

Dominika Kohanová

Nedokončená ošetřovatelská péče

dopad na bezpečnost pacientů





Dominika Kohanová

Nedokončená ošetřovatelská péče

dopad na bezpečnost pacientů

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Mgr. Dominika Kohanová, PhD.

NEDOKONČENÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE **dopad na bezpečnost pacientů**

Recenzentky: prof. PhDr. Mgr. Monika Jankechová, PhD., MPH
doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Photo © depositphotos.com 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 658. publikaci

Odpovědná redaktorka Karla Hejduková

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 112

1. vydání, Praha 2026

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-8567-2 (ePub)

ISBN 978-80-271-6448-6 (pdf)

ISBN 978-80-247-4914-3 (print)

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
1 Nedokončená ošetrovatelská péče jako trojdimenzionální fenomén	11
1.1 Historický a konceptuální vývoj fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče	12
1.2 Vybrané konceptuální rámce nedokončené ošetrovatelské péče	16
1.2.1 Konceptuální rámec chybějící ošetrovatelské péče	16
1.2.2 Přidělovaná ošetrovatelská péče	18
1.2.3 Nedokončená ošetrovatelská péče	20
1.2.4 Zanedbaná péče	21
1.3 Vybrané hodnoticí nástroje fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče	23
1.3.1 Hodnocení chybějící ošetrovatelské péče	24
1.3.2 Hodnocení přidělované ošetrovatelské péče	33
1.3.3 Hodnocení nedokončené ošetrovatelské péče	40
1.4 Determinanty výskytu nedokončené ošetrovatelské péče v klinické praxi	43
1.4.1 Determinanty nedokončené ošetrovatelské péče související s organizačními aspekty a pracovním prostředím sester	45
1.4.2 Determinanty nedokončené ošetrovatelské péče související s charakteristikami sester	49
1.4.3 Determinanty nedokončené ošetrovatelské péče související s charakteristikami pacientů	54
1.4.4 Determinanty nedokončené ošetrovatelské péče v kontextu bezpečnosti pacientů ve Slovenské republice: výsledky sekundární analýzy	57
1.5 Nedokončená ošetrovatelská péče jako determinant výsledků pacientů	67
1.5.1 Výsledky pacientů související s bezpečností	68
1.5.2 Výsledky pacientů související s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče	71
1.6 Nedokončená ošetrovatelská péče jako determinant výsledků sester	74
1.6.1 Pracovní spokojenost	75
1.6.2 Morální a etické aspekty poskytování ošetrovatelské péče	77
1.6.3 Další důsledky fenoménu pro sestry	79
1.7 Strategie redukce výskytu nedokončené ošetrovatelské péče v klinické praxi	80
1.7.1 Identifikace a zviditelnění fenoménu v klinické praxi	82
1.7.2 Optimalizace personálního zabezpečení	83
1.7.3 Regulace pracovní doby a prevence přesčasové práce	84
1.7.4 Podpora týmové spolupráce a komunikace	86
1.7.5 Systémy hlášení nedokončené ošetrovatelské péče a klinické audity	88

1.7.6 Využívání digitálních technologií v managementu ošetrovatelské péče	89
Závěr	91
Seznam literatury	93
Rejstřík	109
Souhrn	112
Summary	

Seznam zkratek

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANOVA	analýza rozptylu
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BERNCA	Basel Extent of Rationing of Nursing Care
BERNCA-NH	Basel Extent of Rationing of Nursing Care – Nursing Homes
BERNCA-R	Basel Extent of Rationing of Nursing Care – Revised
HSOPS 2.0	Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0
I-CVI	index obsahové validity na úrovni jednotlivých položek
IHORC	International Hospital Outcomes Research Consortium
IMC	infekce močových cest
IPC	prevence a kontrola infekcí
JIP	jednotky intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
MINCS	Missed Intensive Nursing Care Scale
NEW-RI	Neonatal Extent of Work Rationing Instrument
NHPPD	Nursing Hours per Patient Day
NICU	neonatal intensive care unit
NJIP	neonatologické jednotky intenzivní péče
OR	operating room
PCOM	Process of Care and Outcomes Model
PIRNCA	Perceived Implicit Rationing of Nursing Care
RICH Study	Rationing of Nursing Care in Switzerland
RN4CAST	Nurse Forecasting in Europe
RNHPPD	Registered Nurse Hours per Patient Day
S-CVI	celkový index obsahové validity
SBAR	Situation – Background – Assessment – Recommendation
SR	Slovenská republika
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TU	Task Undone
UNCS	Unfinished Nursing Care Survey
UNCