládá ze tří částí. První část obsahuje otázky týkající se charakteristik sester a klinického prostředí ošetrovatelské praxe. Následuje část A, která obsahuje 24 položek a hodnotí, jak často jsou uvedené ošetrovatelské činnosti vynechány nebo opomenuty. Třetí část B obsahuje 17 položek a jsou v ní hodnoceny důvody pro vynechání. Od roku 2009 byl nástroj přeložen do několika jazyků: angličtiny, turečtiny, portugalštiny, arabštiny a islandštiny a testován nejen v anglo-americkém kulturním kontextu (Castner, Wu, Dean-Baar, 2015; Friese, Kalisch, Lee, 2013; Kalisch and Lee, 2012; Kalisch, Landstrom a Williams, 2009; Valles et al., 2016), ale také v mnoha evropských zemích – Islandu (Bragadóttir et al., 2015), Itálii (Palese et al., 2015), Kypru (Papastavrou et al., 2016), arabských zemích (El Rehem, Elhamid a Elsalam, 2017), Asii (Cho et al., 2015; Srulovici and Drach Zahavy, 2017), Austrálii (Henderson et al., 2017) a Novém Zélandu (Harvey et al., 2015). Testován byl i v podmínkách české a slovenské praxe. Při psychometrickém testování české a slovenské verze dotazníku *MISSCARE* bylo prokázáno, že se jedná o spolehlivý a platný nástroj. Pilotní studie navíc přinesla první výsledky o tom, jak české a slovenské sestry vnímají fenomén MNC. Obě země uváděly vysokou prevalenci MNC, přičemž slovenské sestry uvedly vyšší výskyt MNC nežli sestry české. V obou zemích byly jako nejvýznamnější důvod MNC uváděny pracovní zdroje (Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019, s. 958–964).

Dotazník *MISSCARE Survey* byl následně ve světě opakovaně modifikovaný, a to pro sestry na perinatálních odděleních – *Perinatal Missed Care Survey* (Simpson et al., 2019), ale i pro sestry v perioperační péči – *MISSCARE Survey-OR* (Marsch et al., 2020). Další verzí nástroje byla i verze pro pacienty *MISSCARE Survey – patient*. Důvodem vytvoření této varianty bylo především to, že pacienti, kteří se aktivněji podílejí na své zdravotní péči, mívají i lepší zdravotní výsledky při současném zachování nižších nákladů (Kalisch, Xie, Dabney, 2014a, s. 415–421). Další novou variantou byl i nástroj – *Missed nursing care in infection and control survey*, v němž jsou zkoumány zmeškané činnosti v oblasti kontroly infekcí v souvislosti s MNC. Jeho vytvoření bylo důležité zejména proto, že nemocniční infekce

prodlužují délku pobytu pacientů v nemocnici a vedou k jejich horšímu klinickému stavu (Henderson et al., 2020, s. 11–16).

Vzhledem k tomu, že novorozenci jsou zranitelnější populací, byl nástroj MISSCARE Survey modifikován také pro sestry pracující na neonatologických jednotkách intenzivní péče (dále NICU) - *MISSCARE Survey – NICU*. U těchto pacientů je popisována relativně dlouhodobější hospitalizace a nutnost komplexní ošetrovatelské péče, která probíhá zejména na jednotkách intenzivní péče. Bylo popsáno, že ošetrovatelská péče má proto silný potenciál ovlivnit výsledky u novorozenců a dětí, a to během hospitalizace a po ní (Ogboenyiya et al., 2020, s. 255). Verze MISSCARE survey – NICU tedy vznikla ve snaze studovat podskupinu pediatrické populace na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Nástroj byl upraven tak, aby z něj oproti variantě pro dospělé pacienty byly odstraněny nepotřebné termíny, například chůze, protože novorozenci neumějí chodit, a přidány byly také specifické termíny, intervence a hodnocení z oblasti neonatologie (Tubbs-Cooley et al. 2015, s. 813–824). Vzhledem k tomu, že péče o dětské pacienty má svá specifika, a to jak v odlišnosti od dospělých pacientů, tak novorozenců na jednotkách intenzivní péče, pro sestry pracující na obecných dětských odděleních vznikla verze nástroje – *MISSCARE Survey – Pediatric version*. Péče o dítě je komplexnější a daleko rozsáhlejší než ošetrování dospělých pacientů, protože zahrnuje péči o jedince v celé širší vývojových fází, ale také péči o rodinu (Bagnasco et al., 2019, s. 921). Prokázáno bylo, že dětské pacienti vyžadují jiný typ ošetrovatelské péče z hlediska věku a z důvodu odlišných klinických potřeb (Bagnasco et al., 2018, s. 2923). Cílem validační studie tedy bylo vyvinout a otestovat platnost a spolehlivost dotazníku MISSCARE Survey Ped, upraveného na základě verze nástroje MISSCARE Survey. MISSCARE Survey-Ped se skládá ze dvou částí: část A „Chybějící ošetrovatelské aktivity“ (29 položek) a část B „Důvody chybějících ošetrovatelských aktivit“ (17 položek). Ve validační studii byly prokázány jeho dobré psychometrické vlastnosti z hlediska platnosti, ale i spolehlivosti. Prokázáno bylo také, že nástrojem lze účinně identifikovat chybějící aktivity ošetrovatelské péče a důvody pro jejich vynechání v pediatrickém prostředí (Bagnasco et al., 2018, s. 2922). Opětovné testování bylo provedeno v turecké studii při jeho kulturní adaptaci a jeho závěrem bylo, že se jedná o dostatečně validní a spolehlivý nástroj (İspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e156).

2.1.2 Prevalence, aktivity a důvody chybějící ošetrovatelské péče

Počet výzkumů, které zkoumají multifaktoriální povahu konceptu MNC a faktory, které přispívají k zásahům do MNC, exponenciálně narůstá. Provedené mezinárodní srovnávací

studie (Ausserhofer et al., 2014; Blackman et al., 2018) naznačují, že MNC je v nemocnicích akutní péče poměrně běžnou součástí.

Na pracovištích pro dospělé pacienty prostřednictvím nástroje MISSCARE Survey byly v rámci akutní péče identifikovány nejčastější aspekty MNC a kauzální faktory tohoto jevu (Friese, Kalisch, Lee, 2013). Phelan, Mccarthy, Adams (2018, s. 626) nástroj využili v irské studii v prostředí komunitní péče a identifikovali vyšší úroveň MNC, a to až 70 %, její vysoká prevalence byla navíc zjištěna zejména v základních ošetrovatelských činnostech. Nejčastějšími chybějícími intervencemi v dalších studiích využívajících nástroj MISSCARE Survey byly zejména intervence související s mobilizací pacienta, především pak ty, které se týkaly polohování pacienta každé dvě hodiny nebo častěji (Srulovici a Drach Zahavý 2016; Valles et al. 2016), dále pak ústní hygiena (Hernández-Cruz et al., 2017), edukace pacientů (Moreno-Monsiváis, Moreno-Rodriguez, Interrial-Guzmáz, 2015), ale i emoční podpora pacientů (Kalisch a Lee, 2012; Kalisch et al., 2011). To vše většinou z důvodu nedostatku ošetrovatelského a asistenčního personálu (Henderson et al., 2017; Phelan, Mccarthy, Adams, 2018; Kalánková et al., 2019, s. 70). Nejčastěji vynechané ošetrovatelské intervence ve studii realizované v ČR se týkaly především základní ošetrovatelské péče, převážně pak mobilizačních činností, chůze, emocionální podpory poskytované pacientům a jejich rodinám a edukace pacientů. (Jarošová et al., 2021, s. 1102–1108). V další studii z českého prostředí nemocnic pak bylo dále zjištěno, že nejčastěji chybějící ošetrovatelské činnosti byly chůze 3krát denně nebo dle doporučení, emoční podpora pacienta a/nebo rodiny a účast na všech konziliích interdisciplinární péče. Nejméně často pak chyběly činnosti u lůžka, jako jsou monitorování glukózy dle ordinace lékaře, péče o kůži/rány, hodnocení pacienta prováděné každou směnu, ale i péče o místo aplikace infuze/centrální linky (Plevová et al., 2021, s. 231–233). Ve studii zkoumající MNC ve třech zemích na pracovištích akutní péče: Austrálii, Kypru a Itálii, z pohledu typologie Alfaro-Lefevra došli autoři ke zjištění, že ačkoliv byla u všech účastníků nejčastěji vynechávána péče obecně založená na léčbě, v jednotlivých zemích existovaly rozdíly v četnosti a typech vynechané ošetrovatelské péče. Zejména kyperské sestry častěji vynechávaly činnosti s vysokou prioritou péče, jako je mytí rukou, koupání pacientů a dopomoc při krmení pacientů, když měli teplé jídlo, ale i měření fyziologických funkcí, což mohlo mít na výsledný stav pacientů bezprostřednější dopad. Kyperské sestry navíc uvedly, že dokumentace příjmu a výdeje tekutin byla často opomíjena, ale ne tak často jako například poskytování emocionální podpory pacientovi a jeho rodině. Italské a australské sestry také častěji vynechávaly péči obecně založenou na léčbě, přičemž bylo uvedeno, že tato vynechání mohou přispívat k delšímu pobytu v nemocnici nebo k opětovnému přijetí pacienta zpět do

nemocnice. Dokumentace v péči o pacienta a příjem/výdej tekutin byly také italským personálem vnímány jako často anebo občas opomíjené. U australského personálu pak bylo identifikováno, že často chybí poskytování edukace pacientům (Blackman et al., 2018, s. 41). V 10 nemocnicích různých velikostí a organizačních forem nacházejících se na středozápadě USA byla provedena studie na odděleních chirurgických, rehabilitačních, intermediárních a na jednotkách poskytujících intenzivní péči. Chůze, péče o ústa, účast na konziliích, včasné podávání léků a polohování pacientů bylo 5 nejčastěji chybějících aktivit (Kalisch et al., 2011, s. 294–297). V Libanonu registrované sestry například uváděly nižší výskyt MNC, přičemž jako problematická byla zjištěna zejména emoční podpora, plánování propuštění a hodnocení pacientů na směně (Kalisch et al., 2013, s. 278–279). Ve studii realizované v severovýchodní Itálii na 12 jednotkách akutní péče pak byla nejčastěji uváděnou chybějící ošetrovatelskou intervencí chůze, a to jak z hlediska četnosti, tak z hlediska závažnosti, jako druhá nejčastěji vnímaná chybějící ošetrovatelská intervence bylo identifikováno polohování pacienta každé 2 hodiny. K dalším nejčastěji uváděným chybějícím intervencím patřilo ještě načasování při podávání léků a edukace pacienta (Palese et al., 2015, s. 694–700).

V českém prostředí mezi nejvýznamnější důvody patřil nedostatečný počet personálu, naléhavé situace u pacientů, neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavů pacientů na oddělení a intenzivní činnost při příjmu a propouštění (Jarošová et al., 2021, s. 1102–1108). Dotazované české sestry byly také nejméně spokojeny s úrovní týmové spolupráce na svých odděleních (Plevová et al., 2021, s. 231–233). Na středozápadě USA uváděly sestry nejčastějším důvodem MNC personální zdroje, následované materiálními zdroji a komunikací. V rámci subškály personální zdroje se jednalo zejména o neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavů pacientů na oddělení, což bylo označováno jako hlavní důvod pro MNC. Nejčastěji uváděnou položkou v rámci materiálních zdrojů v rámci subškály byl především nedostatek dostupných léků v případě potřeby. Položky týkající se komunikace byly napříč nemocnicemi různé, nicméně nejčastěji uváděnou položkou přispívající k MNC bylo v této subškále nevyvážené přidělování pacientů (Kalisch et al., 2011, s. 294–297). Množství a důvody MNC, úroveň personálu sester a spokojenost s prací v nemocnicích poskytujících akutní péči byly mezi Spojenými státy a Libanonem rovněž znatelné. V Libanonu uváděly v porovnání s USA více komunikačních a materiálních problémů. Přestože nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v identifikaci personálních zdrojů jako důvodu MNC mezi oběma zeměmi, libanonské sestry navíc uváděly, že pečují o více pacientů a jsou méně spokojené než sestry v USA (Kalisch et al. 2013, s. 278–279). V Itálii sestry jako nejčastější důvod uváděly

neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavů pacientů na oddělení, nedostatečný počet personálu, ale i vysoký počet přijetí/propuštění pacientů (Palese et al., 2015, s. 694–700).

Na pracovištích pro dětské pacienty není problematika MNC hojně zkoumána, nicméně v Turecku byl nástroj MISSCARE Survey – Pediatric version z hlediska prezentace výsledků využit. Výsledkem deskriptivní analýzy nástroje přizpůsobenému tureckému kontextu byly zjištěny tři nejčastěji chybějící ošetrovatelské činnosti sester během jejich poslední pracovní směny. Jednalo se o administraci léků 30 minut před anebo po uplynutí stanoveného času, podávání potřebné medikace dítěti do 15 minut od vyžádání a zapojení rodičů do péče o dítě (Íspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. 156–162). Autorka Tubbs-Cooleyová et al. (2015, s. 813–824) ve své studii na NICU uvedla, že mezi činnostmi ošetrovatelské péče, které byly na NICU uváděny jako celkově nejčastěji vynechané, patřila zejména účast na denních vizitách, péče o dutinu ústní u ventilovaných dětí, běžné koupání, zapojení rodičů do péče o dítě a edukace rodičů.

V části B dotazníku MISSCARE Survey-PED důvody chybějících ošetrovatelských činností byla v tureckém prostředí zjištěna jako nejvíce přispívající subškála pracovní zdroje. Při zkoumání položek v této subškále bylo zjištěno, že souvisí především s pracovní zátěží sester (Íspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e156–e162). Ve studii realizované na NICU uváděly sestry v poslední odpracované směně jako nejčastější důvody MNC častá vyrušení během služby, naléhavé situace u novorozenců (pacienti v urgentních situacích) a neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšenou zaneprázdněnost oddělení (Tubbs-Cooleyová et al., 2015, 813–824). Deskriptivní kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s dětskými sestrami z italské dětské nemocnice navíc odhalila čtyři témata, která se na rozhodování o MNC podílí, byly jimi hodnotový systém sester; nemocniční logistika, struktury a zdroje; procesy určování priorit a role neformálního pečovatele. Vzhledem k malému zaměření výzkumů na dětská pracoviště je potřebné znalosti a povědomí o MNC v pediatrickém ošetrovatelství více zkoumat, a to zejména ve vztahu k tomu, co rozhodování sester v souvislosti s MNC ovlivňuje (Bagnasco et al., 2020, s. 1929). Prostřednictvím více výzkumných studií o MNC lze přímo vyvíjet intervence ke zlepšení kvality dětské ošetrovatelské péče (Bagnasco et al, 2018, s. 2923).

2.1.3 Faktory a prediktory ovlivňující výskyt chybějící ošetrovatelské péče

MNC se v jednotlivých zemích liší, což ukazuje na důležitost studia přispívajících faktorů, a to bez ohledu na prostředí a systémy zdravotní péče (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1528). **Na pracovištích pro dospělé pacienty** bylo prokázáno, že spokojenost sester

s prací souvisí s úrovní poskytované ošetrovatelské péče, což znamená, že vyšší prevalence MNC znamená jejich větší nespokojenost (Plevová et al., 2021, s. 231). Ošetrující personál, který vnímá méně MNC na jednotce, kde pracuje, bývá ve své současné pozici a zaměstnání spokojenější. Dále bylo také zjištěno, že intervence zaměřené na snížení MNC a zajištění dostatečného počtu zaměstnanců jsou nutné ke zlepšení spokojenosti s prací a péčí o pacienty (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011a, s. 117). V americké studii předložili přesvědčivé důkazy o tom, že dobré prostředí profesionální praxe bylo spojeno s nižší úrovní MNC na ošetrovatelských jednotkách. Konkrétně zjistili, že sestry na jednotkách s lepším personálním zajištěním, přiměřeností zdrojů a lepšími vztahy mezi sestrami a lékaři méně často vynechávaly potřebné ošetrovatelské činnosti během směny (Park, Hanchett, Ma, 2018, s. 722–726). Phelan, McCarthy, Adams (2018, s. 626) pak zjistili za použití dotazníku MISSCARE Survey v irském prostředí komunitní péče, že vyšší úroveň MNC souvisí také s individuálními charakteristikami sestry, zejména pokud je pracovní zkušenost kratší než 5 let, ale identifikovali, že podíl má také věk a neplacené přesčasy. Ze studie realizované v ČR navíc vyplývá, že spokojenost sestry s prací souvisí s úrovní poskytované ošetrovatelské péče. Prokázáno bylo, že pokud je MNC více zastoupena v ošetrovatelské péči, znamená to zároveň i větší nespokojenost sester. Dotazované sestry v české studii byly se svým povoláním velmi spokojené, nejsilnější korelace byla zjištěna mezi spokojeností se současnou pracovní pozicí a spokojeností se samotnou prací sestry; negativní korelace pak byla zjištěna mezi spokojeností se současnou pozicí a celkovou úrovní MNC (Plevová et al., 2021, 231–233). Pracovní zátěž sester byla identifikována také jako jeden z faktorů přispívajících k MNC, přičemž dopad vnímané pracovní zátěže sester bývá spojen především s častějším úmyslem opustit zaměstnání a je hlavním ukazatelem spokojenosti sester (Holland et al., 2019, s. 70).

Další vliv byl prokázán na úrovni nemocnic, ale i jednotlivých oddělení. Tyto rozdíly v hodnocení MNC mezi jednotlivými nemocnicemi a odděleními byly zkoumány v několika studiích (Blackman et al., 2018; Campbell et al., 2020; Duffy, Culp, Padrutt, 2018; Kalisch, Lee, 2012). Ve střeoevropské studii byla míra prevalence MNC vyšší například ve fakultních nemocnicích než v nemocnicích všeobecných (Zeleníková et al., 2020, s. 7). Duffy, Culp, Padrutt (2018, s. 365–366) identifikovali MNC, byla patrná na všech odděleních nemocnice, ale vyšší byla na lůžkových chirurgických a speciálních odděleních ve srovnání s odděleními intenzivní péče a odděleními pro matky s dětmi. Ke stejným závěrům došli i jiní, kdy MNC byla významně nižší na jednotkách intenzivní péče než na standardních odděleních MNC (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1528). MNC na onkologických odděleních byla také významně nižší než na neonkologických odděleních (Friese, Kalisch, Lee, 2013, s. e51).

Na Islandu ve spojitosti s MNC byla prokázána jako významný vliv především charakteristika nemocnice. Účastníci z fakulních nemocnic identifikovali MNC významně častěji než účastníci z ostatních nemocnic. Rozdíl v MNC byl zjištěn také v závislosti na věku respondentů, kdy účastníci ve věkové skupině 34 let a mladší uváděli více MNC než účastníci ve věkových skupinách 45–54 let a 55 let a starší (Palese et al., 2015). Úroveň vzdělání rovněž hrála roli, kdy registrované sestry uváděly významně více MNC než sestry praktické. Mezi účastníky byl zjištěn významný rozdíl i v závislosti na tom, jak vnímali adekvátní personální zabezpečení svého oddělení. Ti, kteří vnímali adekvátní personální zajištění ve 100 % případů, uváděli významně méně MNC než ti, kteří vnímali, že personální zajištění je adekvátní pouze v 50 % případů nebo v 0 % případů. Prokázáno také bylo, že počet pacientů, o které bylo v poslední směně postaráno, má slabou, ale signifikantní pozitivní korelaci s průměrnou hodnotou MNC. Čím více bylo pacientů hospitalizovaných, tím vyšší míra MNC byla uváděna (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1528). V americké studii došli ke stejnému závěru, kdy již samotné zvýšení o 1 pacienta bylo spojeno se zvýšením celkového skóre MNC, a to až o 2,1 %. Počet pacientů na jednu registrovanou sestru rovněž výrazně souvisel s výskytem MNC Friese, Kalisch, Lee (2013, s. e55). Bylo odhaleno, že existuje silný vztah mezi počtem registrovaných sester a četností péče, která je poskytována. Neposkytnutá péče z důvodu nízkého počtu personálu pak byla identifikována jako ta, která nepříznivě ovlivňuje kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb (Ball et al., 2014, s. 116–123). Nedostatek času sester u lůžka bývá hlavním důvodem nedokončené péče, která je spojena s mnoha negativními důsledky pro pacienta, sestry a organizace. Navíc bylo upozorněno na to, že personální zabezpečení sester a pracovní prostředí mají na nedokončenou péči silnější vliv než individuální charakteristiky sester (Jones, Hamilton, Murry, 2015, s. 1122–1135).

V pediatrickém prostředí bylo na téma MNC zrealizováno méně empirických výzkumů. Tomuto tématu se autoři věnovali například v průřezové studii, které se účastnilo 2187 všeobecných a dětských sester ve 223 nemocnicích v rámci 4 amerických států. Autoři došli k závěru, že v prostředí, které vytváří horší pracovní podmínky, dochází k fenoménu MNC častěji (až o 70 % častěji) než v prostředí vytvářejícím lepší pracovní prostředí, které má (až o 40 %) nižší pravděpodobnost, že sestra ošetrovatelskou péči nevykoná. Dětské sestry pracující na lůžkových odděleních, které se starají o menší počet pacientů, a v podporujícím pracovním prostředí se vyskytuje MNC méně často, což kvalitu péče o dětského pacienta zvyšuje (Lake, 2017, s. 378). V americké studii pak u sester z NICU zjišťovali vztahy mezi MNC, radostí z práce a úmyslem odejít ze současné pracovní pozice. Autoři zjistili, že MNC může být radostí z práce sestry a jejím úmyslem odejít z práce významně ovlivněna. Sestry

manažerky na novorozeneckých odděleních by se proto měly ve spojitosti s MNC zabývat především tím, jak zlepšit pracovní podmínky sester (Smith, Rogowski, Lake, 2020, s. 1940). Závěry jihokorejské průřezové studie rovněž ukazují, že MNC je faktory prostředí uvnitř jednotky významně ovlivněna. Znamená to, že MNC je výsledkem, který je ovlivněn charakteristikami všeobecných sester, faktory pracovního prostředí, ale i kulturou bezpečí pacientů. MNC péči lze proto zvládnout prostřednictvím implementace intervencí, které podporují pozitivní pracovní prostředí ošetrovatelské praxe, ale i kulturu bezpečí (Kim, Yoo, Seo, 2018, s. 121). Zlepšení pracovních podmínek sester pak může být jednou ze strategií, jak snížit počet vynechaných ošetrovatelských aktivit a zlepšit výsledky pacientů (Carthon et al., 2015, s. 255).

2.1.4 Pracovní prostředí jako významný prediktor ovlivňující výskyt chybějící ošetrovatelské péče

Pracovní prostředí je vícerozměrný koncept definovaný jako organizační charakteristiky pracovního prostředí, které usnadňují nebo omezují profesionální ošetrovatelskou praxi. Jedním z nejčastěji používaných nástrojů pro hodnocení prostředí ošetrovatelské praxe je škála Practice Environment Index of the Nursing Work PES-NWI (Lake, 2002, s. 178). Nástroj PES-NWI je v praxi používán k hodnocení kvality prostředí ošetrovatelské péče (Warshawsky, Havens, 2011, s. 29). Z hlediska vývoje nástroje bylo cílem především vyvinout šetrné, psychometricky stabilní měřítko s empiricky odvozenými subškálami PES-NWI. Prostřednictvím jeho implementace je možné vytvořit a udržet pracovní prostředí, které usnadní profesionální ošetrovatelskou praxi, zvýší kvalitu péče o pacienty alepší výsledky u všeobecných sester i pacientů. Nástroj PES –NWI obsahuje 31 položek rozdělených do výsledných pěti subškál (Lake, 2002, s. 177–187). Swiger et al., (2017, s. 2219) doporučují používat PES-NWI především pro jeho dobré psychometrické vlastnosti, vysokou diskriminační sílu a schopnost porovnávat výsledky mezi studii (i v rámci různých zemí). Při identifikaci nástrojů měřících pracovní prostředí sester bylo zjištěno, že z celkového počtu nalezených nástrojů byl nejčastěji využíván dotazník PES-NWI. V roce 2017 nástroj PES-NWI přeložily do češtiny autorky Jarošová a Zeleníková (Janíková et al., 2021, s. 266). Dalšími nástroji posuzující pracovní prostředí jsou například The Revised Professional Practice Environment Scale (Erickson et al. 2009), Revised nursing work index (Slater et al., 2010) a The conditions of work effectiveness Questionnaire – II. (Laschinger et al., 2001). Na dětských pracovištích není pracovní prostředí tolik probádané, nicméně k dispozici je například Individual workload perception scale (Cox et al., 2007).

Zdravé pracovní prostředí bývá spojováno s pozitivními výsledky pacientů a sester. Jedná se o prostředí, ve kterém je sestra schopna být produktivní a poskytovat kvalitní péči, a zároveň je spokojena s prací. Vytváření kultury, udržení a podpora pracovního prostředí jsou dvě hlavní výzvy, kterým dnes sestry manažerky čelí (Blake et al., 2013, 356–358). Bylo prokázáno, že hodnocení pracovního prostředí je důležité, protože je spojováno s výsledky u pacientů, jako je úmrtnost pacientů. Všeobecné sestry ve výzkumných studiích uváděly více pozitivních pracovních zkušeností a méně obav z kvality péče, pacienti měli navíc významně nižší riziko úmrtí a selhání při jejich záchraně v nemocnicích ve spojitosti s lepším prostředím péče. K dosažení vysoké kvality péče je však potřebné optimalizovat prvky prostředí péče (Aiken et al. 2008, s. 223). Také výsledky výzkumu realizovaného v ČR ukázaly, že MNC je ovlivněna spíše charakteristikami pracovního prostředí než individuálními proměnnými personálu (Jarošová et al., 2021, s. 1099; Gurková, Mikšová, Šáteková, 2022, s. 178–179).

Signifikantní vztah mezi kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péčí, vlivem na výsledky pacientů a pracovním prostředím na NICU byl prokázán. Lepší pracovní prostředí umožňuje sestram poskytovat vysoce kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči kojencům a jejich rodičům (Lake et al., 2016, 24–27). Navíc bylo prokázáno, že v lůžkových zařízeních pediatrické péče, kde se sestry starají o méně pacientů a vykonávají praxi v profesionálně podpůrném pracovním prostředí, dochází méně často k výskytu MNC, čímž se zvyšuje kvalita péče o pacienty (Lake et al. 2017, s. 378). Ke stejnému závěru došli i autoři ve studii realizované na pracovištích pro dospělé (Ausserhofer et al, 2014, s. 126). Nedostatky v kvalitě nemocniční péče jsou běžné ve všech zemích. Uvádí se však, že zlepšení pracovního prostředí v nemocnicích by mohlo být relativně nízkonákladovou strategií ke zlepšení bezpečnosti a kvality nemocniční péče, čímž lze zvýšit i spokojenost pacientů (Aiken et al., 2012, s. 1–5).

2.1.5 Chybějící ošetrovatelská péče v době pandemie COVID-19

Prevalence MNC v českých nemocnicích akutní péče u dospělých pacientů v době pandemie COVID-19 byla predikována na základě počtu hodin přesčasů v posledních 3 měsících, vnímání sester ohledně základů kvality péče a jejich spokojeností se současnou pracovní pozicí. Bylo zjištěno, že nejvýznamnějšími prediktory MNC jsou subškály PES-NWI na úrovni zařízení ošetrovatelské základy kvality péče a účasti sester na dění v nemocnici. Ošetrovatelské základy kvality péče se ukázaly být významným prediktorem pro jedenáct činností MNC a účast sester na záležitostech nemocnice pak pro osm činností MNC. Sestry pracující v příznivých podmínkách uváděly nižší prevalenci aktivit MNC než sestry pracující ve smíšeném nebo nepříznivém pracovním prostředí sester (dále NWE) (Gurková, Mikšová,

Šáteková, 2022, s. 177–179). Mezi sestrami specializujícími se na intenzivní péči na jednotce intenzivní péče ve Švédsku proběhla analýza údajů týkajících se jejich zkušeností v době pandemie COVID-19. Výsledkem této analýzy byla sumarizaci činností do tří kategorií: pád do chaosu, snížená ošetrovatelská péče a přechod na pandemickou péči na jednotce intenzivní péče. Účastníci popisovali ohrožení bezpečnosti pacientů a péče o ně. Ošetrovatelská péče byla během pandemie popisována jako silně deprimující. Situace, kdy nebylo možné poskytovat ošetrovatelskou péči, vedla k vysoké míře stresu. Navíc zvýšená pracovní zátěž a zhoršené pracovní prostředí ovlivnily zdraví, ale i pracovní spokojenost sester (Bergman et al., 2021, s. 467). Celkový výskyt nedokončené péče byl o něco vyšší, než jaký byl vnímán v době před pandemií, což naznačuje zvýšené vnímání MNC jak na jednotkách COVID-19, tak i na odděleních mimo COVID-19, a to bez rozdílů mezi jednotlivými skupinami. Důvody spouštějící nedokončenou péči byly o něco četnější u sester pracujících na jednotkách s COVID-19 a souvisely především s nastavením priorit a personálními zdroji, které pro ně byly důležitější než u sester pracujících na jednotkách určených pro pacienty s COVID-19. Nejvýznamnějšími důvody přispívajícími k opomíjení péče však byly v obou skupinách komunikace, nastavení priorit a dohledu nad praktickými sestrami (Cengia et al., 2022, s. 10). Ve švédské studii, realizované v první vlně pandemie COVID-19, byly mezi respondenty zjištěny pouze malé rozdíly. Co se týče faktorů, bylo zde identifikováno zejména více přesčasových hodin a více absencí v práci z důvodu nemoci. Většina účastníků navzdory tomu však vnímala kvalitu péče a bezpečnost pacientů jako dobrou. Výsledky byly vysvětleny třemi faktory: zachovaným poměrem registrovaná sestra/pacient, mírou závislosti pacientů a tím, že sestry manažerky dokázali zachovat personální potřeby oddělení za využití dovedností sester (Göransson, Falk, Nymark, 2021, 2343–2346). Ve studii realizované během pandemie COVID-19 v ČR se uvádí, že mezi nejčastější aktivity MNC patřily činnosti základní ošetrovatelské péče, a to chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace, účast na všech konziliích interdisciplinární péče, citová podpora pacienta nebo rodiny, polohování pacienta každé 2 hodiny, edukace pacienta a péče o dutinu ústní (Gurková, Mikšová, Šáteková, 2022, s. 178). Pandemie COVID-19 s sebou přinesla nové způsoby personálního zajištění, přeřazení ošetrovatelského personálu na jiná oddělení, pracovníci byli nuceni vykonávat profesi v nových rolích s novými úkoly a novými kolegy. Očekávalo se větší množství pacientů a zároveň chyběly dostatečné znalosti o tom, jak pečovat o pacienty s COVID-19. Tyto okolnosti proto mohly kvalitu péče a bezpečnost pacientů významně ovlivnit (Göransson, Falk, Nymark, 2021, s. 2345).

2.2 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotéz

V posledních letech vzrostl počet studií o MNC, což poukazuje na globální rozměr tohoto fenoménu (Bassi, Tartaglini, Palese, 2018, s. 12). Důkazy o MNC, jejich negativních důsledcích, se v poslední době objevují v souvislosti se zdravotní péčí o pacienty a souvisejícími organizačními faktory (Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Ausserhofer et al., 2014; Jones, Hamilton, Murry, 2015). Bylo prokázáno, že MNC se objevuje napříč zdravotnickými systémy, kulturami a zeměmi (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1524). Celkově lze říci, že definice MNC, její konceptuální model a nástroj MISSCARE Survey na mezinárodní úrovni odrážejí nejrozšířenější přístup v této oblasti (Bassi, Tartaglini, Palese, 2018, s. 12). MISSCARE Survey byl opakovaně modifikován pro využití na různých typech pracovišť a dal vznik i nástroji pro dětská pracoviště – MISSCARE Survey-Ped (Bagnasco et al., 2019, s. 921). MNC je pojem definovaný jako „jakýkoli aspekt požadované péče o pacienta, který je vynechán (částečně nebo zcela) nebo opožděn“. Kromě toho je MNC definována také jako chyba z opomenutí v procesu péče (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009, s. 1510). Model MNC je založen na třech aspektech (pracovní zdroje, materiální zdroje a komunikace), které umožňují sestřám realizovat proces péče. Tyto tři aspekty jsou regulovány „vnitřními procesy“ sester, mezi které patří týmové normy, prioritní rozhodování, vnitřní hodnoty a přesvědčení a návyky. MNC se odehrává uvnitř procesu péče a její dopad byl identifikován v souvislosti s negativními výsledky pacientů.

Aspekty MNC jsou závislé na kultuře, a mohou se tedy významně lišit. Studie provedené v evropských zemích (Ausserhofer et al., 2014; Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Papastavrou, Andreou, Efstathiou, 2014; Zeleníková et al., 2020) poukázaly na vysokou prevalenci MNC v nemocnicích akutní péče pro dospělé (Jarošová et al., 2021, s. 1100). Chůze, polohování, opožděné nebo vynechané krmení, edukace pacientů, plánování propuštění, emocionální podpora, hygiena, dokumentace příjmu a propuštění byly shledány jako velmi často se opakující chybějící aktivity (Jarošová et al., 2021; Plevová et al., 2021; Palese et al. 2015; Kalisch et al., 2011). Jako důvody pro jejich vynechání byly uváděny personální obsazení, zvýšená časová náročnost ošetrovatelské péče, intervencí, špatná týmová spolupráce, neefektivní delegování, omezování nákladů, ale i samotné popírání problému (Bittner et al., 2011, s. 510), přičemž personální zdroje bývaly uváděny jako nejčastější (např. Kalisch, Xie, 2014, s. 875). Na pracovištích pro dětské pacienty nicméně nebyla prozatím problematika MNC dostatečně zkoumána, přestože je poukazováno na její důležitost (Bagnasco et al., 2020; İspir, Sönmez a Selalmaz, 2020).

Celkové výsledky ohledně MNC se prokázaly jako odlišné nejen na základě pohlaví sester, typu oddělení, pracovní spokojenosti a kvality poskytované ošetrovatelské péče. Prokázány byly i výsledky, kdy MNC korelovala s pracovním prostředím a počtem pacientů na sestru (Campbell et al., 2020, s. 2174–2183). Prostředí profesionální praxe bylo identifikováno jako faktor, který může mít na MNC významný dopad (Zhao et al., 2019, s. 1847–1848). Lepší pracovní prostředí bylo spojeno s nižší pravděpodobností negativních výsledků ošetrovatelské péče a negativních dopadů na pacienty. S lepším pracovním prostředím se zvyšuje bezpečnost a kvalita péče (Lake et al., 2019, 353). Jako nejčastěji používaný nástroj pro zachycení vnímání pracovního prostředí byla identifikována škála PES-NWI (Lake, 2002, s. 178). V literatuře se poukazuje na skutečnost, že změny v personálním zajištění a pracovním prostředí mohou být potenciální strategií k nápravě MNC, a to i na dětských pracovištích. Sestry manažerky proto mají ideální pozici k tomu, aby nabídly řešení vedoucí k celkovému snížení MNC (Lake, Riman, Sloane, 2020, s. 2163).

Během pandemie COVID-19 byl výskyt MNC identifikován pouze jako mírně vyšší než v době před pandemií (Cengia et al., 2022, s. 10), což však vzhledem k nízkému počtu dohledaných studií nelze generalizovat. Co se týče samotné situace, mnoho pracovníků bylo přeřazeno na jiná oddělení, očekávalo se zvýšené množství pacientů (Göransson, Falk, Nymark, 2021, s. 2345), což mohlo kvalitu péče, bezpečnost pacientů, ale i výskyt MNC potenciálně ovlivnit.

Na základě sumarizace aktuálních dohledaných poznatků zkoumané problematiky jsme zformulovali teoretickou hypotézu, která se následně odrazila i v cílech praktické části diplomové práce: Z hlediska prevalence MNC a hodnocení pracovního prostředí ošetrovatelské péče jsou patrné rozdíly na jednotlivých typech pracovišť (dospělá vs. dětská); v souvislosti s výskytem pandemie COVID-19 mohou být výsledky touto proměnnou ovlivněné (zaznamenaná mírně vyšší prevalence MNC) a zároveň mají na výskyt MNC vliv jednotlivé faktory a prediktory, jejichž identifikací lze ke snížení výskytu MNC přispět.

3 METODIKA VÝZKUMU

Diplomové práce měla design deskriptivní průřezové observační studie. Pro realizaci výzkumného šetření byla metoda sběru dat provedena kvantitativní formou, prostřednictvím českých verzí 3 hodnotících nástrojů. MNC na dospělých interních pracovištích byla zjišťována pomocí české verze MISSCARE Survey (překlad české verze dotazníku: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. a prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.; Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita; 2017). MNC na dětských interních pracovištích byla zjišťována za pomoci české verze MISSCARE Survey-Ped (překlad české verze a testování psychometrických vlastností dotazníku byly realizovány jako součást projektu IGA Chybějící ošetřovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii – IGA_FZV_2021_013). Pracovní prostředí ošetřovatelské péče bylo na obou typech interních pracovišť (dospělé/dětské) hodnoceno prostřednictvím české verze nástroje Škála pracovního prostředí ošetřovatelské péče (PES-NWI-CZ; překlad české verze dotazníku: prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.; Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita; 2017). Souhlas s použitím dotazníků českých verzí od autorů prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. (příloha č. 1) a zároveň souhlas od tvůrců dotazníků (MISSCARE Survey-Beatrice Kalisch, 2009 – příloha č. 2; PES-NWI-Lake, 2002 – příloha č. 3) byl získán prostřednictvím emailové komunikace. Souhlas s překladem, validizací do českého jazyka a použitím MISSCARE Survey-Ped (Bagnasco et al., 2018 – příloha č. 4) byl hlavní řešitelkou projektu IGA získán prostřednictvím emailové komunikace již dne 31. 1. 2019. Projekt IGA Chybějící ošetřovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii byl schválen etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (UPOL-15913/1030S-2021 – příloha č. 5).

Dílčí částí dotazníkových setů využitých ve výzkumné části diplomové práce pro dospělá (příloha č. 6) i dětská (příloha č. 7) interní pracoviště zahrnovaly:

- a) Údaje ohledně *charakteristiky výzkumného souboru*. Tyto údaje byly shodné pro oba typy interních pracovišť (dospělé i dětské).
- b) Pro identifikaci *chybějící ošetřovatelské péče* byly využity dva odlišné nástroje: MISSCARE Survey (pro dospělá interní pracoviště) a MISSCARE Survey-Ped (pro dětská interní pracoviště), a to vzhledem k tomu, že ačkoliv nástroj MISSCARE Survey-Ped přímo z nástroje MISSCARE Survey pochází, jsou zde položky specifikovány přímo pro dětská pracoviště a některé položky byly navíc s ohledem na

klinické podmínky dětského věku oproti variantě využívané na pracovištích pro dospělé pacienty autory originální verze nástroje přidány či vyřazeny. V rámci vyhodnocení aktivit chybějící ošetrovatelské péče při dichotomizaci odpovědí se navíc berou v potaz odlišně stanovené hodnoty.

- c) V rámci hodnocení *pracovního prostředí ošetrovatelské péče* bylo využito na obou typech interních pracovišť (dospělá i dětská) stejného nástroje: PES-NWI.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce bylo identifikovat rozdíly v MNC a NWE na dospělých a dětských interních pracovištích a zároveň zjistit, zda hodnocení pracovního prostředí má vliv na MNC na obou typech lůžkových pracovišť v ČR.

V souvislosti se stanoveným hlavním cílem práce byly následně specifikovány následující dílčí cíle diplomové práce:

Cíl 1:

Zjistit, jaká je prevalence (výskyt) chybějících ošetrovatelských aktivit na dospělých a dětských pracovištích interního typu.

Cíl 2:

Zjistit, jaké důvody vnímají sestry pracující na dospělých a dětských interních pracovištích jako významné/závažné v souvislosti s chybějícími ošetrovatelskými aktivitami.

Cíl 3:

Zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v celkovém průměrném skóre chybějících ošetrovatelských aktivit na dospělých a dětských pracovištích interního typu z hlediska vybraných charakteristik výzkumného souboru (věk, dosažené vzdělání, specializační vzdělání, počet běžně odpracovaných hodin, počet přesčasových hodin za poslední 3 měsíce, počet zameškaných směn, personální obsazení, délka let praxe na pozici sestry a na současném pracovišti, úmysl odejít z pracovní pozice).

Cíl 4:

Zjistit, jak hodnotí pracovní prostředí ošetrovatelské péče sestry na dospělých a dětských a interních pracovištích a zároveň zjistit, zda v jejich hodnocení existují statisticky významné rozdíly.

Cíl 5:

Zjistit, zda hodnocení pracovního prostředí ošetrovatelské péče má vliv na výskyt MNC na dospělých a dětských lůžkových pracovištích interního typu.

Stanovené hypotézy k cíli 3

Hypotéza 3.1: Existují rozdíly v prevalenci chybějících ošetrovatelských aktivit (vyhodnoceným kompozitním skóre) z hlediska vybraných faktorů (charakteristik výzkumného souboru), a to jak na dospělých, tak dětských interních pracovištích. Hypotéza 3.1 byla následně rozvedena z hlediska zjišťovaných vybraných faktorů na jednotlivé podoblasti:

H3.1.1.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska věku sester.

H3.1.2.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska vzdělání sester.

H3.1.3: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska specializačního vzdělání.

H3.1.4.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska počtu běžně odpracovaných hodin za týden.

H3.1.5.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska přesčasových hodin za poslední 3 měsíce.

H3.1.6.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska zameškaných směn/dní v práci.

H3.1.7.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska vnímání dostatečného personálního zabezpečení.

H3.1.8.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry celkově.

H3.1.9.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry na současném pracovišti.

H3.1.10.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na dospělých i dětských interních pracovištích rozdíly z hlediska úmyslu odejít ze současné pracovní pozice.

Stanovené hypotézy k cíli 4

Hypotéza 4.1: Z hlediska hodnocení pracovního prostředí ošetrovatelské péče (jak v celkovém skóre, tak v průměrném skóre v rámci jednotlivých domén) existují statisticky významné rozdíly mezi dospělými a dětskými interními pracovišti.

Stanovené hypotézy k cíli 5

Hypotéza 5.1: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a pracovním prostředím ošetrovatelské péče bude prokázán negativní vztah (korelace). Sestry, které vyhodnotí pracovní prostředí ošetrovatelské péče jako příznivé (a to jak celkově – prostřednictvím kompozitního skóre, tak v jednotlivých doménách), budou uvádět nižší míru chybějících ošetrovatelských aktivit. Hypotéza 5.1 byla následně rozvedena z hlediska typu pracovišť na dvě podoblasti:

H5.1.1: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a pracovním prostředím ošetrovatelské péče bude prokázána negativní korelace na dospělých interních pracovištích.

H5.1.2: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a pracovním prostředím ošetrovatelské péče bude prokázána negativní korelace na dětských interních pracovištích.

3.2 Charakteristika souboru

Cílovou skupinu respondentů tvořily sestry pracující na dospělých a dětských lůžkových pracovištích interního typu v ČR, které byly ochotny zúčastnit se výzkumného šetření. Výzkumný soubor kvantitativního šetření byl vybrán záměrnou selekcí, zařazovací a vyřazovací kritéria výběru respondentů byla obdobná pro oba typy pracovišť (dospělá a dětská interní pracoviště). Zařazeny byly sestry pracující na lůžkových interních dospělých a dětských odděleních v rámci ČR; které byly ochotny zúčastnit se výzkumného šetření.

Vyřazovací kritéria zahrnovala sestry pracující v ambulantních zařízeních; zastupující manažerské pozice; pracující na chirurgických typech pracovišť. Součástí každého setu dotazníků byl informovaný souhlas pro respondenty (příloha č. 8), po jeho udělení (zaškrtnutí) bylo možné pokračovat ve výzkumném šetření. Vyplněné dotazníky, ve kterých nebyl souhlas udělen, byly následně vyřazeny (n=4). Zároveň byly vyřazeny dotazníky, které obsahovaly údaje od sester z chirurgických typů pracovišť (n = 14), ale i z obecných dětských klinik a oddělení (n = 42) a neonatologických pracovišť (n = 6).

Na počátku samotného výzkumného šetření byla stanovena minimální velikost výzkumného souboru na podkladě směrodatných odchylek z předchozích studií využívajících dané nástroje. Pro tři z využitých nástrojů s přesností 95 % vychází tento počet z výpočtu dle Hendla (2004, s. 173):

- MISSCARE Survey ze studie Zeleníková, Gurková, Jarošová (2019) - n = 100.
- PES-NWI pro dospělá interní pracoviště ze studie Lake et al. (2020) - n = 43.
- PES-NWI pro dětská interní pracoviště ze studie Lake et al., (2017) - n = 41 (příloha č. 9).

Vzhledem k absenci studií v souvislosti s uvedenými SD byl při využití nástroje MISSCARE Survey-PED předpokládán počet výzkumného souboru v rozsahu 300–500 participantů. Pro minimální velikost výzkumného souboru byl v rámci této diplomové práce tedy využit předpoklad 10 % z očekávaného počtu respondentů.

3.3 Metoda sběru dat

Prvotním záměrem distribuce dotazníků bylo vzhledem k probíhající pandemii COVID-19 sbírat data pouze online prostřednictvím Google Forms®. Jednotlivé sety dotazníků byly sdíleny přes platformy sociálních sítí napříč ČR. Vzhledem k zaznamenanému nízkému počtu vyplněných dotazníků dětskými sestrami z interních pracovišť byl výzkum podpořen projektem Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii – IGA_FZV_2021_013. V rámci projektu byla data z dětských pracovišť získávána prostřednictvím papírových dotazníků. Ke spolupráci v rámci distribuce byl osloven management dětských lůžkových interních pracovišť, který byl poučen o nutné anonymitě při sběru dat. Finální počet respondentů zahrnoval 120 sester z dospělých (online sběr dat) a 138 sester z dětských interních pracovišť (sběr dat papírovou formou).

Vzhledem k výše stanoveným cílům diplomové práce byly využity celkem tři nástroje:

- a) V rámci *dospělých interních pracovišť* byla využita česká verze dotazníku MISSCARE Survey. První část obsahuje údaje týkající se charakteristik sester a klinického prostředí ošetrovatelské praxe (vybrané údaje byly využity i v rámci výzkumné části diplomové práce). Hlavní část nástroje je rozdělena do dvou částí, a to na část A a B. Část A obsahuje 24 položek a jsou v ní hodnoceny jednotlivé ošetrovatelské aktivity ve vztahu k tomu, jak často bývají vynechány/opomíjeny; jak často chybí. K jejich hodnocení se standardně využívá pětibodová Likertova stupnice, od 1 („nikdy vynechány“) po 5 („vždy vynechány“). Část B obsahuje 17 položek. Na čtyřbodové Likertově stupnici od 1 („není důvod“) po 4 („závažný důvod“) sestry označují důvody pro MNC. V části B jsou jednotlivé důvody dle originální studie rozděleny do tří oblastí – personální zabezpečení, materiální zabezpečení a komunikace (Kalánková et al., 2019, s. 69; Kalish, Williams, 2009, s. 216).
- b) V rámci *dětských interních pracovišť* byla MNC zjišťována pomocí hodnotícího nástroje MISSCARE Survey-Ped, který byl autory Bagnasco et al. (2018) vytvořen na základě italské verze MISSCARE Survey pro dospělé pacienty (Sist et al., 2017) a MISSCARE-NICU pro neonatologická pracoviště (Tubbs-Cooley et al., 2015). Vzhledem k tomu, že dotazník MISSCARE Survey-Ped nebyl jazykově validován pro českou populaci dětských sester, byla tato jazyková validizace provedena dle metodologického postupu dle Wild et al. (2005) jako součást IGA projektu. Postup lingvistické validizace nástroje MISSCARE Survey-Ped zahrnoval překlad italské originální verze dvěma nezávislými italskými překladateli/rodilými mluvčími do českého jazyka. Tyto překlady byly výzkumným týmem sjednoceny za účelem získání jedné české verze. Ta byla následně přeložena dvěma nezávislými italskými překladateli zpět do dvou italských verzí, z nichž byla opět vytvořena verze jedna. Položky dotazníku byly porovnány výzkumným týmem a dalším nezávislým italským rodilým mluvčím s originální verzí nástroje. Odhalené problematické položky byly pečlivě rozebrány a výzkumným týmem upraveny, následně vznikla unikátní česká verze. Ta byla z hlediska srozumitelnosti, relevantnosti a použitelnosti hodnocena v rámci předvýzkumu šesti sestrami s minimálně desetiletou praxí v pediatrii. Vyhodnocena byla kladně, a proto mohla být při sběru dat dále využita. Součástí IGA FZV projektu bylo i testování psychometrických vlastností nástroje MISSCARE Survey-Ped. V rámci něj byla testována konstruktová validita a reliabilita nástroje. Vzhledem k tomu, že část A nástroje je inventářem aktivit a standardně se v rámci ní neprovádí faktorová analýza,

byla tato faktorová analýza provedena pouze v části B (Bagnasco et al., 2018). Prvotně k ověření adekvátnosti vzorku byl proveden Kaiser-Meyer-Olkinův test a Barlettův test sféricity. Zjištěny byly adekvátní hodnoty, a proto bylo možné pokračovat v další analýze. Prostřednictvím analýzy hlavních komponent (PCA) byly extrahovány 3 faktory, které vysvětlovaly 69,7 % variability. Faktor 1 sytilo 7 položek a byl pojmenován jako Materiální zdroje a komunikace mezi odděleními; faktor 2 pak sytily 4 položky a nesl název Předvídatelnost a intenzita práce a faktor 3 obsahoval 6 položek, a pojmenován byl jako Lidské zdroje a spolupráce/komunikace na oddělení. Interní konzistence byla v rámci testování excelentní, pro část A bylo Cronbachovo alfa 0,993 a pro část B pak 0,939. Hodnota Cronbachova alfa pro celý nástroj představovala hodnotu 0,973 (vysoce akceptovatelná reliabilita nástroje). Hlavní část nástroje MISSCARE Survey – Ped se skládá stejně jako varianta pro dospělé pacienty (avšak s rozdílným počtem položek v jednotlivých částech) z části A, zaměřující se na jednotlivé ošetrovatelské aktivity (29 položek), a části B, kde jsou zjišťovány důvody pro jejich vynechání (17 položek; Bagnasco et al., 2018). Připojena byla část týkající se charakteristiky výzkumného souboru – stejná jako ve variantě pro dospělá interní pracoviště. K hodnocení ošetrovatelských aktivit se využívá pětibodová Likertova stupnice, od 1 („nikdy vynechána“) po 5 („vždy vynechána“), navíc je přidána možnost 0 („neaplikovatelné“). V části B je hodnocení položek obdobné jako ve variantě pro pracoviště hospitalizující dospělé pacienty – čtyřbodová Likertova stupnice s možnostmi od 1 („žádný důvod“) po 4 („velmi významný důvod“). Rozložení položek pod jednotlivé faktory (oblasti) v části B v rámci psychometrického testování autory originální verze nástroje bylo odlišné od popsané faktorové struktury české verze nástroje, jejíž testování bylo součástí IGA FZV projektu. Autoři originální verze nástroje popsali 3 faktory – materiální zdroje, personální zdroje a komunikace (Bagnasco et al., 2018). Faktorové rozložení originální verze nástroje bylo více podobné faktorovému rozložení varianty pro dospělé pacienty (MISSCARE Survey), proto bylo využito i v rámci této diplomové práce, aby bylo možné porovnat okruhy důvodů mezi dospělými a dětskými interními pracovišti.

- c) S oběma nástroji (MISSCARE Survey, MISSCARE Survey-Ped) byl zároveň distribuován i nástroj PES-NWI, který obsahuje 31 otázek vyhodnocujících pracovní prostředí ošetrovatelské péče dle odpovědí personálu opět na čtyřbodové Likertově škále – rozhodně souhlasím (4), souhlasím (3), nesouhlasím (2), rozhodně nesouhlasím

(1). Nástroj PES-NWI je tvořen pěti subškálami. Dvě subškály (Účast sester na řešení záležitostí nemocnice – 9 položek; Ošetrovatelské základy kvality péče – 10 položek) slouží k hodnocení pracovního prostředí na úrovni zařízení/nemocnic. Další tři subškály (Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester – 5 položek; Odpovídající personální zajištění a zdroje – 4 položky; Kolegiální vztahy sester a lékařů – 3 položky) k hodnocení na úrovni jednotlivých oddělení (Lake, 2002).

3.4 Realizace výzkumu

Výzkumná část diplomové práce probíhala na dospělých a dětských odděleních interního typu a vzhledem k tomu, že probíhala i na pracovištích pro dospělé pacienty, byla schválena osobním souhlasem členů etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (č. EK – UPOL 30543/1070-2021 – příloha č. 10).

Sběr dat byl započat v lednu 2021 online formou, avšak vzhledem k tomu, že z dětských pracovišť bylo získáno pouze malé množství vyplněných dotazníků (n = 4), byl výzkum podpořen projektem IGA Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii. Sběr dat byl ukončen na konci března 2021. Online formou (po zaškrtnutí informovaného souhlasu byli respondenti přesměrováni na dotazník) bylo z ČR vyplněno 120 dotazníků z dospělých interních pracovišť. V rámci dětských pracovišť bylo do února 2021 získáno udělení souhlasu managementu z 8 nemocnic (oslovených bylo prostřednictvím emailové komunikace všech 79 pracovišť, tak jak je uvádí Česká pediatrická společnost), avšak pouze u 5 z nich byl zachycen interní typ pracoviště. Vzhledem k tomu, že nemocnice si nepřály být zveřejněny, souhlasy nemocnic jsou k nahlédnutí u autora DP, a nejsou tedy v práci zveřejněny. Souhlasná stanoviska byla získána prostřednictvím emailové komunikace. Celkem bylo po telefonické domluvě s vrchními sestrami na tato pracoviště poštou distribuováno 180 dotazníků. Vrchním sestram byl telefonicky vysvětlen účel výzkumu a následně zaslán průvodní dopis. Informovaný souhlas pro respondenty byl přikládán ke každému setu dotazníků a respondenti v něm byly požádány, aby svůj souhlas potvrdili zaškrtnutím políčka. Současně byly na oddělení zaslány obálky, do kterých byly po vyplnění dotazníky vkládány. Z hlediska zachování anonymity bylo na vrchní sestry apelováno, aby byly dotazníky po vyplnění sestrami vkládány do předem označených, uzavřených boxů. Dotazníky byly zpětně zaslány poštou spolu s informovanými souhlasy výzkumnému týmu. celkový počet vyplněných dotazníků z dětských interních pracovišť byl 138 (76,6 %).

Účast na studii byla na obou typech pracovišť (dospělá i dětská interní pracoviště) dobrovolná. Vyplnění setů dotazníků bylo odhadnuto na 15–20 minut. Z účasti na projektu pro

respondenty nevyplývala žádná rizika. Pokud se respondent rozhodl odstoupit z účasti na výzkumném projektu, mohl tak učinit kdykoli, i v jeho průběhu (při online sběru dat tak dotazníky nebyly odeslány). Sociodemografická data byla zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Výzkumné šetření bylo ovlivněno pandemií covid-19, protože sběr dat probíhal od ledna do března 2021. V některých dotaznících nebyly vyplněny všechny položky, to však nebylo důvodem pro jejich vyřazení ze studie.

3.5 Metody zpracování dat

Strategie výzkumné části diplomové práce zaměřené na specifika rozdílů MNC a NWE na dospělých a dětských interních pracovištích byla s ohledem na využití nástroje následující:

Vzhledem k tomu, že se v rámci MNC jedná o dva odlišné nástroje (MISSCARE Survey a MISSCARE Survey-Ped), byly rozdíly v této oblasti obsažené v prvních dvou cílech identifikovány pouze prostřednictvím deskriptivní statistiky. Na obou typech interních pracovišť (dospělá a dětská) byly v rámci hodnocení aktivit vypočítány: celková prevalence chybějící péče; % sester, které nezabezpečily jednu anebo více ošetrovatelských činností; a průměrný počet chybějících aktivit na jednu sestru. V rámci jednotlivých ošetrovatelských aktivit bylo vypočítáno pro oba typy pracovišť rovněž kompozitní (celkové průměrné) skóre. Ošetrovatelské činnosti byly popsány pomocí minimální (min) a maximální (max) udávané hodnoty, průměru (M), směrodatné odchylky (SD), ale na základě dichotomizace položek i procentem pozitivních odpovědí. Zde se odlišuje vyhodnocení v rámci pracovišť: v rámci nástroje MISSCARE-Ped se procentuálně zobrazují hodnoty vyšší než 1 (nikdy), v případě nástroje MISSCARE pak hodnoty větší než 2 (občas). Jednotlivé aktivity pro dospělá a dětská interní pracoviště se významově liší. Důvody chybějící péče byly rovněž popsány deskriptivně podobně jako u aktivit (min, max, M, SD, % odpovědí vyšší než 1 – nikdy), byť je hodnocení v těchto případech obdobné, nemohla být využita inferenční statistika rovněž vzhledem k odlišnosti významu některých položek. Jednotlivé důvody byly zařazeny pod oblasti (faktory) popisované autory originálních verzí obou dotazníků (Bagnasco et al., 2018; Kalisch, Williams, 2009), vypočítáno bylo průměrné skóre pro tyto oblasti a pro lepší přehlednost byly zobrazeny i graficky.

V rámci třetího cíle k identifikaci rozdílů v kompozitním skóre ošetrovatelských aktivit pro dospělá a dětská interní pracoviště z hlediska vybraných faktorů (charakteristiky výzkumného souboru) byl využit Mann-Witney U test a Kruskal-Wallisův test.

Hodnocení NWE bylo dle čtvrtého cíle popsáno na dospělých i dětských interních pracovištích deskriptivně (Min, Max, M, SD a na základě dichotomizace položek procentem pozitivních odpovědí). Vzhledem k tomu, že se jednalo o stejný nástroj (PES-NWI) na obou typech pracovišť, zjišťovány byly rozdíly v hodnocení mezi dospělými a dětskými typy pracovišť pomocí Mann-Whitney U testu a identifikovány byly prostřednictvím M rank.

Vztah mezi kompozitním skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a hodnocením NWE (prostřednictvím kompozitního skóre, tak průměrnou hodnotou v jednotlivých subškálách), který byl posledním cílem, byl ověřen pomocí Spearmanova korelačního koeficientu pro oba typy pracovišť individuálně.

Údaje byly testovány ve statistickém programu SPSS 25.0. Neparametrické statistické testy v rámci inferenční statistiky byly využity s ohledem na nenormální rozložení dat na obou typech pracovišť (Kolmogorov-Smirnov test: dospělá interní pracoviště - 0.056; $p < 0.01$; dětská interní pracoviště - 0.067; $p < 0.01$). Chybějící data se pohybovala od 0,3 do 0,7 % pro oba typy pracovišť. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$; p-hodnoty nižší než 0,05 jsou v tabulkách zvýrazněny tučně.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kapitola prezentuje přehled statistických dat, která byla získána pomocí české verze dotazníků MISSCARE Survey – dospělá interní pracoviště, MISSCARE Survey-Ped – dětská interní pracoviště a PES-NWI, který byl součástí obou předchozích dotazníků. První část je zaměřena na charakteristiku sociodemografických údajů. Následující část se zabývá prevalencí MNC a chybějícími aktivitami na dospělých a dětských interních pracovištích. Dále byly zjišťovány důvody, které přispívají k MNC na dospělých a dětských interních pracovištích. Diplomová práce se dále věnuje rozdílům v kompozitním skóre ošetrovatelských aktivit pro dospělá a dětská interní pracoviště z hlediska vybraných faktorů (charakteristiky výzkumného souboru vztahujících se k jednotlivým testujícím se hypotézám v této diplomové práci, a také rozdíly NWE mezi dospělými a dětskými pracovišti. Popisuje i NWE na jednotlivých pracovištích. Závěrečná část je zaměřena na vztah celkového pracovního prostředí k MISSCARE. V kapitole Výsledky výzkumu byly použity zkratky pro dospělá interní pracoviště (dále DOSP) a pro dětská interní pracoviště (dále PED), a to z důvodu přehlednosti výsledků.

4.1 Popis souboru

Tabulka č. 1 charakterizuje výzkumný soubor z hlediska sociodemografických a pracovních údajů. Prostřednictvím deskriptivní statistiky byla popsána absolutní a relativní četnost charakteristiky výzkumného souboru.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru – deskriptivní statistika

Proměnná		DOSP		PED	
		N = 120	%	N = 138	%
Věk	18–30 let	36	30,0	8	5,8
	31–40 let	43	35,8	21	15,2
	41–50 let	34	28,3	63	45,7
	51–60 let	6	5,0	39	28,3
	61 let a více	1	0,8	7	5,1
Vzdělání	SZŠ	36	30,0	96	69,6
	VOŠ	26	21,7	18	13,0
	VŠ (Bc.)	40	33,3	20	14,5
	VŠ (Mgr. A vyšší)	18	15,0	4	2,9
Specializace	Ano	48	40,0	76	55,1
	Ne	72	60,0	62	44,9
Odpracované hodiny/týden	Méně než 30 hodin	11	9,2	16	11,6
	Více než 30 hodin	109	90,8	122	88,4

Přesčasové hodiny*	Žádné	8	6,7	26	18,8
	Méně než 12 hodin	20	16,7	50	36,2
	Více než 12 hodin	92	76,7	62	44,9
Vynechané směny**	Žádné	96	80,0	107	77,5
	1 směna	2	1,7	4	2,9
	2–3 směny	6	5,0	3	2,2
	Více než 4 směny	16	13,3	24	17,4
Vnímaný počet personálu	0 % času	35	29,2	5	3,6
	25 % času	28	23,3	6	4,3
	50 % času	38	31,7	35	25,4
	75 % času	18	15,0	43	31,2
	100 % času	1	0,8	49	35,5
Délka praxe na pozici sestry	Do 5 let	33	27,5	9	6,5
	6–10 let	16	13,3	6	4,3
	11–15 let	18	15,0	15	10,9
	16–20 let	16	13,3	14	10,1
	21 let a více	37	30,8	94	68,1
Délka praxe na pracovní pozici	Do 5 let	70	58,8	29	21,0
	6–10 let	16	13,4	20	14,5
	11–15 let	10	8,4	26	18,8
	16–20 let	8	6,7	19	13,8
	21 let a více	15	12,6	44	31,9
Úmysl odejít ze současné pracovní pozice	V následujících 6 měsících	13	10,8	5	3,6
	V následujícím roce	10	8,3	2	1,4
	Za více než 1 rok	32	26,7	15	10,9
	Bez úmyslu odejít	65	54,2	116	84,1
* za poslední 3 měsíce; ** z důvodu onemocnění, zranění, PN					

Tabulka č. 1 ukazuje, že na DOSP byla nejvíce zastoupena věková kategorie sester 31–40 let, a to počtem 43 sester (35,8 %). Průměrný věk na DOSP činil 36,66 let, $SD \pm 9,68$ (18–70). Na PED, bylo zastoupeno nejvíce respondentů ve věku 41–50 let, což činilo 63 respondentů, (45,7 %). Průměrný věk na PED byl 46,5 let, $SD \pm 9,2$ (22–66). DOSP uvedla nejčastější zastoupení sester se vzděláním VŠ (všeobecná sestra/dětská sestra/porodní asistentka, Bc.) ve 40 případech (33,3 %), ve skupině sester PED bylo nejčastěji uváděno vzdělání SZŠ (všeobecná sestra do roku 2008, dětská sestra do roku 1997, zdravotní sestra do roku 1997) v 96 případech (69,6 %). Na DOSP většina sester 72 (60 %) v dotazníku uvedla, že nemá specializaci, na PED specializaci získalo 76 sester (55,1 %). Pracovní údaje obsahovaly otázky na odpracované hodiny během týdne, na DOSP uváděly více než 30 odpracovaných hodin ve 109 odpovědích (90,8 %). Na PED uváděly více než 30 odpracovaných hodin ve 122 odpovědích (88,4 %). Přesčasové hodiny více než 12 hodin za poslední 3 měsíce uvedlo 92 sester (76,7 %) na DOSP, 62 (44,9 %) na PED. Významný počet respondentů 96 (80 %) uvedl, že nevynechal z důvodu PN, zranění, onemocnění na DOSP, na PED tuto odpověď uvedlo 107 respondentů (77,5 %). Vnímání dostatečného počtu personálu na DOSP uváděly nejčastěji 0 %, a to 35 sester (29,2

%), ve 100 % uvedlo 49 sester (35,5 %) na PED. Délka praxe na pozici sestry na DOSP činila 21 let a více v 37 odpovědích (30,8 %), na PED délka praxe na pozici sestry činila 21 let a více v 94 odpovědích (68,1 %). V průměru činila délka praxe na DOSP celkem 14,61 let, $SD \pm 10,54$ (0,5-50). Průměrná délka praxe na PED byla celkem 16,4 let, $SD \pm 11,1$ (0,5- 41). Z odpovědí na délku praxe na současné pracovní pozici vyplývá, že na DOSP pracovištích sestry nejčastěji uváděly do 5 let v 70 odpovědích (58,8 %), průměrná délka praxe na současné pozici činila 8,12 let, $SD \pm 8,77$ (0,5-50). Na PED uvedly nejčastěji odpověď 21 let a více ve 44 případech (31,9 %), průměrná délka praxe na současné pozici na PED činila 25,1 let, $SD \pm 10,7$ (0,5-46). Na DOPS nemělo v úmyslu odejít ze současné pracovní pozice 65 sester (54,2 %), na PED pracovišť nemělo úmysl odejít ze současné pracovní pozice 116 sester (84,1 %).

4.2 Výsledky výzkumu vztahující se k jednotlivým cílům

Následující kapitola prezentuje výsledky získané z jednotlivých dotazníkových setů z DOSP a z PED. V jednotlivých podkapitolách shrneme výsledky, které se vztahují k jednotlivým cílům práce. Výsledky získané z částí A dotazníků MISSCARE Survey a MISSCARE Survey – Ped popisují chybějící ošetrovatelské aktivity a jejich výskyt. Výsledky z částí B dotazníků MISSCARE Survey a MISSCARE Survey-Ped popisují nejvýznamnější důvody pro vynechání jednotlivých ošetrovatelských aktivit. Dále byly popsány statisticky významné rozdíly v prevalenci chybějících ošetrovatelských aktivit z hlediska vybraných faktorů (sociodemografických údajů), a to jak na DOSP, tak PED. Výsledky týkající se hodnocení NWE byly na obou typech pracovišť popsány deskriptivně, zároveň bylo cílem zjistit statisticky významné rozdíly v hodnocení NWE mezi zkoumanými pracovišti dle jednotlivých subškál. Posledním cílem pak bylo prokázat vztah mezi NWE a MNC z hlediska průměrných skóre, tak i ve vztahu MNC k jednotlivým subškálám pracovního prostředí na obou typech pracovišť.

4.2.1 Výsledky k cíli 1

Cíl 1: Zjistit, jaká je prevalence (výskyt) chybějících ošetrovatelských aktivit na DOSP a PED.

V **Tabulce č. 2 a 3** byly ošetrovatelské aktivity popsány pomocí minimální (min.) a maximální (max.) udávané hodnoty, průměru (M), směrodatné odchylky (SD), ale na základě dichotomizace položek i procentem pozitivních odpovědí.

V **tabulce č. 2** jsou prezentovány výsledky deskriptivní analýzy dotazníku MISSCARE Survey – části A; data byla získána na DOSP.

Tabulka 2 Chybějící ošetrovatelské aktivity – DOSP

	Položky	Min.	Max.	M	SD	%*
	1. Chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace.	1	5	3,23	1,31	66,7
	2. Polohování pacienta každé 2 hodiny.	1	5	2,83	1,34	55,8
	3. Krmení pacienta, když je jídlo ještě teplé.	1	5	3,05	1,50	60,0
	4. Příprava jídla pacientovi, který se nají sám.	1	5	3,12	1,63	60,8
	5. Podávání léků v rozmezí 30 minut před ordinovaným časem nebo do 30 minut po něm (např. lék je podán mezi 9.30–10.30, je-li ordinován na 10.00 hod).	1	5	3,08	1,30	60,8
	6. Sledování vitálních funkcí podle ordinace.	1	5	2,77	1,60	52,5
	7. Sledování příjmu/výdeje tekutin.	1	5	2,71	1,57	48,4
	8. Úplná dokumentace všech potřebných údajů.	1	5	2,53	1,39	45,1
	9. Edukace pacienta o nemoci, testech a vyšetřeních.	1	5	2,82	1,28	55,8
	10. Citová podpora pacienta nebo rodiny.	1	5	2,79	1,18	55,8
	11. Koupání pacienta/péče o kůži.	1	5	2,85	1,51	52,5
	12. Péče o dutinu ústní.	1	5	2,90	1,37	60,0
	13. Mytí rukou.	1	5	2,86	1,54	54,1
	14. Plánování propuštění a edukace pacienta.	1	5	2,86	1,38	51,6
	15. Sledování glykémie u lůžka podle ordinace.	1	5	2,93	1,85	48,3
	16. Posouzení pacienta během každé směny.	1	5	2,74	1,64	47,5
	17. Cílené opětovné posouzení pacienta podle jeho stavu.	1	5	2,68	1,44	49,2

18. Péče o místo zavedení periferní/centrální žilní kanyly a jeho posouzení podle standardu nemocnice.	1	5	2,53	1,54	46,7
19. Reakce na signalizaci pacienta do 5 minut	1	5	2,82	1,57	51,7
20. Reakce na žádost pacienta o podání léku podle potřeby do 15 minut.	1	5	2,88	1,43	55,8
21. Posouzení účinnosti léků.	1	5	2,78	1,21	57,5
22. Účast na všech konziliích interdisciplinární péče.	1	5	3,17	1,08	70,0
23. Pomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta.	1	5	3,01	1,36	62,4
24. Péče o kůži/o ránu.	1	5	2,79	1,65	50,0
*procento pozitivních odpověď větší než 2 (občas)					

V **tabulce č. 2** si můžeme si všimnout, že nejčastěji chybějící aktivitou uváděnou sestrami na DOSP byla účast na všech konziliích interdisciplinární péče (70,0 %), dále chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace (66,7 %) a pomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta (62,4 %).

Nejméně chybějící aktivity uváděné na DOSP byly řazené od zcela nejméně udávané, úplná dokumentace všech potřebných údajů (45,1 %), péče o místo zavedení periferní/centrální žilní kanyly a jeho posouzení podle standardu nemocnice (46,7 %), posouzení pacienta během každé směny (47,5 %).

V tabulce č. 3 jsou prezentovány výsledky deskriptivní analýzy dotazníku MISSCARE Survey – části A; data byla získána na PED.

Tabulka 3 Chybějící ošetrovatelské aktivity – PED

	Položky	Min.	Max.	M	SD	%*
10.	Léčba bolesti pomocí farmakologických nebo nefarmakologických intervencí dle protokolu (ordinace lékaře).	1	5	1,60	1,43	19,5
22.	Péče o místo vpichu PŽK a/nebo CŽK dle platných standardů.	1	5	1,75	1,55	26,7
3.	Zhodnocení účinnosti podávaných léků (farmakologické terapie).	1	5	1,72	1,42	29,0
27.	Osobní hygienická dezinfekce rukou (např. mezi jednotlivými výkony, pacienty,...).	1	5	1,87	1,52	30,0
17.	Reakce na signalizační zařízení anebo alarm do 5 minut (např. monitor, infuzní pumpy, ventilátor).	1	5	1,80	1,51	30,7
19.	Odběry biologického materiálu dle ordinace.	1	5	1,84	1,48	31,8
7.	Edukace dětského pacienta a jeho rodiny.	1	5	1,78	1,40	31,9
25.	Posuzování fyziologických funkcí dle ošetrovatelského plánu.	1	5	1,88	1,44	34,7
11.	Podávání potřebné medikace dítěti do 15 minut od vyžádání.	1	5	1,82	1,41	35,6
24.	Sledování příjmu/výdeje stravy a tekutin.	1	5	1,86	1,44	36,9
5.	Péče o dutinu ústní.	1	5	1,83	1,50	38,4
13.	Zprostředkování všech významných informací při střídání služeb/výměně sester.	1	5	1,96	1,50	39,1
16.	Asistence dítěti s potřebou vyprázdnění (eliminací) do 5 minut od iniciované žádosti (např. doprovod dítěte na WC nebo poskytnutí vhodných pomůcek, pokud je upoutáno na lůžko).	1	5	1,80	1,59	39,1
6.	Zapojení rodičů do péče o dítě.	1	5	2,0	1,46	40,5
14.	Uspokojení stravovacích potřeb vzhledem ke klinickému stavu dítěte (např. podpora perorálního příjmu potravy a/nebo výživy na	1	5	1,96	1,47	41,3

	základě požadavku novorozence, podpora správné výživy s ohledem na preference dítěte).					
20.	Tělesná hygiena a péče o kůži dětského pacienta.	1	5	2,01	1,49	42,7
21.	Posouzení místa vpichu PŽK a/nebo CŽK dle platných standardů.	1	5	1,80	1,54	43,4
26.	Cílené/záměrné přehodnocení stavu dítěte za účelem posouzení zlepšení nebo zhoršení jeho stavu během služby.	1	5	1,93	1,38	43,4
4.	Pasivní mobilizace dětského pacienta (bez jeho pomoci) každé 2 hodiny nebo dle ordinace.	1	5	1,76	1,35	43,8
12.	Důsledné dokumentování poskytování ošetrovatelské péče v kontextu legislativních předpisů a zvyklostí oddělení.	1	5	2,04	1,47	44,9
23.	Osvojení si nevyhnutelných opatření prevence a kontroly infekcí dle platných standardů (osobní ochranné pomůcky (OOP), dezinfekce zařízení, izolace, správná likvidace zdravotnického odpadu).	1	5	1,98	1,42	45,6
8.	Diskuze s dítětem a jeho rodinou o plánovaném propuštění a péči v domácím prostředí.	1	5	1,85	1,38	46,0
1.	Každodenní účast na vizitách u lůžka dětského pacienta.	1	5	2,04	1,46	46,4
15.	Administrace léků 30 minut před anebo po uplynutí stanoveného času (např. ordinováno na 20:00 administrace od 19:30 do 20:30).	1	5	1,96	1,34	47,0
29.	Kontrola bezpečnosti a čistoty zařízení a vybavení lůžka dětského pacienta prováděná jednou za směnu nebo dle platných standardů (např. lůžko, noční stolek, zařízení).	1	5	2,01	1,47	47,1
2.	Chůze s dítětem 3krát denně nebo dle ošetrovatelského plánu, pokud to klinické podmínky dovolují.	1	5	1,64	1,39	50,0
18.	Emocionální podpora dítěte a/nebo jeho rodiny.	1	5	2,10	1,43	51,5

9.	Podpora neuropsychického vývoje dítěte s ohledem na jeho věk a klinické podmínky (např. neonatální péče, kognitivní a relační vývoj dítěte či dospívajícího jedince).	1	5	2,07	1,29	63,0
28.	Posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi/opatrovníkovi (např. dopomoc dítěti, volnočasové aktivity, dohled nad dítětem,...).	1	5	2,10	1,35	63,1
*procento pozitivních odpovědí větších než 1 (nikdy)						

Tabulka č. 3 dokazuje, že nejčastěji sestrami uváděné chybějící aktivity na PED, řazené od nejvíce chybějících, byly, posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi/opatrovníkovi (např. dopomoc dítěti, volnočasové aktivity, dohled nad dítětem,...; 63,1 %), dále podpora neuropsychického vývoje dítěte s ohledem na jeho věk a klinické podmínky (např. neonatální péče, kognitivní a relační vývoj dítěte či dospívajícího jedince; 63,0 %), emocionální podpora dítěte a/nebo jeho rodiny; 51,5 %).

Nejméně chybějícími aktivitami uváděnými na PED byly reakce na signalizační zařízení anebo alarm do 5 minut (např. monitor, infuzní pumpy, ventilátor; 30,7 %), osobní hygienická dezinfekce rukou (např. mezi jednotlivými výkony, pacienty,... ;30,0 %), zhodnocení účinnosti podávaných léků (farmakologické terapie; 29,0 %).

Závěrem pro dílčí cíl 1 na DOSP a PED

Celková prevalence MNC na DOSP byla 52,8 %. Průměrné kompozitní skóre činilo na DOSP 2,86 (SD = 1,04). Celková prevalence MNC na PED pracovištích byla 37,61 %. Průměrné kompozitní skóre na PED činilo 1,88 (SD = 1,27).

100 % sester na DOSP nezabezpečilo jednu anebo více ošetrovatelských aktivit za poslední pracovní směnu. Průměrné číslo chybějících ošetrovatelských aktivit činilo 16,6 na jednu sestru. 84,8 % sester na PED nezabezpečilo jednu nebo více ošetrovatelských aktivit za poslední pracovní směnu. Průměrné číslo nezabezpečených ošetrovatelských aktivit činilo 10,9 na jednu sestru.

Výzkumný cíl číslo 1 byl splněn na základě prezentovaných výsledků.

4.2.3 Výsledky k cíli 2

Cíl 2: Zjistit, jaké důvody v souvislosti s chybějícími ošetrovatelskými aktivitami považují sestry pracující na DOSP a DET jako významné/závažné.

V **tabulce č. 4 a 5** byly významné důvody v souvislosti chybějícími ošetrovatelskými aktivitami popsány pomocí minimální (min.) a maximální (max.) udávané hodnoty, průměru (M), směrodatné odchylky (SD), ale na základě dichotomizace položek i procentem pozitivních odpovědí.

V **tabulce č. 4** jsou prezentovány výsledky dotazníku MISSCARE Survey, části B – důvody MNC na DOSP – rozděleny dle subškál.

Tabulka 4 Důvody MNC – DOSP

	Položky	Min.	Max.	M	SD	%*
Personální zdroje		1	4	3,31	0,57	-
1	Nedostatečný počet personálu.	1	4	3,51	0,75	97,5
2	Naléhavé situace u pacienta (např. zhoršení stavu pacienta).	1	4	3,38	0,92	91,7
3	Neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavu pacientů na oddělení.	1	4	3,43	0,82	95,0
4	Nedostatečný počet podpůrných nebo administrativních pracovníků (např. praktické sestry, zdravotničtí asistenti, techničtí pracovníci, sekretářky oddělení).	1	4	3,07	0,92	93,3
17	Přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů.	1	4	3,20	0,89	95,0
Materiální zdroje		1	4	2,73	0,97	-
6	Nedostupnost léků v případě potřeby.	1	4	2,67	1,11	80,0
9	Nedostupnost materiálu/ vybavení v případě potřeby.	1	4	2,83	1,09	84,2
10	Nesprávná funkce materiálu/vybavení v případě potřeby.	1	4	2,71	1,04	83,3
Komunikace		1	4	2,77	0,76	-
5	Nevyvážené přidělování pacientů.	1	4	2,71	1,01	85,8
7	Nedostatky při přebírání pacientů od předchozí směny nebo z překládajícího oddělení.	1	4	2,58	1,01	84,2
8	Neposkytnutí potřebné péče z jiného oddělení (např. chůze s pacientem neprovedená při fyzioterapii).	1	4	2,74	1,01	86,3
11	Nedostatečná podpora od členů týmu.	1	4	2,65	1,06	81,7
12	Napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k pomocným/podpůrným oddělením.	1	4	2,68	0,99	85,8

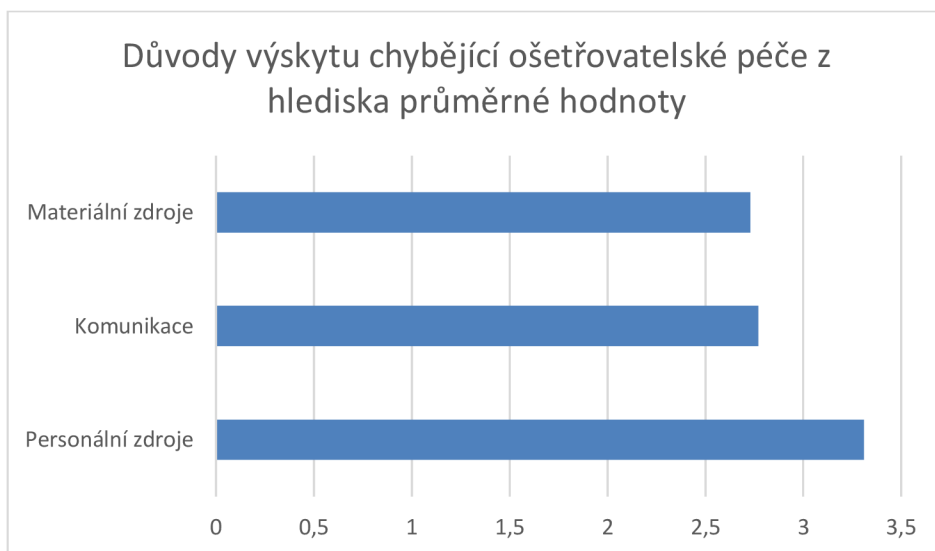
13	Napětí nebo komunikační problémy v rámci ošetrovatelského týmu.	1	4	2,81	0,98	89,2
14	Napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k lékařskému personálu.	1	4	3,00	0,92	91,7
15	Praktická sestra (zdravotnický asistent) neoznámila, že péče nebyla poskytnuta.	1	4	2,78	1,17	78,3
16	Ošetrovatel není přítomen na oddělení nebo je nedostupný.	1	4	3,01	1,07	86,7
*procento pozitivních odpovědí větší než 1 (žádný důvod)						

Na základě dat obsažených v tabulce č. 4 lze konstatovat, že nejčastěji uváděnými důvody na DOSP byly, nedostatečný počet personálu (97,5 %), přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů (95,0 %), neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavu pacientů na oddělení (95,0 %).

Nejméně významné důvody, které sestry na DOSP uváděly byly, praktická sestra (zdravotnický asistent) neoznámila, že péče nebyla poskytnuta (78,3 %), nedostupnost léků v případě potřeby (80,0 %), nedostatečná podpora od členů týmu (81,7 %).

Graf č. 1 prezentuje důvody výskytu MNC z hlediska průměrné hodnoty na DOSP dle subškál.

Graf 1 Hodnocení významnosti důvodů výskytu MNC-DOSP dle subškál autorů originální verze dotazníku.



V tabulka č. 5 jsou prezentovány výsledky dotazníku MISSCARE Survey, části B – důvody chybějící ošetrovatelské péče na PED – rozděleny dle subškál.

Tabulka 5 Důvody MNC-PED

č.	Položky	Min.	Max.	M	SD	%*
Personální zdroje		1	4	2,16	0,80	-
1.	Časté vyrušení během služby (např. telefonáty, plánované vyšetření, návštěvy,...).	1	4	2,64	1,05	81,2
13.	Neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení.	1	4	2,33	0,99	73,2
14.	Dětské pacienti v urgentních situacích (např. zhoršení stavu dítěte).	1	4	2,19	1,05	66,7
17.	Příliš vysoký počet dětských pacientů na jednu sestru v rámci pracovní směny.	1	4	2,14	1,04	63,0
15.	Nedostatečný počet sester na pracovišti.	1	4	1,91	0,99	53,6
16.	Nedostatečný počet pomocného personálu (např. praktických sester, ošetrovatelů).	1	4	1,79	0,93	50,7
Komunikace		1	4	1,68	0,62	-
2.	Napětí nebo komunikační problémy v rámci ošetrovatelského týmu.	1	4	1,71	0,89	45,6
3.	Nedostatečná spolupráce členů týmu (např. sestry, praktické sestry, lékaři)	1	4	1,74	0,90	49,3
4.	Chybějící komunikace ze strany praktických sester týkající se péče o dítě.	1	4	1,43	0,71	31,9
5.	Napětí nebo komunikační problémy s lékařským personálem.	1	4	1,91	0,95	56,6
6.	Napětí nebo komunikační problémy ze strany ostatních služeb anebo oddělení (např. transfúzní centrum, radiodiagnostická centra, nemocniční lékárna atd.).	1	4	1,72	0,77	52,9
7.	Nezbytné úkony nebyly poskytnuté ostatními službami anebo odděleními (např. laboratoř, nemocniční lékárna).	1	4	1,70	0,84	47,8

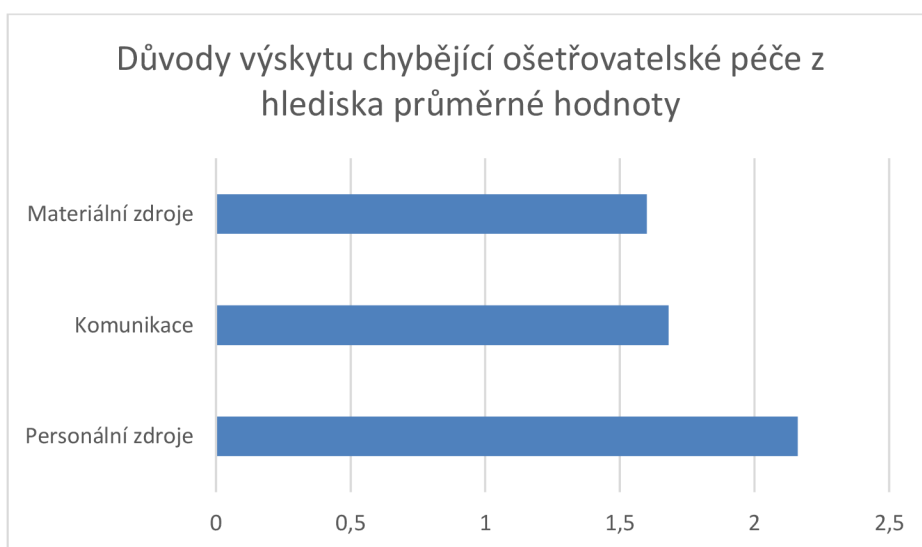
8.	Nedostatečné předávání informací/nezabezpečení ošetrovatelských činností od předchozí směny nebo odesílajícího oddělení.	1	4	1,62	0,86	41,3
Materiální zdroje		1	4	1,60	0,73	-
9.	Nedostatek potřebných zdravotnických pomůcek (např. infuzní pumpy, chirurgické nástroje).	1	4	1,55	0,84	36,2
10.	Nefunkčnost potřebných zdravotnických pomůcek.	1	4	1,72	0,83	51,4
11.	Nedostatek potřebných léků.	1	4	1,62	0,83	43,8
12.	Nedostatečná znalost zařízení/postupů/směrnic.	1	4	1,53	0,75	38,4
*procento pozitivních odpovědí větší než 1 (žádný důvod)						

Z výsledků v **tabulce č. 5** plyne, že nejčastěji byly na PED uváděny důvody, časté vyrušení během služby (např. telefonáty, plánované vyšetření, návštěvy,... ; 81,2 %) tento důvod byl uváděn nejčastěji, dále byly uváděny neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení (73,2 %), dětští pacienti v urgentních situacích (např. zhoršení stavu dítěte; 66,7 %).

Nejméně časté důvody dle sester na PED byly: chybějící komunikace ze strany praktických sester týkající se péče o dítě (31,9 %), nedostatek potřebných zdravotnických pomůcek, např. infuzní pumpy, chirurgické nástroje (36,2 %), Nedostatečná znalost zařízení/postupů/směrnic (38,4 %).

Graf č. 2 prezentuje důvody výskytu MNC dle průměrné hodnoty na PED dle subškál.

Graf 2 Hodnocení významnosti důvodů výskytu MNC – PED dle subškál autorů originální verze dotazníku



Závěrem pro dílčí cíl 2 na DOSP a DET:

Nejčastější důvody výskytu MNC na DOSP z hlediska průměrné hodnoty jednotlivých subškál jsou personální zdroje, jako druhé nejčastěji udávané komunikace a zdroje materiální. Důvod nejčastěji uváděný sestrami na DOSP v subškále personální zdroje byl nedostatečný počet personálu, v subškále komunikace napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k lékařskému personálu. V subškále materiální zdroje se jednalo o nedostupnost materiálu/vybavení v případě potřeby.

Důvody výskytu MNC na PED z hlediska průměrné hodnoty jednotlivých subškál byly na prvním místě stejně jako na DOSP personální zdroje, druhá komunikace a na posledním místě zdroje materiální. Důvod nejčastěji uváděný sestrami na PED v subškále personální zdroje byl Časté vyrušení během služby (např. telefonáty, plánované vyšetření, návštěvy,...), v subškále komunikace Napětí nebo komunikační problémy s lékařským personálem. V subškále materiální zdroje to byla Nefunkčnost potřebných zdravotnických pomůcek.

Výzkumný cíl číslo 2 byl splněn na základě prezentovaných výsledků.

4.2.4 Výsledky k cíli 3

Cíl 3: Zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v celkovém průměrném skóre chybějících ošetrovatelských aktivit na DOSP a PED z hlediska vybraných charakteristik výzkumného souboru (věk, dosažené vzdělání, specializační vzdělání, počet běžně odpracovaných hodin, počet přesčasových hodin za poslední 3 měsíce, počet zameškaných směn, personální obsazení, délka praxe na pozici sestry a na současném pracovišti, úmysl odejít z pracovní pozice).

Hypotéza 3.1: Existují rozdíly v prevalenci chybějících ošetrovatelských aktivit (vyhodnocenými kompozitními skóre) z hlediska vybraných faktorů (charakteristik výzkumného souboru), a to jak na DOSP, tak PED.

Hypotéza 3.1 byla následně rozvedena z hlediska zjišťovaných vybraných faktorů na jednotlivé podoblasti:

H3.1.1.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska věku sester.

H3.1.2.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska vzdělání sester.

H3.1.3: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska specializačního vzdělání.

H3.1.4.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska počtu běžně odpracovaných hodin za týden.

H3.1.5.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska přesčasových hodin za poslední 3 měsíce.

H3.1.6.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska vynechaných směn/dní v práci.

H3.1.7.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska vnímání dostatečného personálního zabezpečení.

H3.1.8.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry celkově.

H3.1.9.: V hodnocení prevalence chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry na současném pracovišti.

H3.1.10.: V hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit budou na DOSP i PED rozdíly z hlediska úmyslu odejít ze současné pracovní pozice.

Tabulka č. 6 prezentuje rozdíly v prevalenci chybějících ošetrovatelských aktivit z hlediska vybraných faktorů (charakteristiky výzkumného souboru – věk, dosažené vzdělání, specializační vzdělání, počet běžně odpracovaných hodin, počet přesčasových hodin za poslední 3 měsíce, počet zameškaných směn, personální obsazení, délka praxe na pozici sestry a na současném pracovišti, úmysl odejít z pracovní pozice) jak na DOSP, tak PED. Ke stanovení rozdílů byl využit Mann-Witney U test a Kruskal-Wallisův test.

Tabulka 6 Vztahy mezi sociodemografickými údaji a Misscare kompozitním skóre

Proměnná	DOSP N = 120	PED N = 138
Délka praxe na současné pracovní pozici	p = 0,954	p = 0,554
Délka praxe na pozici sestry	p = 0,322	p = 0,983
Věk	p = 0,748	p = 0,668
Vzdělání	p = 0,307	p = 0,237
Specializace	p = 0,565	p = 0,356
Odpracované hodiny/týden	p = 0,335	p = 0,923

Přesčasové hodiny*	p = 0,660	
Vynechané směny**	p = 0,529	
Vnímaný počet personálu	p = 0,314	
Úmysl odejít ze současné pozice	p = 0,520	
* za poslední 3 měsíce; ** v důsledku nemoci, zranění, PN		

H3.1.1.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,748) ani dětských (p = 0,668) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska věku sester. Staticky významné rozdíly z hlediska věku nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.2.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,307) ani dětských (p = 0,237) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska vzdělání sester. Staticky významné rozdíly z hlediska vzdělání nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.3.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,565) ani dětských (p = 0,356) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska specializačního vzdělání. Staticky významné rozdíly z hlediska specializačního vzdělání nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.4.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,335) ani dětských (p = 0,923) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska počtu běžně odpracovaných hodin za týden. Staticky významné rozdíly z hlediska počtu běžně odpracovaných hodin za týden nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.5.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,660) ani dětských (p = 0,519) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska přesčasových hodin za poslední 3 měsíce. Staticky významné rozdíly z hlediska přesčasových hodin za poslední 3 měsíce nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.6.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,529) ani dětských (p = 0,653) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska vynechaných směn/dní v práci. Staticky významné rozdíly z hlediska vynechaných směn/dní v práci nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.7.: se nepotvrdila. Na dospělých (p = 0,314) ani dětských (p = 0,458) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska vnímání dostatečného personálního zabezpečení. Staticky významné rozdíly z hlediska vnímání dostatečného personálního zabezpečení nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.8.: se nepotvrdila. Na dospělých ($p = 0,322$) ani dětských ($p = 0,983$) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry celkově. Staticky významné rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry celkově nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.9.: se nepotvrdila. Na dospělých ($p = 0,954$) ani dětských ($p = 0,554$) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry na současném pracovišti. Staticky významné rozdíly z hlediska délky let praxe na pozici sestry na současném pracovišti nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

H3.1.10.: se nepotvrdila. Na dospělých ($p = 0,520$) ani dětských ($p = 0,681$) interních pracovištích nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly z hlediska úmyslu odejít ze současné pracovní pozice. Staticky významné rozdíly z hlediska úmyslu odejít ze současné pracovní pozice nebyly zjištěny ani na jednom z typů pracovišť.

Hypotéza č. 3.1 se nepotvrdila ani v jedné ze zjišťovaných charakteristik výzkumného souboru. Rozdíly v prevalenci chybějících ošetrovatelských aktivit z hlediska vybraných faktorů (charakteristik výzkumného souboru) nebyly prokázány ani na DOSP ani na PED.

Závěr pro dílčí cíl 3 na DOSP a DET:

Při analýze vybraných položek z výzkumného souboru jsme nenalezli statisticky významné rozdíly v žádném z uvedených faktorů v dospělé ani v dětské části výzkumného šetření. Při analýze nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v celkovém průměrném skóre chybějících ošetrovatelských aktivit na DOSP ani PED z hlediska vybraných charakteristik výzkumného souboru.

Výzkumný cíl číslo 3 byl splněn na základě prezentovaných výsledků.

4.2.5 Výsledky k cíli 4

Cíl 4: Zjistit, jak hodnotí NWE sestry na DOSP a PED a zároveň zjistit, zda v jejich hodnocení existují statisticky významné rozdíly.

Hypotéza 4.1: Z hlediska hodnocení NWE péče existují statisticky významné rozdíly mezi DOSP a PED.

Tabulky č. 7, 8 prezentují deskriptivní analýzu dotazníku PES-NWI; data byla získána z DOSP a DET. Položky pracovního prostředí byly popsány pomocí minimální (min.) a maximální (max.) udávané hodnoty, průměru (M), směrodatné odchylky (SD), ale na základě dichotomizace položek i procentem pozitivních odpovědí. Pracovní prostředí ošetrovatelské péče bylo hodnoceno prostřednictvím průměrného kompozitního skóre, přičemž akceptovatelné hodnoty pro příznivé pracovní prostředí byly stanoveny $\geq 2,5$ (Lake, 2002).

Tabulka 7 Pracovní prostředí sester na DOSP rozdělené dle subškál autorů originální verze dotazníku

	Položka	MIN	MAX	M	SD	%*
Účast sestry na nemocničních záležitostech				2,25	0,58	38,4
5.	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku.	1	4	2,34	0,95	41,6
6.	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách).	1	4	2,03	0,85	28,3
11.	Hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná.	1	4	2,13	1,01	35,0
15.	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice.	1	4	2,42	0,86	46,7
17.	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy).	1	4	2,45	0,90	50,0
21.	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.	1	4	2,05	0,78	28,3
23.	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny).	1	4	2,06	0,75	26,6
27.	Sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici.	1	4	2,22	0,81	34,1
28.	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti.	1	4	2,58	0,95	55,0

Ošetrovatelské základy kvality péče				2,62	0,52	56,1
4.	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester.	1	4	2,42	0,98	42,5
14.	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče.	1	4	3,15	0,88	82,5
18.	V nemocnici je jasná filozofie ošetrovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta.	1	4	2,59	0,80	50,9
19.	Spolupracuji se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi.	1	4	2,54	0,84	57,5
22.	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče.	1	4	2,65	0,88	59,2
25.	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces.	1	4	2,92	0,99	70,0
26.	Ošetrovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetrovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupu medicínském.	1	4	2,44	0,74	47,2
29.	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetrovatelské péče.	1	4	2,63	0,95	53,4
30.	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně).	1	4	2,50	0,98	52,5
31.	Sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty.	1	4	2,39	1,06	45,0
Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester				2,36	0,73	44,6
3.	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester.	1	4	2,56	0,93	51,7
7.	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku.	1	4	2,32	0,90	40,0
10.	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.	1	4	2,42	1,01	50,8

13.	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci.	1	4	2,09	0,88	32,5
20.	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem.	1	4	2,44	1,05	48,4
Odpovídající personální zajištění a zdroje				2,04	0,63	28,7
1.	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty.	1	4	2,44	0,87	48,3
8.	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	1	4	2,28	0,84	35,8
9.	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.	1	4	1,74	0,77	15,0
12.	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce.	1	4	1,72	0,79	15,8
Kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři				2,76	0,61	67,7
2.	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.	1	4	2,92	0,63	77,5
16.	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu.	1	4	2,67	0,78	59,1
24.	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce.	1	4	2,72	0,75	66,7
*procento pozitivních odpovědí souhlasím (3) a rozhodně souhlasím (4)						

Tabulka č. 7 prezentuje nejhůře hodnocené následující položky na DOSP: na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (15,0 %), na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce (15,8 %), sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny (26,6 %).

Nejlépe hodnocenými položkami dotazníku PES-NWI na DOSP byly: naši nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče (82,5 %), lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy (77,5 %), pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces (70,0 %).

Průměrné kompozitní skóre na DOSP bylo 2,41 (SD=0,47).

Tabulka 8 Pracovní prostředí sester na PED rozdělené dle subškál autorů originální verze dotazníku

	Položka	Min.	Max.	M	SD	%*
Účast sestry na nemocničních záležitostech				2,73	0,53	64,9
5.	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku.	1	4	2,72	0,72	62,8
6.	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách).	1	4	2,43	0,70	44,2
11.	Hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná.	1	4	2,73	0,73	60,9
15.	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice.	1	4	2,96	0,64	80,3
17.	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy).	1	4	2,93	0,65	80,4
21.	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	4	2,53	0,80	54,8
23.	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny).	1	4	2,52	0,81	51,8
27.	Sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici.	1	4	2,69	0,77	62,8
28.	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti.	1	4	3,09	0,63	86,9
Ošetrovatelské základy kvality péče				3,06	0,38	83,6
4.	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester.	1	4	2,71	0,75	57,2
14.	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče.	1	4	3,27	0,61	94,2

18.	V nemocnici je jasná filozofie ošetrovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta.	1	4	3,06	0,58	88,4
19.	Spolupracuji se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi.	1	4	3,17	0,55	93,4
22.	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče.	1	4	2,93	0,61	80,5
25.	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces.	1	4	3,41	0,58	96,3
26.	Ošetrovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetrovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupu medicínském.	1	4	2,84	0,61	73,2
29.	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetrovatelské péče	1	4	3,15	0,61	89,1
30.	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně).	1	4	3,04	0,61	83,3
31.	Sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty.	1	4	3,03	0,72	81,0
Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester				2,92	0,63	73,3
3.	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester.	1	4	3,15	0,72	83,3
7.	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku.	1	4	2,69	0,75	61,6
10.	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu.	1	4	3,12	0,70	84,7
13.	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci.	1	4	2,69	0,84	58,7
20.	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem.	1	4	2,97	0,78	78,2

Odpovídající personální zajištění a zdroje				3,03	0,57	79,9
1.	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty.	1	4	3,25	0,68	89,2
8.	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami.	1	4	3,00	0,60	83,3
9.	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.	1	4	2,91	0,78	71,8
12.	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce.	1	4	2,97	0,76	75,3
Kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři				2,93	0,67	76,5
2.	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy.	1	4	2,93	0,77	75,3
16.	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu.	1	4	2,95	0,75	77,5
24.	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce.	1	4	2,93	0,73	76,8
*procento pozitivních odpovědí souhlasím (3) a rozhodně souhlasím (4)						

Tabulka č. 8 prezentuje nejhůře hodnocené položky na PED, kterými byly: sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici, např. působení v poradních skupinách (44,2 %), sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice, např. komise, pracovní skupiny (51,8 %), vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců (54,8 %).

Nejlépe hodnocenými položkami dotazníku PES-NWI na PED byly: pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces (96,3 %), v naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče (94,2 %), spolupracuji se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi (93,4 %).

Průměrné kompozitní skóre na PED bylo 2,93 (SD=0,44).

Tabulka č. 9 prezentuje rozdíly pracovního prostředí mezi DOSP a PED. Ke stanovení rozdílů byl využit Mann-Witney U test a Kruskal-Wallisův test.

Tabulka 9 Rozdíly v hodnocení pracovního prostředí mezi pracovišti dle subškál autorů originální verze dotazníku.

Subškály PES-NWI	Pracoviště	Mrank	p hodnota
Účast sester na řešení záležitostí nemocnice.	Dospělí Dětské	96,89 154,38	p = 0,000**
Ošetrovatelské základy kvality péče.	Dospělí Dětské	95,64 155,44	p = 0,000**
Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora.	Dospělí Dětské	99,34 152,30	p = 0,000**
Odpovídající personální zajištění a zdroje.	Dospělí Dětské	77,00 171,24	p = 0,000**
Kolegiální vztahy lékařů a sester.	Dospělí Dětské	115,95 138,21	p = 0,014*
Celkové skóre PES-NWI.	Interní Dětské	88,21 161,74	p = 0,000**
*p \geq 0,05; ** p \geq 0,001			

Hypotéza č. 4. 1. se prokázala. Byly identifikovány statisticky významné rozdíly mezi DOSP a PED, a to jak v celkovém průměrném skóre PES-NWI, tak i ve všech jednotlivých subškálách pracovního prostředí ošetrovatelské péče. Na základě hodnoty Mrank lze vidět, která skupina ohodnotila pracovní prostředí lépe. Ve všech doménách PES-NWI hodnotí pracovní prostředí PED lépe než DOSP.

Závěr pro dílčí cíl 4 na DOSP a PED:

Na DOSP bylo průměrné kompozitní skóre pracovního prostředí ošetrovatelské péče 2,41, na PED 2,93. Nepříznivé NWE pak označilo 23 % sester z dospělých a pouhých 2,2 % z PED.

Nejlépe hodnocené subškály na DOSP byly Kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři (67,7 %) a Ošetrovatelské základy kvality péče (56,1 %). Nejhorší hodnocenou subškálou bylo Odpovídající personální zajištění a zdroje (28,7 %).

Nejlépe hodnocené subškály na PED byly Ošetrovatelské základy kvality péče (83,6 %) a Personální obsazení sester a přiměřenost zdrojů (79,9 %). Nejhorší hodnocenou subškálou byla Účast sestry na nemocničních záležitostech (64,9 %).

Při analýze výsledků byly zjištěny signifikantní rozdíly ve všech subškálách pracovního prostředí mezi pracovišti. Dále byl zjištěn signifikantní rozdíl v hodnocení NWE. Na DOSP sestry hodnotily NWE jako nepříznivé, na PED hodnotily pracovní prostředí příznivěji.

Výzkumný cíl číslo 4 byl splněn na základě prezentovaných výsledků.

4.2.6 Výsledky k cíli 5

Cíl 5: Zjistit, zda hodnocení NWE péče má vliv na výskyt MNC na DOSP a PED.

Hypotéza 5.1: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a NWE bude prokázán negativní vztah (korelace). Sestry, které vyhodnotí NWE jako příznivé (a to jak celkově – prostřednictvím celkového kompozitního skóre, tak v jednotlivých doménách), budou uvádět nižší míru chybějících ošetrovatelských aktivit. Hypotéza 5.1 byla následně rozvedena z hlediska typu pracovišť na dvě podoblasti:

H5.1.1: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a NWE bude prokázána negativní korelace na DOSP.

H5.1.2: Z hlediska hodnocení kompozitního skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a NWE bude prokázána negativní korelace na PED.

Tabulky č. 10 a 11 prezentují vztah mezi kompozitním skóre chybějících ošetrovatelských aktivit a hodnocením NWE, který byl ověřen pomocí Spearmanova korelačního koeficientu pro oba typy pracovišť individuálně.

Tabulka 10 Korelace mezi celkovým průměrným skóre PES-NWI (+ jeho subškálami) a průměrným kompozitním skóre MNC-DOSP

	Kompozitní skóre MISSCARE Survey	P hodnota
Celkové skóre PES-NWI	- 0,181*	0,048
Účast sester na řešení záležitostí nemocnice	- 0,157	0,086
Ošetrovatelské základy kvality péče	- 0,122	0,185
Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester	- 0,171	0,062
Odpovídající personální zajištění a zdroje	- 0,088	0,341
Kolegiální vztahy lékařů a sester	- 0,074	0,420
* $p \geq 0,05$		

Tabulka č. 10 prezentuje výsledky, kdy korelace mezi celkovým kompozitním skóre PES-NWI a průměrným kompozitním skóre MNC na DOSP byla negativní ve všech subškálách. Korelační koeficient na DOSP byl však statisticky významný pouze v celkovém kompozitním skóre. Korelace mezi kompozitní skóre MNC a celkovými průměrným skóre PES-NWI byla statisticky významná ($r = -0,181$; $p = 0,048$).

Tabulka 11 Korelace mezi celkovým průměrným skóre PES-NWI (+ jeho subškálami) a průměrným kompozitním skóre MNC-PED

	Kompozitní skóre MISSCARE Survey – Ped	P hodnota
Celkové skóre PES-NWI	- 0,053	0,537
Účast sester na řešení záležitostí nemocnice	- 0,081	0,347
Ošetrovatelské základy kvality péče	- 0,031	0,716
Schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester	- 0,083	0,330
Odpovídající personální zajištění a zdroje	0,014	0,872
Kolegiální vztahy lékařů a sester	0,024	0,778

Tabulka č. 11 prezentuje výsledky, z nichž plyne, že korelace mezi celkovým průměrným skóre MNC a mezi průměrným kompozitním skóre PES-NWI na PED byla sice negativní ($r = -0,053$), avšak ne statisticky významná ($p = 0,537$). Statisticky významná korelace nebyla prokázána ani ve vztahu k jednotlivých subškálám pracovního prostředí ošetrovatelské péče.

Hypotéza č. 5.1.1 byla prokázána. Z hlediska hodnocení kompozitního skóre byla prokázána negativní korelace mezi chybějícími ošetrovatelskými aktivitami a NWE na DOSP. Průměrné kompozitního skóre pro hodnocení DOSP činilo, 2,41 ($SD = 0,47$), ($p = 0,048$). Tento vztah byl však prokázán pouze k celkovému skóre PES-NWI, nikoli k subškálám.

Hypotéza č. 5.1.2 prokázána nebyla. Z hlediska kompozitního skóre byla identifikována negativní korelace mezi chybějícími ošetrovatelskými aktivitami a NWE na PED. Tento vztah byl však prokázán pouze k celkovému skóre PES-NWI, nikoli k jeho subškálám.

Závěr pro dílčí cíl 5 na DOSP a PED

Při analýze vztahů NWE k MNC z hlediska hodnocení celkového průměrného skóre a kompozitního průměrného skóre byla prokázána statisticky významná negativní korelace mezi MNC a NWE pouze na DOSP, v rámci průměrných hodnot jednotlivých subškál NWE prokázána nebyla ani na jednom z pracovišť. Na PED, byť byla korelace negativní, nebyla statisticky významná ani k celkovému skóre PES-NWI. Signifikantní vztah NWE k MNC byl prokázán pouze na DOSP.

Výzkumný cíl číslo 5 byl splněn na základě prezentovaných výsledků.

5 DISKUZE

Nedávno identifikovaným ukazatelem kvality ošetrovatelské péče a bezpečnosti pacientů je MNC, která je definována jako standardní požadovaná ošetrovatelská péče, která byla vynechána nebo výrazně opožděna, což znamená chybu v opomenutí (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017. s. 1525). Pokud musí sestra učinit rozhodnutí a vynechat či opozdit potřebnou ošetrovatelskou péči, vystupuje do popředí otázka, jaké byly překážky pro její dokončení (Kalisch, Williams, 2009, s. 211). Určité charakteristiky nemocničních oddělení i sester mohou k MNC přímo přispívat. K MNC může dojít v kterékoli fázi ošetrovatelského procesu a popisovány jsou faktory v prostředí péče, jako je poptávka po péči nebo přiděl zdrojů. Toto spolu se vztahy mezi personálem, vztahy mezi pacienty a rodinami a dalšími faktory může usnadnit nebo ztížit ošetrovatelskou praxi. Zatímco tyto faktory jsou přítomny v samotném prostředí, rozhodnutí sester dokončit, odložit nebo vynechat určité ošetrovatelské činnosti je navíc ovlivněno faktory vlastními samotným sestřím. Mezi tyto faktory patří hodnoty, přesvědčení, zvyky, postoje a rozhodovací procesy, podle nichž sestry vnímají svou roli a svou zodpovědnost (Papastavrou, et al., 2016, str. 48–50). V následující kapitole dokládáme výsledky výzkumného šetření, kde jsme porovnávali výskyt MNC, včetně identifikace aktivit a důvodů přispívajících k jejich vynechání, na dospělých a dětských interních pracovištích během pandemie COVID-19. Dále byl zkoumán vliv sociodemografických údajů na výskyt MNC a v neposlední řadě vztah mezi NWE a MNC z hlediska průměrných skóre, tak i ve vztahu MNC k jednotlivým subškálám NWE na obou typech pracovišť. Dále rozdílly NWE mezi dětskými a dospělými interními pracovišti a NWE na jednotlivých pracovištích. V rámci výzkumného šetření byly použity standardizované dotazníky MISSCARE Survey a MISSCARE Survey-ped a PES-NWI, který byl součástí obou předešlých dotazníků.

Prevalence nedokončené péče je mezi ošetrovatelským personálem v nemocnicích akutní péče v mezinárodním měřítku vysoká (55–98 %). Odhady prevalence jsou ovlivněny charakteristikami použitého nástroje (Jones, Hamilton, Murry, 2015, s. 1122–1135).

Celková prevalence MNC v našem výzkumném šetření na dospělých interních pracovištích činila 52,8 %. 100 % všeobecných sester nezabezpečilo jednu anebo více ošetrovatelských aktivit za poslední pracovní směnu. Průměrné počet chybějících ošetrovatelských aktivit činil 16,6 na jednu sestru. Jako nejčastěji chybějící aktivity v naší studii účastníci uváděli účast na všech konziliích interdisciplinární péče (70,0 %), chůzi s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace (66,7 %), pomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta (62,4 %). Tento výsledek lze považovat za srovnatelný se situací ve světě. Bez ohledu na prostředí a zemi

patří mezi nejčastěji identifikované MNC základní péče, jako je chůze s pacientem a polohování pacienta, péče o dutinu ústní, včasné krmení pacientů, rozhovor s pacientem a rodinou, výuka pacientů, včasné podávání léků, dokumentace a účast na mezioborových vizitách (Palese et al., 2015; Kalisch, Terzioglu, Duygulu, 2012; Jarošová et al. 2021; Ball et al., 2014; Siqueira et al., 2013).

Jako nejméně chybějící aktivity byly v naší studii na interních pracovištích pro dospělé uváděny: úplná dokumentace všech potřebných údajů (45,1 %), péče o místo zavedení periferní/centrální žilní kanyly a jeho posouzení podle standardu nemocnice (46,7 %) a posouzení pacienta během každé směny (47,5 %). MNC je celosvětovým problémem, neboť i výsledky studií z jiných zemí než USA ukazují, že v nemocnicích často chybí potřebná ošetrovatelská péče (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1525).

Průzkumy vypracované za účelem zjištění MNC (Kalisch, Williams, 2009; Tubbs-Cooley et al., 2015) nerefletovaly všechny ošetrovatelské obory, protože nebyly vhodné pro sestry poskytující péči dětským pacientům. Pro sestry pracující na dětských odděleních vznikla verze dotazníku, MISSCARE Survey – Pediatric versions (Bagnasco et al., 2018, s. 2922). MNC na dětských pracovištích interního typu není ještě téměř probádána. Při vyhodnocování výsledků dotazníku MISSCARE Survey – PED, ve studii provedené v Turecku, bylo zjištěno, že 98,6 % sester nezabezpečilo alespoň jednu ošetrovatelskou aktivitu (İspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e159), zde dochází ke shodě s našimi výsledky výzkumného šetření, z nichž vyplynulo, že 84,8 % sester nezabezpečilo jednu nebo více ošetrovatelských aktivit za poslední pracovní směnu. Průměr vynechaných aktivit byl 10,9 na jednu sestru. Ve studii realizované na NICU 52 % sester uvedlo, že na své poslední pracovní směně postrádalo alespoň jednu z 35 aktivit ošetrovatelské péče. Průměr vynechaných aktivit byl 5 na jednu sestru (Tubbs-Cooley et al., 2015, s. 817). Více než polovina dětských sester z dětské jednotky intenzivní péče (dále PICU), NICU a standardních oddělení ve čtyřech amerických státech na své předchozí směně nestihla poskytnout veškerou péči. Obecně vyšší procento MNC se vyskytovalo na standardních odděleních, dále na PICU a nejméně na NICU. V průměru, dětské sestry vynechaly 1,5 nezbytných ošetrovatelských úkonů. MNC byla častější v horším pracovním prostředí v porovnání s lepším pracovním prostředím. Prevalence MNC byla významně vyšší ve špatném prostředí (Lake et al., 2017, s. 378–381).

K rozdílným výsledkům jsme dospěli u tří nejčastěji chybějících činností na dětských pracovištích. V našem výzkumném šetření byly nejčastěji uváděny tyto aktivity: posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi/opatrovníkovi (např. dopomoc dítěti, volnočasové aktivity, dohled nad dítětem, ... ;63,1 %), podpora neuropsychického vývoje dítěte

s ohledem na jeho věk a klinické podmínky (např. neonatální péče, kognitivní a relační vývoj dítěte či dospívajícího jedince; 63,0 %) a emocionální podpora dítěte a/nebo jeho rodiny (51,5 %). V turecké verzi sestry uváděly nejčastěji chybějící administraci léků 30 minut před anebo po uplynutí stanoveného času (67,1 %), podání potřebné medikace dítěti do 15 min od vyžádání (66,7 %) a zapojení rodičů do péče o dítě (66,7 %) (İspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e159). Nejčastěji chybějícími činnostmi na dětském standardním oddělení, PICU a NICU, byly: vypracování nebo aktualizování plánů péče (31,5 %), edukace (23,1 %), utěšování nebo rozhovor s pacienty (21,9 %) (Lake et al. 2017, s. 381). V našem výzkumném šetření sestry udávaly jako první tři činnosti, které jimi nebyly nikdy vynechány, reakci na signalizační zařízení anebo alarm do 5 minut, např. monitor, infuzní pumpy, ventilátor (30,7 %), osobní hygienickou dezinfekci rukou, např. mezi jednotlivými výkony, pacienty (30,0 %), a zhodnocení účinnosti podávaných léků, např. farmakologické terapie (29,0 %). V turecké verzi sestry uváděly osobní hygienickou dezinfekci rukou (81,1 %), tento výsledek se shodoval s naším a umístil se mezi prvními třemi činnostmi. Dále turecké sestry uváděly posuzování fyziologických funkcí dle ošetrovatelského plánu (78,4 %) a posouzení místa vpichu PŽK a/nebo CŽK dle platných standardů (74,8 %) (İspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e159). Nejčastěji provedené aktivity na standardním dětském oddělení, PICU a NICU byly management bolesti (1,7 %), které uváděli i Tubbs-Cooley et al., 2015), ošetření a procedury (2,3 %) a péče o kůži (6,8 %) (Lake et al. 2017; s. 381).

Studie o MNC v Turecku (Kalisch, Terzioglu, Duygulu, 2012), Libanonu (Kalisch et al., 2013), Brazílii (Siqueira et al., 2013) a na Novém Zélandu (Winters, Neville, 2012) udávají srovnatelné množství a typ MNC a důvody pro její vznik jako v USA. Při srovnání MNC mezi Austrálií, Islandem, Itálií, Libanonem, Tureckem a USA byly zjištěny významné rozdíly v celkové MNC, přičemž Itálie a USA vykazovaly nejvíce a Libanon a Island nejméně MNC (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1525). Nejčastěji identifikované důvody MNC se zdají být univerzální: pracovní prostředí, personální zajištění, zatížení pacienta, materiální zdroje a komunikace (Kalisch, Terzioglu, Duygulu, 2012; Ball et al., 2014). V Turecku a Libanonu byly materiální zdroje a komunikace označeny ošetrovatelským personálem za častější důvod pro MNC než sestrami v ostatních zemích (Kalisch, Terzioglu, Duygulu, 2012; Kalisch et al., 2013). V našem výzkumném šetření byly nejčastěji uváděny důvody: nedostatečný počet personálu (97,5 %), přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů (95,0 %), neočekávané zvýšení počtu pacientů na oddělení nebo závažnosti jejich stavu (95,0 %). Mezi nejvýznamnější důvody uváděné v české studii patřily: nedostatečný počet personálu, neočekávaný nárůst počtu pacientů, naléhavé situace u pacientů, kritické stavy

a intenzivní činnost při příjmu a propouštění (Jarošová et al., 2021, s. 1108). V jiné české studii bylo potvrzeno, že nedostatečné personální zajištění na odděleních, spojené s neočekávaným nárůstem počtu nebo závažnosti stavů pacientů na odděleních, patří k nejvýznamnějším důvodům pro vynechání ošetrovatelských činností (Gurková et al., 2021, s 285).

V části B turecké verze dotazníku MISSCARE Survey-PED bylo zjištěno, že průměrné skóre v subškále pracovní zdroje činilo 2,89, což byla nejvyšší hodnota, průměrné skóre subškály komunikace bylo 2,20 a průměrné skóre subškály materiální zdroje bylo 2,42 (Íspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e159). Nejčastěji udávané důvody z hlediska průměrné hodnoty vyskytující se v našem výzkumu na dětských interních pracovištích byla subškála personální zdroje, druhá nejčastěji udávaná subškála byla komunikace následována materiálními zdroji. Nejčastější důvody uváděné v naší studii jsou totožné s důvody uváděnými na NICU v USA, tj. časté vyrušení během služby, např. telefonáty, plánované vyšetření, návštěvy atp. (81,2 %), neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení (73,2 %), dětské pacienty v urgentních situacích, např. zhoršení stavu dítěte (66,7 %). Na NICU sestry nejčastěji uváděly opakované, časté vyrušení během služby (17,89 %), dětské pacienty v urgentních situacích, např. zhoršení stavu pacienta (17,41 %), neočekávaný nárůst počtu přijatých pacientů a/nebo zvýšenou zaneprázdněnost (14,63 %) (Tubbs-Cooley et al., 2015, s. 817). Nejméně častými důvody v našem výzkumu byly: chybějící komunikace ze strany praktických sester týkající se péče o dítě (31,9 %), nedostatek potřebných zdravotnických pomůcek, např. infuzních pump, chirurgických nástrojů (36,2 %) a nedostatečná znalost zařízení /postupů/ směrnic (38,4 %). Nejméně často udávanými důvody na NICU byly: neznalost zařízení /postupů/ směrnic (16,3 %), i zde je shoda s našimi výsledky výzkumu, dále podcenění nutnosti péče (0,84 %), ošetrovatelský asistent nesdělil, že péče nebyla poskytnuta (0,81 %), (Tubbs-Cooley et al., 2015, s. 817). V turecké verzi sestry nejčastěji uváděly tyto důvody MNC: nedostatečný počet personálu, napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k lékařskému personálu a nedostupnost materiálu/vybavení v případě potřeby. Nejméně často bylo uváděno neposkytnutí potřebné péče z jiného oddělení, nedostatky při přebírání pacientů od předchozí směny nebo z překládajícího oddělení, nevyvážené přidělování pacientů (Íspir, Sönmez a Selalmaz, 2020, s. e159).

Prediktory, které vyplývají z mezinárodních studií a jsou velmi často jmenovány, jsou organizační aspekty, a to počet sester na určitý počet pacientů (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Friese, Kalisch, Lee, 2013), pokud je počet personálu nízký, nebo nedostatečný, prevalence MNC se zvyšuje (Recio-Saucedo et. al, 2018; Jarošová et al., 2021, s. 1108; Gurková et al., 2021), týmová práce sester (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017; Palese

et al., 2015) pracovní doba (Ball et al., 2016; Kalisch et al., 2013), dále jsou to vztahy mezi lékaři a sestrami (Duffy, Culp, Padrutt, 2018), věk sester, zde se studie rozcházejí, kdy mladší sestry se ve zvýšené míře podílí na vzniku MNC (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, Blackman et al., 2018), k opačnému výsledku došli (Zárate-Grajales et al., 2022). Jako charakteristika sester je nejčastěji udáváno vzdělání sester, čím více vzdělané sestry, tím méně MNC (Aiken et al., 2014; Kirwan, Matthews, Scott, 2013; Palese et al., 2015).

Důležitým zjištěním byly rozdíly ve vnímání významnosti důvodů pro vynechání ošetrovatelské péče v rámci jednotlivých typů nemocnic nebo oddělení. Všeobecné a praktické sestry pracující v neuniverzitních nemocnicích považují lidské a materiální zdroje za významnější důvody (ve srovnání s v porovnání se sestrami pracujícími ve fakultních nemocnicích). Výše uvedené výsledky odrážejí realitu českých nemocnic, kde se s výraznějším nedostatkem sester potýkají menší regionální nemocnice (Gurková et al., 2021, s. 285). V přehledové studii sesterský personál a pacienti uváděli případy, kdy poskytovaná péče byla suboptimální, pokud byl počet personálu nedostatečný (Recio-Saucedo et. al, 2018, s. 2256). Z Anglické studie vyplývá, že počet pacientů na jednu registrovanou sestru výrazně souvisel s výskytem MNC. Existuje silný vztah mezi počtem pracovníků registrovaných sester a četností péče, která je poskytována. Neposkytnutá péče z důvodu nízkého počtu personálu nepříznivě ovlivňuje kvalitu a bezpečnost (Ball et al., 2014, s. 116–123). Odpovědi 26 516 sester působících ve fakultních nemocnicích byly použity k měření personálního obsazení a vzdělání sester. Závěry průzkumu ukazují, že již zvýšení pracovní zátěže sester o jednoho pacienta zvýšilo pravděpodobnost úmrtí hospitalizovaného pacienta do 30 dnů od přijetí o 7 %. Každé 10% navýšení počtu sester s bakalářským vzděláním snižuje pravděpodobnost tohoto rizika. Kladením většího důrazu na bakalářské vzdělání sester by se mohl snížit počet úmrtí v nemocnicích (Aiken et al., 2014, s. 1824). Průřezová kvantitativní studie realizována v Irsku v rámci evropského projektu FP7: RN4CAST potvrdila, že faktory, jako NWE a podíl sester s vysokoškolským vzděláním významně ovlivňují míru bezpečnosti (Kirwan, Matthews, Scott, 2013, s. 253). Rozsah MNC v průřezové korelační studii je konzistentní s jinými studiemi, kdy MNC byla negativně spojena s personálním obsazením, spokojeností se současným pracovním místem a kolegiálními vztahy mezi sestrami a lékaři (Duffy, Culp, Padrutt, 2018, s. 365). Výsledky studie ukazují, že v islandském systému zdravotní péče se charakteristiky oddělení, personálu a týmová práce sester významně podílejí na rozdílech v MNC, jak je uvádějí poskytovatelé primé péče praktické a registrované sestry. Na ICU se vyskytuje méně MNC, registrované sestry a mladší účastníci uváděli významně více MNC než praktické sestry a starší respondenti (Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir, 2017, s. 1530). V Mexické studii se výskyt

MNC zvyšoval s věkem sester a byl vyšší u žen a u pracovníků na odpoledních a večerních směnách ve srovnání s ranní směnou. Výskyt MNC se snižoval mezi ošetrovatelskými pracovníky, kteří byli spokojeni se svou prací, a mezi těmi, kteří pracují ve vhodném prostředí. Celkové skóre MNC byla 15,21 % (Zárate-Grajales et al., 2022, s. 1). Ve světě sociodemografická data ovlivňují výskyt MNC, v našem výzkumném šetření se toto tvrzení nepotvrdilo.

PES-NWI je nástroj, který měří prostředí ošetrovatelské praxe, resp. faktory, které zvyšují nebo snižují schopnost sestry vykonávat ošetrovatelskou praxi kvalifikovaně a poskytovat vysoce kvalitní péči (Swiger et al. 2017a, s. 76).

V mezinárodních studiích bylo NWE významným prediktorem MNC. Čím příznivější prostředí, tím méně často hlásily výskyt MNC (Gurková, Mikšová, Šáteková, 2022; Lake et al. 2017; Lake et al., 2016; Ausserhofer et al, 2014; Lake, Riman, Sloane, 2020). V našem výzkumném šetření byl prokázán vztah NWE k MNC pouze na dospělých interních pracovištích, kdy negativní korelace byla zjištěna jen při vyhodnocení celkových kompozitních skóre. Negativní souvislosti mezi MNC a pět dílčími škálami a kompozitním skóre PES-NWI udávali (Campbell et al., 2020). V jihokorejské studii bylo zjištěno, že odpovídající personální zajištění a přiměřenosti zdrojů, byla nejvýznamnějším faktorem předpovídající vyšší prevalenci aktivit MNC, nejlépe byla hodnocena škála schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester (Kim, Yoo, Seo, 2018, s. 123). Ve studii Park Park, Hanchett, Ma (2018, s. 726) nejčastěji přispívala k prevalenci MNC subškála PES-NWI, odpovídající personální zajištění a zdroje a nejméně často ošetrovatelské základy kvality péče.

V přehledu, ve kterém bylo zahrnuto 46 článků z 28 zemí, také nejčastěji udávali nejnižší skóre u subškály odpovídající personální muzajištění a přiměřenosti zdrojů (Swiger, 2017a, s. 76). V rámci naší studie byly nejlépe hodnocenými subškálami na dospělých interních pracovištích kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři (67,7 %) a ošetrovatelské základy kvality péče (56,1 %). Nejhůře hodnocenou subškálou bylo odpovídající personální zajištění a zdroje (28,7 %). Subškála odpovídající personální zajištění a zdroje měla nejčastěji nejnižší skóre v prohledaných databázích (Warshawsky and Havens, 2011, Swiger et al., 2017). Na dětských interních pracovištích byly nejlépe hodnocené položky v subškále ošetrovatelské základy kvality péče (83,6 %) a v druhé subškále personální zajištění a přiměřenost zdrojů (79,9 %). Nejhůře hodnocenou položkou v naší studii na pediatrických pracovištích byla nejčastěji subškála účast sestry n nemocničních záležitostech (64,9 %). Výsledky studie poskytující komplexní, popisné a srovnatelné informace o prostředí ošetrovatelské praxe mezi 11 typy oddělení a také o statusu nemocnic ukázaly, že průměrné skóre u čtyř ukazatelů subškál byly

významně vyšší v nemocnicích s Magnetem® než v nemocnicích bez Magnetu® (rozmezí M: 2,77-3,14 vs. 2,71-3,07, všechny $p < .001$). Nejvyšší průměrné skóre v celém vzorku jednotek bylo zaznamenáno u subškály ošetrovatelských základů kvality péče, následovala podskupina kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři, schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester a odpovídající personální zajištění a zdroje. Nejvyšší průměrné skóre bylo zaznamenáno u novorozeneckých, pediatrických a psychiatrických oddělení. U každé z dílčích škál PES-NWI bylo nejvyšší průměrné skóre vykázáno na pediatrickém oddělení (pro ošetrovatelské základy kvality péče, schopnosti a vůdčí dovednosti vedoucí sestry a její podpora sester), na neonatologických odděleních (pro odpovídající personální zajištění a zdroje) a na odděleních ORL (pro kolegiální vztahy mezi sestrami a lékaři). Nejnižší průměrné skóre bylo u subškály ošetrovatelské základy kvality péče, která byla vykázána na lůžkových-chirurgických jednotkách (Choi, Boyle, 2014, s. 1441–1447). Aby mohlo být zdravotnické zařízení certifikováno jako Magnet®, musí splňovat soubor kritérií vytvořených The American Nurses Credentialing Center, která měří vynikající kvalitu ošetrovatelské péče. PES-NWI v zařízeních označených Magnet® bylo významně vyšší než v zařízeních bez označení Magnet® (Lasater et al., 2020; Choi, Boyle, 2014). V rámci naší studie jako nepříznivé pracovní prostředí své pracoviště označilo 23 % sester z dospělých pracovišť interního typu. Dětské sestry hodnotily pracovní prostředí příznivěji, pouhá 2 % sester z dětských pracovišť označila pracovní prostředí za nepříznivé. Pracovní spokojenost sester je komplexní fenomén a zahrnuje prvky pracovního prostředí (Kotzer, Koeppling, Leduc, 2006, s. 327). Špatné pracovní prostředí snižují efektivitu a výkonnost sester (Lake et al., 2017, str. 378, 381). Zvýšení nemocničního kompozitního skóre PES-NWI o jeden SD (0,19) předpovídalo procentuální snížení úrovně MNC v nemocnici o 2,6 %. Relativně malé zvýšení (méně než čtvrtina bodu) v kterékoli z pěti modifikovatelných subškál NWE významně snížilo procento MNC ve zdravotnických zařízeních (Hessels et al., 2015, s. 5). V našem výzkumném šetření byl prokázán vztah NWE k MNC pouze na dospělých interních pracovištích, kdy negativní korelace byla zjištěna jen při vyhodnocení celkových kompozitních skóre. Na dospělých interních pracovištích činilo kompozitní skóre 2,41 (SD=0,47). Na dětských interních pracovištích činilo 2,93 (SD=0,44).

Nástroji PES-NWI může prospět jeho aktualizace, díky které by přesněji odrážel prostředí praxe, ve kterém sestry pracují v současnosti. Například přidání otázek týkajících se využívání technologií a týmové péče by bylo vhodné vzhledem k měnícím se systémům poskytování zdravotní péče (Zangaro, Jones, 2019, s. 1677).

Limity výzkumného šetření

Výsledky mohou být limitovány nízkým počtem respondentů – celkem 258 respondentů (120 z dospělých/138 z dětských interních pracovišť). Realizace výzkumu v období pandemie COVID-19 byla limitujícím faktorem, sběr dat probíhal od ledna do března 2021, kdy docházelo k významnému přetížení nemocnic i personálu. Návratnost dotazníků především z dětských interních pracovišť byla nízká. Proto jsme dle seznamu dětských klinik a oddělení v ČR, získaného z internetových stránek České pediatrické společnosti, oslovili vedení nemocnic průvodním dopisem, ve kterém jsme se jich ptali, zda by měli zájem zúčastnit se výzkumného šetření na dané téma. Verzi dotazníku MISSCARE Survey jsme distribuovali prostřednictvím Google Forms pro dospělá interní pracoviště, kde byla návratnost dostačující.

Nástroj MISSCARE Survey-Ped je nový hodnotící nástroj z roku 2018, který byl validován pouze v Itálii, Turecku a nově i v ČR v rámci projektu Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii (**IGA_FZV_2021_013**). Limitací dětské části výzkumu může být nedostatečný počet studií ke komparaci výsledků.

Vliv pandemii COVID-19 mohl významněji přispět k prevalenci MNC na dospělých a dětských interních pracovištích, dále mohl ovlivnit průměrný počet neprovedených ošetrovatelských aktivit na jednu sestru.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo identifikovat rozdíly v chybějící ošetrovatelské péči a pracovním prostředím sester na dospělých a dětských interních pracovištích během pandemie COVID-19. Mezi dílčími cíli bylo identifikovat jednotlivé aktivity a důvody přispívající k jejich vynechání, dále pak zjistit, jaké faktory a prediktory výskyt MNC ovlivňují. Z hlediska hodnocení NWE bylo cílem nejen pracovní prostředí ošetrovatelské péče popsat, ale i odhalit rozdíly ve vnímání NWE na dospělých a dětských pracovištích interního typu. V neposlední řadě bylo cílem zjistit, zda má hodnocení NWE na výskyt MNC na obou typech lůžkových pracovišť v ČR vliv.

Z výsledků je patrné, že prevalence MNC byla vysoká na dospělých a dětských interních pracovištích. V pediatrii je tento fakt obzvláště znepokojující vzhledem ke zranitelnosti dětí, které nemusí být schopny popsat své příznaky nebo dostat potřebnou pozornost, zejména když nejsou jejich rodiny přítomny. Je patrné, že chybějící ošetrovatelské aktivity a důvody přispívající k jejich výskytu se v rámci pracovišť vzájemně prolínaly a reflektovaly aktuální situaci, kdy personální krize byla významně prohloubena výskytem pandemie COVID-19. Problematickou oblastí na obou typech pracovišť bylo především zvýšení počtu přijatých pacientů.

K MNC dochází v nejzákladnějších povinnostech sester. Na dospělých interních pracovištích v ČR to byla především účast na všech konziliích interdisciplinární péče, dále také chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace a pomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta. Na dětských interních pracovištích byly nejčastěji uváděny: posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi/opatrovníkovi, podpora neuropsychického vývoje dítěte s ohledem na jeho věk a klinické podmínky, emocionální podpora dítěte anebo jeho rodiny. Jako nejčastější důvody výskytu MNC na dospělých a dětských interních pracovištích z hlediska průměrné hodnoty byly identifikovány personální zdroje, jako druhá nejčastěji udávaná byla komunikace a zdroje materiální se ocitly až na posledním místě. Nedostatečný počet personálu, přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů a neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavu pacientů na oddělení byly udávány jako nejčastější důvody na dospělých interních pracovištích. Na dětských interních pracovištích to bylo časté vyrušení během služby, dále neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení a dětské pacienti v urgentních situacích. Pochopení toho, kdy k MNC dochází, proč k ní dochází a co se děje během ní a po ní je důležitým tématem pro budoucí výzkum. V mezinárodních studiích sociodemografická data ovlivňují prevalenci

MNC, v našem výzkumu se toto tvrzení nepotvrdilo. Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v žádném ze zjišťovaných faktorů v dospělé a dětské části výzkumného šetření.

Obecně je většina studií zaměřena na prevalenci MNC, avšak méně studií se zabývá současně vztahem NWE k MNC. V našem výzkumném šetření byl prokázán vztah NWE k MNC pouze na dospělých interních pracovištích, kdy negativní korelace byla zjištěna jen při vyhodnocení celkových kompozitních skóre. Z dohledaných studií vyplývá, že personální obsazení sester a pracovní prostředí mají silnější vliv na MNC než individuální charakteristiky sester. MNC je často spojována s negativními dopady na pacienty, sestry i nemocniční zařízení. Proto je v zájmu vedení nemocnic, aby podporovaly příznivé pracovní prostředí a podnikly kroky k jeho dosažení. V našem výzkumném šetření sestry na dospělých interních pracovištích hodnotily NWE jako nepříznivé, na dětských interních pracovištích hodnotily pracovní prostředí příznivěji. Při analýze výsledků týkajících se rozdílů v hodnocení NWE mezi pracovišti byly zjištěny signifikantní hodnoty ve všech subškálách pracovního prostředí i v celkových průměrných skóre.

Je nezbytné, aby vedení pravidelně monitorovalo NWE, komunikovalo s personálem, zajistilo adekvátní počet kompetentního personálu. Tyto strategie mohou přispět ke zlepšení NWE, ale i eliminaci MNC. Na základě doložených výsledků byly veškeré stanovené cíle a hypotézy diplomové práce splněny.

REFERENČNÍ SEZNAM

- AIKEN, Linda H. et al., 2008. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. **38**(5), 223-229 [cit. 2022-03-11]. ISSN 00020443. DOI:10.1097/01.nna.0000312773.42352.d7
- AIKEN, Linda H. et al., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ: British Medical Journal* [online]. **344**(7851), 1-14 [cit. 2021-9-4]. ISSN 09598138. DOI:10.1136/bmj.e1717
- AIKEN, Linda H. et al. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet* [online]. **383**(9931), 1824-1830 [cit. 2022-06-26]. ISSN 01406736. DOI:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- AUSSERHOFER, Dietmar 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* [online]. **23**(2), 126-35 [cit. 2021-8-22]. ISSN 20445423. DOI:10.1136/bmjqs-2013-002318
- BAGNASCO, Annamaria et al., 2018. Development and validation of the MISSCARE survey—Pediatric version. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **74**(12), 2922-2934 [cit. 2021-8-26]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/jan.13837
- BAGNASCO, Annamaria et al., 2019. Missed care in children's nursing—An emergent concern. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **75**(5), 921-923 [cit. 2021-9-3]. ISSN 13652648. DOI:10.1111/jan.13965
- BAGNASCO, Annamaria et al., 2020. A qualitative descriptive inquiry of the influences on nurses' missed care decision-making processes in acute hospital paediatric care. *Journal of Nursing Management (John Wiley)* [online]. **28**(8), 1929-1939 [cit. 2021-10-6]. ISSN 09660429. DOI: doi:10.1111/jonm.12935
- BALL, Jane. E. et al., 2014. Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ quality* [online]. **23**(2), 116-25 [cit. 2021-8-26]. ISSN 20445423. DOI:10.1136/bmjqs-2012-001767
- BALL, Jane. E. et al., 2016. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **72**(9), 2086-97 [cit. 2021-8-26]. ISSN 13652648. DOI:10.1111/jan.12976

- BASSI, E., D. TARTAGLINI a A. PALESE. 2018. [Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review]. *Assistenza Infermieristica e Ricerca: AIR* [online]. **37**(1), 12-24 [cit. 2022-05-10]. ISSN 20381778. DOI:10.1702/2890.29148
- BERGMAN, Lisa et al., 2021. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care* [online]. **26**(6), 467-475 [cit. 2022-04-09]. ISSN 14785153. DOI:10.1111/nicc.12649
- BITTNER, Nancy P. et al., 2011. Unraveling Care Omissions. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. **41**(12), 510-512 [cit. 2022-03-02]. ISSN 00020443. DOI:10.1097/NNA.0b013e3182378b65
- BLAKE, Nancy et al., 2013. Healthy work environments and staff nurse retention: the relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nursing administration quarterly* [online]. **37**(4), 356-70 [cit. 2022-05-24]. ISSN 15505103. DOI:10.1097/NAQ.0b013e3182a2fa47
- BLACKMAN, Ian et al. 2018. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of nursing management* [online]. **26**(1), 33-41 [cit. 2022-03-02]. ISSN 13652834. DOI:10.1111/jonm.12514
- BRAGADÓTTIR, Helga et al., 2015. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. **29**(3), 563-572 [cit. 2022-05-12]. ISSN 02839318. DOI:10.1111/scs.12150
- BRAGADÓTTIR, Helga, Beatrice J. KALISCH a Gudný Bergthora TRYGGVADÓTTIR, 2017. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **26**(11-12), 1524-1534 [cit. 2021-9-5]. ISSN 09621067. DOI:10.1111/jocn.13449
- CAMPBELL, Caitlin Marley et al., 2020. Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(8), 2174-2184 [cit. 2022-03-30]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12979
- CARTHON, J. Margo et al. 2015. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ quality* [online]. **24**(4), 255-63 [cit. 2021-9-5]. ISSN 20445423. DOI:10.1136/bmjqs-2014-003346

CASTNER, Jessica, Yow-Wu B. WU a Susan DEAN-BAAR. 2015. Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *Western Journal of Nursing Research* [online]. **37**(4), 441-461 [cit. 2022-05-12]. ISSN 01939459. DOI: 10.1177/0193945914535670

COX, Karen S., et al. 2007. Work environment perceptions of pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. **22**(1), 9-14 [cit. 2022-05-12]. DOI: 10.1016/j.pedn.2006.05.005

DABNEY, Bewerly W., Beatrice J. KALISCH a Michael CLARK. 2019. A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Applied Nursing Research: ANR* [online]. **50**, 151202 [cit. 2021-9-20]. ISSN 15328201. DOI: doi:10.1016/j.apnr.2019.151202

DUFFY, Joanne R., Stacey CULP a Tom PADRUTT. 2018. Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. *The Journal of nursing administration* [online]. **48**(7-8), 361-367 [cit. 2022-05-23]. ISSN 15390721. DOI: doi:10.1097/NNA.0000000000000630

EL REHEM, Manar Ahmed El badawy Abd, Magda Abd ELHAMID a Yousria Abd ELSALAM, 2017. Missed Nursing Care: Observation versus Perception in Selected Medical Intensive Care Units, Egypt. *International Journal of Health, Wellness* [online]. **7**(1), 31-47 [cit. 2022-05-12]. ISSN 21568960

ERICKSON, Jeanett Ives et al., 2009. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) Scale. *The Journal of Nursing Administration*. **39**(5), 236-243 [cit. 2022-03-13]. ISSN 00020443. DOI:10.1097/NNA.0b013e3181a23d14

FRIESE, Christopher R., Beatrice J. KALISCH a Kyung Hee LEE, 2013. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing* [online]. **36**(6), E51-E57 [cit. 2022-05-12]. ISSN 0162220X. DOI:10.1097/NCC.0b013e318275f552

CENGIA, Maria Grazia et al., 2022. Occurrence and reasons for unfinished nursing care between COVID-19 and non-COVID-19 patients. *International Nursing Review* [online]. **2**(2), 1-12 [cit. 2022-04-09]. ISSN 14667657. DOI:10.1111/inr.12746

GRIFFITHS, Peter et al., 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **74**(7), 1474-1487 [cit. 2022-02-05]. ISSN 13652648. DOI:10.1111/jan.13564

GÖRANSSON, Katarina E., Ann-Charlotte. FALK a Carolin. NYMARK, 2021. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. *Journal of*

Nursing Management [online]. **29**(8), 2343-2352 [cit. 2022-06-11]. ISSN 13652834. DOI:10.1111/jonm.13392

GURKOVÁ, Elena et al., 2021. Reasons for unfinished nursing care from the perspective of nurses from regional and university hospitals. *Kontakt*. **23**(4), 281 – 288 [cit. 2021-9-2]. ISSN 1212-4117. DOI: 10.32725/kont.2021.026

GURKOVÁ, Elena, Zdeňka MIKŠOVÁ a Lenka ŠÁTEKOVÁ, 2022. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *International nursing review* [online]. **69**(2), 175-184 [cit. 2022-05-20]. ISSN 14667657. DOI:10.1111/inr.12710

HARVEY Clare et al., 2015. Aberrant Work Environments, Rationed Care as System Failure or Missed Care as Skills Failure? *Journal of Nursing and Health Care* [online]. **2**(1), 72-80 [cit. 2022-5-7] DOI: 10.5176/2345-718X_2.1.66

HENDL, Jan. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HENDERSON Julie et al., 2017. Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian* [online]. **24** (5), 411-416, [cit. 2022-03-13]. ISSN 1322-7696. DOI:10.1016/j.colegn.2016.09.001.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769616300786>)

HENDERSON, Julie et al., 2020. Why do nurses miss infection control activities? A qualitative study. *Collegian* [online]. **27**(1), 11-17 [cit. 2022-5-7] DOI: 10.1016/j.colegn.2019.05.004

HERNÁNDEZ-CRUZ, Raúl et al., 2017. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2017, **25**, 1-8 [cit. 2022-06-10]. ISSN 01041169. DOI:10.1590/1518-8345.1227.2877

HESSELS Amanda J. et al., 2015. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clin Nurs Stud* [online]. **3**(4), 60-65 [cit. 2022-03-13]. ISSN 23247940. DOI:10.5430/cns.v3n4p60.

HOLLAND, Peter et al., 2019. The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research: ANR* [online]. **49**, 70-76 [cit. 2022-05-23]. ISSN 15328201. DOI:10.1016/j.apnr.2019.06.001

HÜBSCH, Christine et al., 2020. Performed and missed nursing care in Swiss acute care hospitals: Conceptual considerations and psychometric evaluation of the German MISSCARE

questionnaire. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(8), 2048-2060 [cit. 2022-5-7]. ISSN 0966-0429. DOI: 10.1111/jonm.13026

CHO, Sung-Hyun et al., 2015. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review* [online]. **62**(2), 267-74 [cit. 2022-05-12]. ISSN 14667657. DOI:10.1111/inr.12173

CHOI, JiSun a Diane K. BOYLE. 2014. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. *International journal of nursing studies* [online]. **51**(11), 1441-9 [cit. 2022-05-30]. ISSN 1873491X. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.03.001

İSPIR, Öznur, Betül SÖNMEZ a Melek SELALMAZ, 2020. Turkish Validation of the MISSCARE Survey - Pediatric Version. *Journal of pediatric nursing* [online]. **53**, e156-e163 [cit. 2021-8-26]. ISSN 15328449. DOI:10.1016/j.pedn.2020.03.012

JAROŠOVÁ, Darja et al., 2021. Hospital and unit variables of missed nursing care in acute care hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley)* [online]. **30**(7/8), 1099-1110 [cit. 2022-03-02]. ISSN 09621067. DOI:10.1111/jocn.15655

JONES, Terry L., Patti HAMILTON a Nicole MURRY, 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies* [online]. **52**(6), 1121-37 [cit. 2021-9-2]. ISSN 1873491X. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012

JANÍKOVÁ Eva et al., 2021. Work environment assessment instruments used in nursing. *Kontakt* [online]. **23**(4), 263-273 [cit. 2021-9-2]. DOI: 10.32725/kont.2021.041

KALÁNKOVÁ, Dominika et al., 2019. Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. *Kontakt* [online]. **21**(1), 65- 73 [cit. 2021- 9- 2]. ISSN 1212-4117. DOI: 10.32725/kont.2018.001

KALÁNKOVÁ, Dominika, Radka KURUCOVÁ a Katarína ŽIAKOVÁ, 2019. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **10**(1), 1005-1016 [cit. 2021- 9- 2]. DOI:10.15452/CEJNM.2019.10.0007

KALÁNKOVÁ, Dominika, Daniela BARTONÍČKOVÁ a Katarína ŽIAKOVÁ. 2019. Predictors of missed, rationed and unfinished nursing care. *In Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. **9**(2), 43-48. ISSN 1338-6263.

<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/prediktory-chybejici-pridelovane-a-nedokoncene-osetrovatelske-pece>

KALÁNKOVÁ, Dominika et al., 2020. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(8), 1783-1797 [cit. 2021-9-2]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12978

KALISCH, Beatrice. J., 2006. Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality* [online]. **21**(4), 306-13; quiz 314-5 [cit. 2021-9-17]. ISSN 10573631. DOI:10.1097/00001786-200610000-00006

KALISCH, Beatrice J. a Reg Arthur WILLIAMS. 2009. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *The Journal of nursing administration* [online]. **39**(5), 211-9 [cit. 2022-03-16]. ISSN 00020443. DOI:10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5

KALISCH, Beatrice J., Gay LANDSTROM a Ada Sue HINSHAW, 2009. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **65**(7), 1509-1517 [cit. 2022-05-11]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x

KALISCH, Beatrice J., Gay LANDSTROM a Reg Arthur WILLIAMS. 2009. Missed nursing care: errors of omission. *Nursing outlook* [online]. **57**(1), 3-9 [cit. 2022-05-19]. ISSN 15283968. DOI:10.1016/j.outlook.2008.05.007

KALISCH, Beatrice J. et al., 2011. Hospital variation in missed nursing care. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality* [online]. **26**(4), 291-9 [cit. 2022-05-19]. ISSN 1555824X. DOI:10.1177/1062860610395929

KALISCH, Bea, Dana TSCHANEN a Hyunhwa LEE. 2011. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction?. *Journal of Healthcare Management* [online]. **56**(2), 117-131 [cit. 2022-06-01]. ISSN 10969012. DOI:10.1097/00115514-201103000-00007

KALISCH, Beatrice. J. a Kyung Hee LEE, 2012. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing outlook* [online]. **60**(5), e32-9 [cit. 2021-9-5]. ISSN 15283968. DOI:10.1016/j.outlook.2012.04.006

KALISCH, Beatrice J., Fusun TERZIOGLU a Sergul DUYGULU, 2012. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*[online]. **30**(1), 29–37 [cit. 2022-03-29]. ISSN 07461739. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22479961/>

- KALISCH, Beatrice. J. et al., 2013. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *The Journal of nursing administration* [online]. **43**(5), 274- 9 [cit. 2022-03-02]. ISSN 15390721. DOI:10.1097/NNA.0b013e31828eebaa
- KALISCH, Beatrice J. a Boqin XIE, 2014. Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research* [online]. **36**(7), 875-890 [cit. 2021-8-13]. ISSN 01939459. DOI:10.1177/0193945914531859
- KALISCH, Beatrice J., Boqin XIE a Beverly Waller DABNEY, 2014. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality* [online]. **29**(5), 415-22 [cit. 2022-03-15]. ISSN 1555824X. DOI:10.1177/1062860613501715
- KIM, Kyoung-Ja, Moon Sook YOO a Eun Ji SEO, 2018. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian nursing research* [online]. **12** (2), 121-126 [cit. 2021-9-5]. ISSN 20937482. DOI:10.1016/j.anr.2018.04.003
- KIRWAN, Marcia et al., 2019. Regulation and current status of patient safety content in pre- registration nurse education in 27 countries: Findings from the Rationing - Missed nursing care (RANCARE) COST Action project. *Nurse education in practice* [online]. 2019, **37**, 132-140 [cit. 2021-9-4]. ISSN 18735223. DOI:10.1016/j.nepr.2019.04.013
- KIRWAN, Marcia, Anne MATTHEWS a P. Anne SCOTT. 2013. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **50**(2), 253-263 [cit. 2022-06-01]. ISSN 00207489. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020
- KOTZER, Anne Marie, Dianne M. KOEPPING a Karen LEDUC. 2006. Perceived Nursing Work Environment of Acute Care Pediatric Nurses. *Pediatric Nursing* [online]. **32**(4), 327-332 [cit. 2022-05-30]. ISSN 00979805. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6420c5df-ba04-45f0-ab48-fa9b93a64e25%40redis>
- LAKE, Eileen T., 2002. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health* [online]. **25**(3), 176 - 188 [cit. 2021-04-07]. ISSN 01606891. DOI:10.1002/nur.10032

- LAKE, Eileen T. et al., 2016. Higher Quality of Care and Patient Safety Associated With Better NICU Work Environments. *Journal of nursing care quality* [online]. **31**(1), 24-32 [cit. 2022-05-24]. ISSN 15505065. DOI:10.1097/NCQ.000000000000146
- LAKE, Eileen T., et al., 2017. Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hospital pediatrics* [online]. **7**(7), 378-384 [cit. 2022-03-16]. ISSN 21541663. DOI:10.1542/hpeds.2016-0141
- LAKE, Eileen T., et al., 2019. A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Medical care* [online]. **57**(5), 353-361 [cit. 2021-9-5]. ISSN 15371948. DOI:10.1097/MLR.0000000000001109
- LAKE, Eileen T., Kathryn A. RIMAN a Douglas M. SLOANE, 2020. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(8), 2157-2165 [cit. 2021-9-5]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12970
- LAKE, Eileen T. et al., 2020. Linking the work environment to missed nursing care in labour and delivery. *Journal of Nursing Management* [online] **28**(8), 1901-1908 [cit. 2022-06-30]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12856
- LASATER, Karen B. et al., 2020. Safety and Quality of Pediatric Care in Freestanding Children's and General Hospitals. *Hospital pediatrics* [online]. **10**(5), 408-414 [cit. 2022-05-30]. ISSN 21541671. DOI:10.1542/hpeds.2019-0234
- LASCHINGER, Spence, Heather, K. et al., 2001. Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings: Expanding Kanter's Model. *The Journal of Nursing Administration* [online]. **31**(5), 260-272 [cit. 2021-9-5]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfte&NEWS=N&AN=00005110-200105000-00006>
- LONGHINI, Jessica et al., 2021. Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviance approach. *Journal of Nursing Management* [online]. **29**(3), 572-583 [cit. 2021-9-17]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.13176
- MARSCH, Valerie, et al., 2020. Nurses' perceptions of the extent and type of missed perioperative nursing care. *AORN Journal* [online]. **112**(3), 237-247 [cit. 2021-9-13]. ISSN 18780369. DOI: 10.1002/aorn.13146

- MORENO-MONSIVÁIS María Guadalupe, Catalina MORENO- RODRÍGUEZ a María Guadalupe INTERIAL-GUZMÁZ. 2015. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan* [online]. **15**(3): 318-328 [cit. 2022-06-10]. ISSN 16575997. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
- OGBOENYIYA, Anisa. A., et al., 2020. Missed Nursing Care in Pediatric and Neonatal Care Settings: An Integrative Review. *MCN. The American journal of maternal child nursing* [online]. **45**(5), 254-264 [cit. 2021-9-13]. ISSN 15390683. DOI:10.1097/NMC.0000000000000642
- OGLETREE, Aaron M., 2020. Omissions of Care in Nursing Home Settings: A Narrative Review. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **21**(5), 604-614.e6 [cit. 2022-05-10]. ISSN 15389375. DOI:10.1016/j.jamda.2020.02.016
- PALESE, Alvisa et al., 2015. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and emergency medicine* [online]. **10**(6), 693-702 [cit. 2022-03-02]. ISSN 19709366. DOI:10.1007/s11739-015-1232-6
- PAPASTAVROU, Evridiki et al., 2016. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. **21**, 48-56 [cit. 2021-9-2]. apISSN 14623889. DOI:10.1016/j.ejon.2016.01.002
- PAPASTAVROU, Evridiki, Panayiota ANDREOU a Georgios EFSTATHIOU, 2014. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management* [online]. **29**(1), 3-25 [cit. 2021-9-2]. ISSN 10991751. DOI:10.1002/hpm.2160
- PARK, Shin Hye, Miranda HANCHETT a Chenjuan MA, 2018. Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. **50**(6), 722-730 [cit. 2021-9-5]. ISSN 15276546. DOI:10.1111/jnu.12434
- PHELAN, Amanda, Sandra MCCARTHY a Elizabeth ADAMS, 2018. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **74**(3), 626-636 [cit. 2022-06-10]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/jan.13466
- PLEVOVÁ, Ilona et al., 2021. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycyna pracy* [online]. **72**(3), 231-237 [cit. 2021-9-5]. ISSN 23531339. DOI:10.13075/mp.5893.01035

- RECIO-SAUCEDO, Alejandra. et al., 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing* [online]. **27**(11-12), 2248-2259 [cit. 2021-9-2]. ISSN 13652702. DOI:10.1111/jocn.14058 medline
- SIQUEIRA, Lillian Dias Castilho et al. 2013, Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2013, **21**(2), 610-617 [cit. 2022-06-01]. ISSN 01041169. DOI:10.1590/S0104-11692013000200019
- SIMPSON, Kathleen Rice, et al., 2019. Adaptation of the MISSCARE Survey to the maternity care settings. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. **48**(4), 456-467 [cit. 2022-03-14]. ISSN 15526909. DOI:10.1016/j.jogn.2019.05.005
- SIST L., et al., 2017. MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate [MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study]. *Igiene e Sanita Pubblica*. [online]. 73(1), 29-45 [cit. 2021-9-20]. PMID: 28428643. Dostupné z: https://www.igienesanita.com/wp-content/uploads/2019/09/interno_1-2017.pdf?fbclid=IwAR2-IBJJOMQYnPQTJYc9S_DbBIIhhscCNjoaOKceJXdYpajMcGYeTHe6Pww
- SCHUBERT, Maria et al., 2007. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* [online]. 56(6), 416–424 [cit. 2021-9-20]. ISSN 00296562. DOI: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.
- SLATER, Paul et al., 2010. Testing of the factor structure of the Nursing Work Index-Revised. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. **7**(3), 123-134 [cit. 2021-9-20]. ISSN 1545102X. DOI:10.1111/j.1741-6787.2009.00158.x
- SMITH, Jessica G., Jeannette A. ROGOWSKI a Eileen T. LAKE. 2020. Missed care relates to nurse job enjoyment and intention to leave in neonatal intensive care. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(8), 1940-1947 [cit. 2022-06-01]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12943
- SOCHALSKI, Julie, 2004. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical care* [online]. **42**(2 Suppl), II67-73 [cit. 2022-02-05]. ISSN 00257079. DOI:10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa

- SRULOVICI, Einav a Anat DRACH-ZAHAVY, 2017. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **75**, 163-171 [cit. 2021-9-13]. ISSN 00207489. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003
- SWIGER, Pauline A. et al., 2017. Adaptation of the Practice Environment Scale for military nurses: A psychometric analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **73**(9), 2219-2236 [cit. 2022-03-11]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/jan.13276
- SWIGER, Pauline A. et al., 2017a. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2017, **74**, 76-84 [cit. 2022-06-10]. ISSN 00207489. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003
- TUBBS-COOLEY, Heather L. et al. 2015. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of Advance Nursing* [online]. **71**(4), 813-824 [cit. 2022- 03-14]. ISSN 03092402. DOI:10.1111/jan.12578
- VALLES-HERNÁNDEZ, Jonathan Hermayn et al., 2016. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista latino-americana de enfermagem* [online]. **24**, e2817 [cit. 2022-05-19]. ISSN 15188345. DOI:10.1590/1518-8345.1462.2817
- WARSHAWSKY, Nora E. a Donna Sullivan HAVENS, 2011. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research* [online]. **60**(1), 17-31 [cit. 2021-9-5]. ISSN 00296562. DOI:10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c
- WILD, D. et al., 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* [online]. **8**(2), 94-104 [cit. 2022-06-30]. ISSN 10983015. DOI:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x
- WILLIS, Eileen, et al., 2021. The globalization of missed nursing care terminology. *International Journal of Nursing Practice* [online]. **27**(1), 1-9 [cit. 2022-05-10]. ISSN 13227114. DOI:10.1111/ijn.12859
- WINTERS, Rosie a Stephen NEVILLE, 2012. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand* [online]. [cit. 2022-03-14]. **28** (1), 19-28. ISSN 01127438. Dostupné z:

<https://www.proquest.com/docview/1030260055/fulltextPDF/DD538C6620FE4A07PQ/1?accountid=16730>

ZANGARO, George A. a Kimmith JONES. 2019. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A reliability generalization meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research* [online]. **41**(11), 1658-1684 [cit. 2022-06-16]. ISSN 01939459. DOI:10.1177/0193945918823779

ZÁRATE-GRAJALES, Rosa A. et al., 2022. Sociodemographic and work environment correlates of missed nursing care at highly specialized hospitals in Mexico: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies* [online]. **126**, 104140 [cit. 2022-06-01]. ISSN 1873491X. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2021.104140

ZELENÍKOVÁ, Renáta, Elena GURKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2019. Missed nursing care measured by MISSCARE Survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Cent Eur J Nurs Midw*. **10**(1), 958-966. DOI: 10.15452/CEJNM.2019.10.0002

ZELENÍKOVÁ, Renáta et al., 2020. Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *International journal of environmental research and public health* [online]. **17**(11), 1-10. [cit. 2022-03-14]. ISSN 16604601. DOI:10.3390/ijerph17113805

ZHAO, Yingnan, 2019. Association between work environment and implicit rationing of nursing care: An integrative literature review. *Journal of Nursing Management*. **28**(8), 1841-1850 [cit. 2022-03-14]. ISSN 09660429. DOI:10.1111/jonm.12895

SEZNAM ZKRATEK

COVID-19	Coronavirus Disease 2019
ČR	Česká republika
DOSP	Dospělá interní pracoviště
M	Průměr
MAX	Maximální udávaná hodnota
MIN	Minimální udávaná hodnota
MISSCARE SURVEY	The Missed Nursing Care Survey
MISSCARE SURVEY – PED	The Missed Nursing Care Survey – Pediatric
MNC	Missed Nursing Care
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NWE	Nurse Work Environment
PED	Dětská interní pracoviště
PES-NWI	The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
PICU	Pediatric Intensive Care Unit
RANCARE	Rationing Nursing Care
RN4CAST	Nurse forecasting: Human Resources Planning in Nursing
SD	Směrodatná odchylka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru – deskriptivní statistika.....	41
Tabulka 2 Chybějící ošetřovatelské aktivity – DOSP	44
Tabulka 3 Chybějící ošetřovatelské aktivity – PED	46
Tabulka 4 Důvody MNC – DOSP	49
Tabulka 5 Důvody MNC-PED	51
Tabulka 6 Vztahy mezi sociodemografickými údaji a Misscare kompozitním skóre.....	54
Tabulka 7 Pracovní prostředí sester na DOSP rozdělené dle subškál autorů originální verze dotazníku	57
Tabulka 8 Pracovní prostředí sester na PED rozdělené dle dle subškál autorů originální verze dotazníku	60
Tabulka 9 Rozdíly v hodnocení pracovního prostředí mezi pracovišti dle subškál autorů originální verze dotazníku.	63
Tabulka 10 Korelace mezi celkovým průměrným skóre PES-NWI (+ jeho subškálami) a průměrným kompozitním skóre MNC - DOSP.....	64
Tabulka 11 Korelace mezi celkovým průměrným skóre PES-NWI (+ jeho subškálami) a průměrným kompozitním skóre MNC-PED.....	65

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Algoritmus řešební činnosti	13
---	----

SEZNAM GRAFŮ

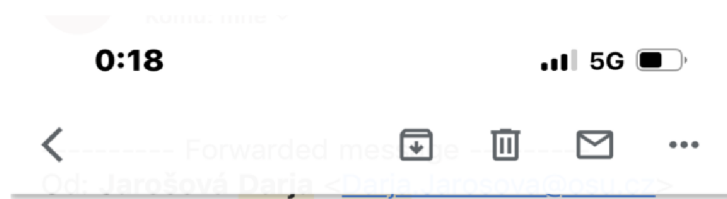
Graf 1 Hodnocení významnosti důvodů výskytu MNC – DOSP dle subškál autorů originální verze dotazníku.....	50
Graf 2 Hodnocení významnosti důvodů výskytu MNC – PED dle subškál autorů originální verze dotazníku.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlas s použitím dotazníků českých verzí od autorů prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. Informovaný souhlas pro respondenty	93
Příloha 2 Souhlas od tvůrce dotazníku MISSCARE Survey-Beatrice Kalisch, 2009	94
Příloha 3 Souhlas od tvůrce dotazníku PES-NWI-Lake, 2002.....	95
Příloha 4 Souhlas s překladem, validizací do českého jazyka a použitím MISSCARE Survey-Ped, Bagnasco et al., 2018.....	96
Příloha 5 Souhlasné stanovisko Etické komise Univerzity Palackého v Olomouci, Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii – UPOL-15913/1030S-2021.....	97
Příloha 6 Dílčí částí dotazníkových setů využitých ve výzkumné části diplomové práce pro DOSP	98
Příloha 7 Dílčí částí dotazníkových setů využitých ve výzkumné části diplomové práce pro PED.....	102
Příloha 8 Informovaný souhlas pro respondenty	107
Příloha 8 Stanovení minimální velikosti výzkumného souboru pro dotazník MISSCARE Survey a PES-NWI na DOSP a pro dotazník PES-NWI na PED	109
Příloha 10 Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.....	111

PŘÍLOHY

Příloha 1 Souhlas s použitím dotazníků českých verzí od autorů prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. Informovaný souhlas pro respondenty



Date: st 15. 7. 2020 v 6:31
Subject: Re: PES-NWI
To: Daniela Bartoníčková
<bartonickovadaniela@gmail.com>

Dobry den pani magistro,

Jsem nyní do konce tydne bez pristupu ke svemu PC - prelozeny dotaznik ve wordu Vam zaslu pozdeji.

S pouzitim ceske verze dotazniku samozrejme souhlasime (myslim, ze nemusite zadat prekladatele, kdyz je ocitujete). Urcite byste vsak mela pozadat o svoleni k pouziti autora originalni verze.

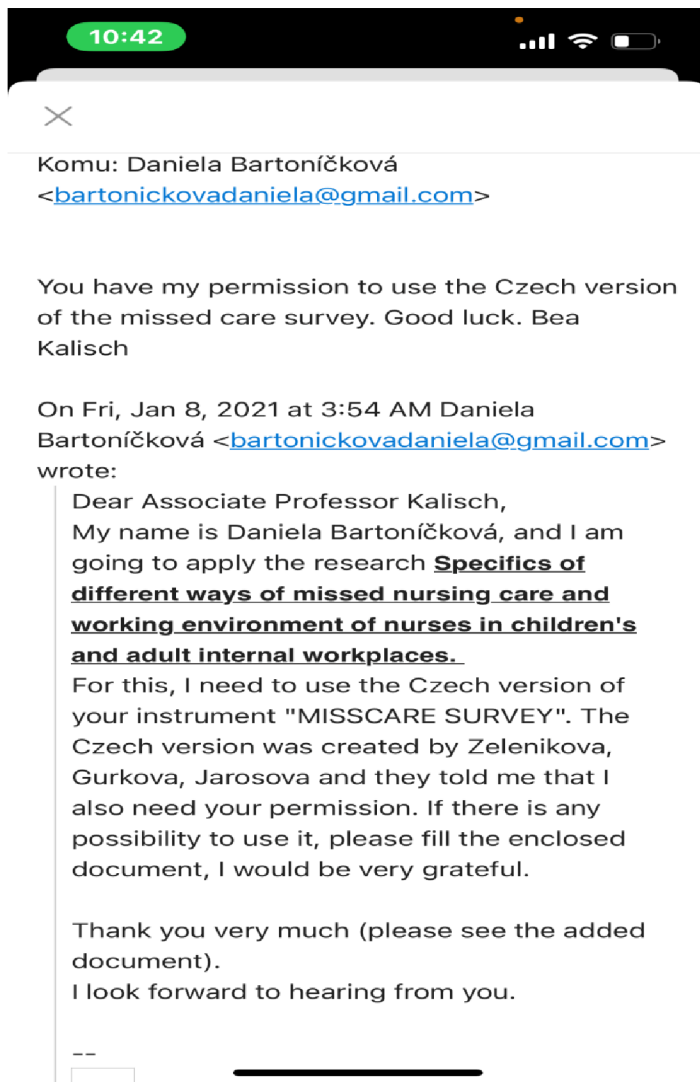
S pozdravem,
Darja Jarosova

Prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
vedoucí Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence
proděkan pro zahraniční vztahy
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita
[Syllabova 19, 703 00 Ostrava](#)

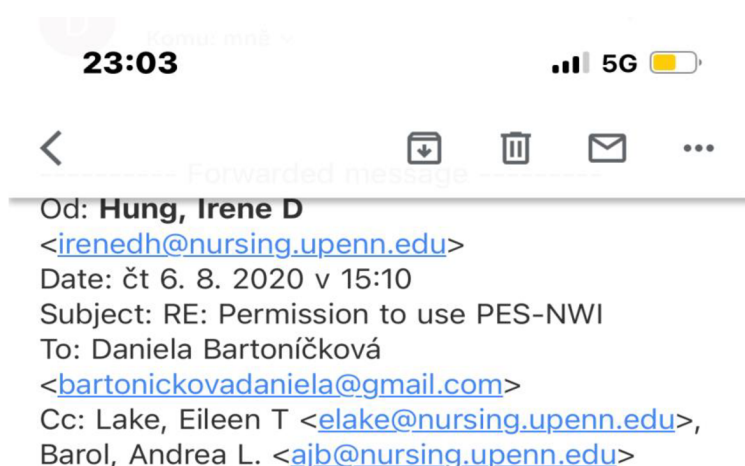
Prof. Darja Jarosova, RN. MSc. PhD.
Head of Department of Nursing and Midwifery
Vice-Dean for International Relations
Faculty of Medicine, University of Ostrava
[Syllabova 19, 703 00 Ostrava](#)
[Czech Republic](#)

phone: +420/597091600, +420/775761558
e-mail: darja.jarosova@osu.cz
<http://lf.osu.cz/uom/> / <https://m.osu.eu/uom/>

Příloha 2 Souhlas od tvůrce dotazníku MISSCARE Survey-Beatrice Kalisch, 2009



Příloha 3 Souhlas od tvůrce dotazníku PES-NWI-Lake, 2002



Dear Daniela,

Enclosed, please find the instrument, scoring instructions, an article containing PES-NWI scores for ANCC Magnet hospitals from 1998 in Table 1, and a Warshawsky & Haven article you may find useful. These materials are sent to everyone who makes the request.

Dr. Lake's permission is not needed as the instrument is in the public domain due to its endorsement by the National Quality Forum in 2004 and re-endorsement in 2009: <http://www.qualityforum.org/QPS/QPSTool.aspx?m=1129&e=3>. However, if you prefer to have Dr. Lake's permission, this email serves as her permission.

Please direct any reply to Dr. Eileen Lake at elake@nursing.upenn.edu. If you need anything else, feel free to write to us again.

Příloha 4 Souhlas s překladem, validizací do českého jazyka a použitím MISSCARE Survey-Ped, Bagnasco et al., 2018

**PALACKÝ UNIVERSITY IN OLMOUC
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Department of Nursing**

**Approval of the translation and further use of the MISSCARE Survey – Pediatric
version**

I hereby confirm the entitlement to translate and to use the MISSCARE Survey – Pediatric version instrument, for the purposes of the dissertation thesis of Daniela Bartoničková and publications associated with this thesis in the Czech Republic conditions.



Genoa, 31st January 2019

Příloha 5 Souhlasné stanovisko Etické komise Univerzity Palackého v Olomouci, Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii – UPOL-15913/1030S-2021.



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-15913/1030S-2021

Vážená paní
Mgr. Daniela Bartoníčková
FZV UP

2021-01-13

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš projekt, podaný do Studentské grantové soutěže IGA UP 2021, posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že projektu s názvem „Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, Ph.D.
člen
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha 6 Dílčí částí dotazníkových setů využitých ve výzkumné části diplomové práce pro DOSP

CHYBĚJÍCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (MISSCARE-CZ) MISSED NURSING CARE (MISSCARE Survey)

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

cílem tohoto šetření je zmapování výskytu a faktorů vztahujících se k chybějící ošetřovatelské péči a charakteristiky pracovního prostředí na lůžkových odděleních interního typu v rámci celé České republiky. Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a použity budou pouze pro účely výzkumu. Dotazník má čtyři části. V první části budou zjišťovány obecné údaje o Vás, druhá část se zaměřuje na často opomíjené / meškané činnosti v souvislosti s poskytováním ošetřovatelské péče, třetí část pak odhaluje důvody neprovedení těchto činností. Ve čtvrté, poslední části jsou zjišťovány informace o prostředí, ve kterém pracujete. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním údajů pro účely tohoto výzkumu.

Jednotlivé aktivity a důvody zhodnoťte za Vaši poslední pracovní směnu.
Mnohokrát předem děkujeme za Váš čas a spolupráci!

Za řešitelský tým *Mgr. Daniela Bartoníčková, Bc. Romana Bečvářová.*

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Typ oddělení, na kterém pracujete _____
2. Váš věk _____
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetřovatelství? (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) SZŠ (všeobecná sestra do roku 2008, dětská sestra do roku 1997, zdravotní sestra do roku 1997)
 - 2) VZŠ (diplomovaná všeobecná sestra / diplomovaná porodní asistentka, diplomovaná dětská sestra, DiS)
 - 3) VŠ (všeobecná sestra / dětská sestra / porodní asistentka, Bc.)
 - 4) VŠ (ošetřovatelské obory / porodní asistence, Mgr., Ph.D.)
 - 6) jiná (specifikujte, prosím) _____
4. Specializační vzdělávání:
 - 1) Ne
 - 2) Ano, specializační studium *Ošetřovatelská péče v interních oborech*
 - 3) Ano, doplňte jaké: _____
5. Počet běžně odpracovaných hodin za týden (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) méně než 30 hodin / týden
 - 2) 30 nebo více hodin / týden
6. Počet přesčasových hodin za poslední 3 měsíce:
 - 1) žádné
 - 2) 1-12 hodin
 - 3) více než 12 hodin
7. Počet směn / dní v práci zameškaných v souvislosti, např. s nemocí, zraněním (PN) za poslední 3 měsíce:
 - 1) žádné
 - 2) 1 den
 - 3) 2-3 dny
 - 4) více než 4 dny
8. Jak často je podle Vás personální obsazení na oddělení dostačující? (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) 0 % času (není dostačující)
 - 2) 25 % času
 - 3) 50 % času
 - 4) 75 % času
 - 5) 100 % času (zcela dostačující)

9. Délka let praxe na pozici všeobecné sestry celkově _____
10. Délka let praxe na pozici všeobecné sestry na současném pracovišti _____
11. Plánujete v budoucnu odejít z Vaší současné pracovní pozice?
- 1) ano, do půl roku
 - 2) ano, do jednoho roku
 - 3) ano, za více než 1 rok
 - 4) ne, neplánuji odejít ze současné pozice
12. Poskytovatel zdravotní péče:
- 1) veřejný poskytovatel
 - 2) soukromý poskytovatel

ČÁST A — CHYBĚJÍCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Sestry se často setkávají s tím, že vícečetné požadavky na jejich čas vyžadují, aby změnilí nastavení priorit a nezajistily veškerou péči, kterou pacienti potřebují. Jak často jsou podle Vašeho názoru následující činnosti ošetrovatelské péče VYNECHÁNY sesternským personálem (včetně Vás) na Vašem oddělení?

Označte křížkem pouze jednu odpověď u každé položky.

	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Vždy
1. Chůze s pacientem třikrát denně nebo podle ordinace					
2. Polohování pacienta každé 2 hodiny					
3. Krmení pacienta, když je jídlo ještě teplé					
4. Příprava jídla pacientovi, který se nají sám					
5. Podávání léků v rozmezí 30 minut před ordinovaným časem nebo do 30 minut po něm (např. Lék je podán mezi 9.30–10.30, je-li ordinován na 10.00 hod)					
6. Sledování vitálních funkcí podle ordinace					
7. Sledování příjmu/výdeje tekutin					
8. Úplná dokumentace všech potřebných údajů					
9. Edukace pacienta o nemoci, testech a vyšetřeních					
10. Citová podpora pacienta nebo rodiny					
11. Koupání pacienta/péče o kůži					
12. Péče o dutinu ústní					
13. Mytí rukou					
14. Plánování propuštění a edukace pacienta					
15. Sledování glykémie u lůžka podle ordinace					
16. Posouzení pacienta během každé směny					
17. Cílené opětovné posouzení pacienta podle jeho stavu					
18. Péče o místo zavedení					

periferní/centrální žilní kanyly a jeho posouzení podle standardu nemocnice					
19. Reakce na signalizaci pacienta do 5 minut					
20. Reakce na žádost pacienta o podání léku podle potřeby do 15 minut					
21. Posouzení účinnosti léků					
22. Účast na všech konziliích interdisciplinární péče					
23. Pomoc při potřebě vyprázdnění do 5 minut od požadavku pacienta					
24. Péče o kůži/o rány					

ČÁST B – DŮVODY CHYBĚJÍCÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Přemýšlejte o ošetřovatelské péči vynechané na Vašem oddělení všemi pracovníky (jak uvádíte v 1. části tohoto dotazníku) a uveďte **DŮVODY** chybějící ošetřovatelské péče na Vašem oddělení.

Označte křížkem pouze jednu odpověď u každé položky.

	Závažný důvod	Středně závažný důvod	Méně závažný důvod	Není důvod
1. Nedostatečný počet personálu				
2. Naléhavé situace u pacienta (např. Zhoršení stavu pacienta)				
3. Neočekávané zvýšení počtu nebo závažnosti stavu pacientů na oddělení				
4. Nedostatečný počet podpůrných nebo administrativních pracovníků (např. Praktické sestry, zdravotničtí asistenti, techničtí pracovníci, sekretářky oddělení)				
5. Nevyvážené přidělování pacientů				
6. Nedostupnost léků v případě potřeby				
7. Nedostatek při přebírání pacientů od předchozí směny nebo z překládajícího oddělení				
8. Neposkytnutí potřebné péče z jiného oddělení (např. Chůze s pacientem neprovedená při fyzioterapii)				
9. Nedostupnost materiálu/ vybavení v případě potřeby				
10. Nesprávná funkce materiálu/vybavení v případě potřeby				
11. Nedostatečná podpora od členů týmu				
12. Napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k POMOCNÝM/PODPŮRNÝM ODDĚLENÍM				
13. Napětí nebo komunikační problémy v rámci OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU				
14. Napětí nebo komunikační problémy ve vztahu k LÉKÁŘSKÉMU PERSONÁLU				
15. Praktická sestra (zdravotnický asistent) neoznámila, že péče nebyla poskytnuta				
16. Ošetřovatel není přítomen na oddělení nebo je nedostupný				
17. Přílišné zatížení příjmem a propouštěním pacientů				

ŠKÁLA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (PES-NWI)

V tabulce jsou uvedeny položky (tvrzení). U každé položky, prosím, uveďte, do jaké míry souhlasíte s tím, že se týká Vaší současné práce. Označte číslem jednu z možností na škále:

1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

1	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty	1	2	3	4
2	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	1	2	3	4
3	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	1	2	3	4
4	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	1	2	3	4
5	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	1	2	3	4
6	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách)	1	2	3	4
7	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku	1	2	3	4
8	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami	1	2	3	4
9	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče	1	2	3	4
10	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	1	2	3	4
11	Hlavní sestra/náměstkyně ošetřovatelské péče je viditelná, otevřená komunikací a pro sestry dostupná	1	2	3	4
12	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	1	2	3	4
13	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	1	2	3	4
14	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	1	2	3	4
15	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetřovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	1	2	3	4
16	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	1	2	3	4
17	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy)	1	2	3	4
18	V nemocnici je jasná filozofie ošetřovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	1	2	3	4
19	Spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	1	2	3	4
20	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem	1	2	3	4
21	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	2	3	4
22	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	1	2	3	4
23	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny)	1	2	3	4
24	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	1	2	3	4
25	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	1	2	3	4
26	Ošetřovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetřovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupu medicínském	1	2	3	4
27	Sestry mají možnost působit v ošetřovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	1	2	3	4
28	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	1	2	3	4
29	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetřovatelské péče	1	2	3	4
30	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně)	1	2	3	4
31	Sestry používají ošetřovatelské diagnózy v péči o pacienty	1	2	3	4

VELKÉ DÍKY VÁM VŠEM!

Příloha 7 Dílčí částí dotazníkových setů využitých ve výzkumné části diplomové práce pro PED

Chybějící ošetrovatelská péče v pediatrii

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

cílem tohoto šetření je zmapování výskytu a faktorů vztahujících se k chybějící ošetrovatelské péči a charakteristiky pracovního prostředí na lůžkových pediatrických odděleních v rámci celé České republiky. Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a použity budou pouze pro účely výzkumu. Dotazník má čtyři části. V první části budou zjišťovány obecné údaje o Vás, druhá část se zaměřuje na často opomíjené / meškané činnosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče dětem, třetí část pak odhaluje důvody neprovedení těchto činností. Ve čtvrté, poslední části jsou zjišťovány informace o prostředí, ve kterém pracujete. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním údajů pro účely tohoto výzkumu.

Jednotlivé aktivity a důvody zhodnoťte za Vaši poslední pracovní směnu.

Mnohokrát předem děkujeme za Váš čas a spolupráci!

Za řešitelský tým *Mgr. Daniela Bartoníčková, Bc. Romana Bečvářová.*

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Typ oddělení, na kterém pracujete _____
2. Váš věk _____
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství? (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) SZŠ (všeobecná sestra do roku 2008, dětská sestra do roku 1997, zdravotní sestra do roku 1997)
 - 2) VZŠ (diplomovaná všeobecná sestra / diplomová porodní asistentka, diplomovaná dětská sestra, DiS)
 - 3) VŠ (všeobecná sestra / dětská sestra / porodní asistentka, Bc.)
 - 4) VŠ (ošetrovatelské obory / porodní asistence, Mgr., Ph.D.)
 - 5) jiná (specifikujte, prosím) _____
4. Specializační vzdělávání:
 - 1) Ne
 - 2) Ano, specializační studium *Ošetrovatelská péče v pediatrii*
 - 3) Ano, doplňte jaké: _____
5. Počet běžně odpracovaných hodin za týden (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) méně než 30 hodin / týden
 - 2) 30 nebo více hodin / týden
6. Počet přesčasových hodin za poslední 3 měsíce:
 - 1) žádné
 - 2) 1-12 hodin
 - 3) více než 12 hodin
7. Počet směn / dní v práci zameškaných v souvislosti, např. s nemocí, zraněním (PN) za poslední 3 měsíce:
 - 1) žádné
 - 2) 1 den
 - 3) 2-3 dny
 - 4) více než 4 dny
8. Jak často je podle Vás personální obsazení na oddělení dostačující? (vyberte jen JEDNU možnost)
 - 1) 0 % času (není dostačující)
 - 2) 25 % času
 - 3) 50 % času
 - 4) 75 % času
 - 5) 100 % času (zcela dostačující)
9. Délka let praxe na pozici všeobecné / dětské sestry celkově _____
10. Délka let praxe na pozici všeobecné / dětské sestry na současném pracovišti _____

11. Plánujete v budoucnu odejít z Vaší současné pracovní pozice?

- 1) ano, do půl roku
- 2) ano, do jednoho roku
- 3) ano, za více než 1 rok
- 4) ne, neplánuji odejít ze současné pozice

12. Poskytovatel zdravotní péče:

- 1) veřejný poskytovatel
- 2) soukromý poskytovatel

Část A – Chybějící ošetrovatelská péče

Často se během jedné pracovní směny stává, že sestry musí vykonat několik různých úkonů; to vede k tomu, že musí dát občas přednost situacím, které považují za urgentní, čímž dochází k opomíjení / opoždění některých úkonů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče u pacientů, které mají na starosti.

Vzhledem k Vaším zkušenostem během poslední směny (např. ranní), jak často byly sestrami (včetně Vás) vynechávány následující činnosti spojené s poskytováním ošetrovatelské péče? Zaškrtněte, prosíme, vždy pouze jedno políčko pro každou z uvedených činností.

Jak často nebyly následující ošetrovatelské činnosti týkající se poskytování zdravotní péče sestrami (včetně Vás) z Vašeho pracoviště během poslední pracovní směny provedeny ?						
Ošetrovatelské činnosti	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Vždy	Neaplikovatelné
1. Každodenní účast na vizitách u lůžka dětského pacienta.						
2. Chůze s dítětem 3krát denně nebo dle ošetrovatelského plánu, pokud to klinické podmínky dovolují.						
3. Zhodnocení účinnosti podávaných léků (farmakologické terapie).						
4. Pasivní mobilizace dětského pacienta (bez jeho pomoci) každé 2 hodiny nebo dle ordinace.						
5. Péče o dutinu ústní.						
6. Zapojení rodičů do péče o dítě.						
7. Edukace dětského pacienta a jeho rodiny.						
8. Diskuze s dítětem a jeho rodinou o plánovaném propuštění a péči v domácím prostředí.						
9. Podpora neuropsychického vývoje dítěte s ohledem na jeho věk a klinické podmínky (např. neonatální péče, kognitivní a relační vývoj dítěte či dospívajícího jedince).						
10. Léčba bolesti pomocí farmakologických nebo nefarmakologických intervencí dle protokolu (ordinace lékaře).						
11. Podávání potřebné medikace dítěti do 15 minut od vyžádání.						
12. Důsledné dokumentování poskytování ošetrovatelské péče v kontextu legislativních předpisů a zvyklostí oddělení.						
13. Zprostředkování všech významných informací při střídání služeb / výměně sester.						
14. Uspokojení stravovacích potřeb vzhledem ke klinickému stavu dítěte (např. podpora						

perorálního příjmu potravy a / nebo výživy na základě požadavku novorozence, podpora správné výživy s ohledem na preference dítěte).							
15. Administrace léků 30 minut před nebo po uplynutí stanoveného času (např. ordinováno na 20:00 administrace od 19:30 do 20:30).							
16. Asistence dítěti s potřebou vyprázdnění (eliminací) do 5 minut od iniciované žádosti (např. doprovod dítěte na WC nebo poskytnutí vhodných pomůcek, pokud je upoutáno na lůžko).							
17. Reakce na signalizační zařízení anebo alarm do 5 minut (např. monitor, infúzní pumpy, ventilátor).							
18. Emocionální podpora dítěte a / anebo jeho rodiny.							
19. Odběry biologického materiálu dle ordinace.							
20. Tělesná hygiena a péče o kůži dětského pacienta.							
21. Posouzení místa vpichu PŽK a / anebo CŽK dle platných standardů.							
22. Péče o místo vpichu PŽK a / anebo CŽK dle platných standardů.							
23. Osvojení si nevyhnutelných opatření prevence a kontroly infekcí dle platných standardů (osobní ochranné pomůcky (OOP), dezinfekce zařízení, izolace, správná likvidace zdravotnického odpadu).							
24. Sledování příjmu / výdeje stravy a tekutin.							
25. Posuzování fyziologických funkcí dle ošetřovatelského plánu.							
26. Cílené / záměrné přehodnocení stavu dítěte za účelem posouzení zlepšení nebo zhoršení jeho stavu během služby.							
27. Osobní hygienická dezinfekce rukou (např. mezi jednotlivými výkony, pacienty,...).							
28. Posouzení aktivit, které jsou přisuzovány rodinnému příslušníkovi / opatrovníkovi (např. dopomoc dítěti, volnočasové aktivity, dohled nad dítětem,...).							
29. Kontrola bezpečnosti a čistoty zařízení a vybavení lůžka dětského pacienta prováděná jednou za směnu nebo dle platných standardů (např. lůžko, noční stolek, zařízení).							

Část B – Důvody chybějící ošetrovatelské péče

Vezmete-li v úvahu chybějící ošetrovatelskou péči ze strany sester na Vašem oddělení (výčet v části A), uveďte, prosíme, důvody, proč nebyla tato péče poskytnuta (označte vždy pouze jednu možnost pro každý z uvedených důvodů).

Z hlediska významu, jak velký podíl měly následující důvody při neposkytnutí zdravotnické péče (výčet v části A) během vaší poslední služby?				
Ošetrovatelské důvody	Velmi významný	Významný	Méně významný	Žádný
1. Časté vyrušení během služby (např. telefonáty, plánované vyšetření, návštěvy,..).				
2. Napětí nebo komunikační problémy v rámci ošetrovatelského týmu.				
3. Nedostatečná spolupráce členů týmu (např. sestry, praktické sestry, lékaři)				
4. Chybějící komunikace ze strany praktických sester týkající se péče o dítě.				
5. Napětí nebo komunikační problémy s lékařským personálem.				
6. Napětí nebo komunikační problémy ze strany ostatních služeb nebo oddělení (např. transfúzní centrum, radiodiagnostická centra, nemocniční lékárna, atd.).				
7. Nezbytné úkony nebyly poskytnuté ostatními službami nebo odděleními (např. laboratoř, nemocniční lékárna).				
8. Nedostatečné předávání informací / nezabezpečení ošetrovatelských činností od předchozí směny nebo odesílajícího oddělení.				
9. Nedostatek potřebných zdravotnických pomůcek (např. infúzní pumpy, chirurgické nástroje).				
10. Nefunkčnost potřebných zdravotnických pomůcek.				
11. Nedostatek potřebných léků.				
12. Nedostatečná znalost zařízení / postupů / směrnic.				
13. Neočekávaný nárůst nově přijatých dětských pacientů anebo zvýšená zaneprázdněnost oddělení.				
14. Dětské pacienty v urgentních situacích (např. zhoršení stavu dítěte).				
15. Nedostatečný počet sester na pracovišti.				
16. Nedostatečný počet pomocného personálu (např. praktických sester, ošetrovatelů).				
17. Příliš vysoký počet dětských pacientů na jednu sestru v rámci pracovní směny.				

Originální italskou verzi dotazníku vytvořili autoři *Bagnasco et al. (2018)*, souhlas s překladem a validizací do ČJ byl získán dne 31. 1. 2019.

ŠKÁLA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (PES-NWI)

V tabulce jsou uvedeny položky (tvrzení). U každé položky, prosím, uveďte, do jaké míry souhlasíte s tím, že se **týká** Vaší současné práce. Označte číslem jednu z možností na škále:

1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

1	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty	1	2	3	4
2	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	1	2	3	4
3	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	1	2	3	4
4	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	1	2	3	4
5	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	1	2	3	4
6	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách)	1	2	3	4
7	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku	1	2	3	4
8	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami	1	2	3	4
9	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče	1	2	3	4
10	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	1	2	3	4
11	Hlavní sestra/náměstkyně ošetřovatelské péče je viditelná, otevřená komunikací a pro sestry dostupná	1	2	3	4
12	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	1	2	3	4
13	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	1	2	3	4
14	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	1	2	3	4
15	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetřovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	1	2	3	4
16	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	1	2	3	4
17	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy)	1	2	3	4
18	V nemocnici je jasná filozofie ošetřovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	1	2	3	4
19	Spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	1	2	3	4
20	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případech, že se jedná o konflikt s lékařem	1	2	3	4
21	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	2	3	4
22	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	1	2	3	4
23	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny)	1	2	3	4
24	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	1	2	3	4
25	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	1	2	3	4
26	Ošetřovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetřovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupem medicínském	1	2	3	4
27	Sestry mají možnost působit v ošetřovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	1	2	3	4
28	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	1	2	3	4
29	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetřovatelské péče	1	2	3	4
30	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně)	1	2	3	4
31	Sestry používají ošetřovatelské diagnózy v péči o pacienty	1	2	3	4

VELKÉ DÍKY VÁM VŠEM!

Příloha 8 Informovaný souhlas pro respondenty



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí na dětských a dospělých interních pracovištích
Období realizace: leden 2021 – červen 2022

Řešitelé projektu: Bc. Romana Bečvářová, Mgr. Daniela Bartoníčková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapování výskytu a faktorů vztahujících se k chybějící ošetrovatelské péči a zároveň i charakteristiky pracovního prostředí sester na lůžkových interních dětských a dospělých pracovištích v rámci České republiky.

Prosíme o vyplnění předkládaného dotazníku, který Vám zabere zhruba 15-20 minut. Dotazník je anonymní. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Pokud se rozhodnete odstoupit z účasti na výzkumu projektu, můžete tak učinit kdykoli, i v jeho průběhu.

Výsledky výzkumu prostřednictvím získaných dat přispějí k vyhodnocení ošetrovatelských aktivit, které sestrami v praxi nebývají poskytovány, ale i ke zjištění důvodů jejich vynechání a zároveň k vyhodnocení oblasti pracovního prostředí sester. Prostřednictvím toho mohou být následně iniciována systémová opatření, která povedou k vymizení fenoménu chybějící péče a přispějí celkově ke zvýšení kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče v České republice.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

S účastí na výše uvedeném projektu souhlasím – nesouhlasím (prosíme, zaškrtněte).

Projekt byl schválen etickou komisí FZV UP (číslo EK UPOL-30543/1070-2021).

Bude přiložena česká verze dotazníku *MISSCARE Survey – Ped* autorů Bagnasco et al. (2018) nebo *MISSCARE Survey* (překlad české verze: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD. a prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.; 2017) a nástroje *PES-NWI* (škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče) autorky Lake, 2002 (překlad české verze: prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.; Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, 2017).

Příloha 9 Stanovení minimální velikosti výzkumného souboru pro dotazník MISSCARE Survey a PES-NWI na DOSP a pro dotazník PES-NWI na PED

Odhad rozsahu výběru respondentů pro dotazník MISSCARE Survey s přesností 95 %, $\Delta = 0,1$; $\sigma = 0,51$ (= průměr ze směrodatných odchylek (SD) dotazníku, ze studie (Zeleníková, Gurková, Jarošová, 2019) podle vzorce:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 \quad (\text{Hendl, 2004, s.173})$$

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 0,51}{0,1} \right)^2 = 100$$

Minimální počet respondentů pro dotazník MISSCARE Survey je 100.

Odhad rozsahu výběru respondentů pro dotazník PES-NWI pro DOSP s přesností 95 %, $\Delta = 0,2$; $\sigma = 0,67$ (= průměr ze směrodatných odchylek dotazníku ze studie Lake et al., 2020) podle vzorce:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 \quad (\text{Hendl, 2004, s.173})$$

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 0,67}{0,2} \right)^2 = 43$$

Minimální počet respondentů je 43.

Odhad rozsahu výběru respondentů pro dotazník PES-NWI pro PED s přesností 95 %, $\Delta = 0,2$; $\sigma = 0,65$ (= průměr ze směrodatných odchylek dotazníku ze studie Lake et al., 2017) podle

vzorci:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 \quad (\text{Hendl, 2004, s.173})$$

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 0,65}{0,2} \right)^2 = 41$$

Minimální počet respondentů je 41.

Vypracovala RNDr. Eva Reiterová, Ph.D. dle HENDL, Jan. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

Příloha 10 Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-30543/1070-2021

Vážená paní
Bc. Romana Bečvářová

2021-02-04

Vyjádření Etické komise FZV UP


Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Specifika rozdílů chybějící péče a pracovního prostředí sester na dětských a dospělých interních pracovištích**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP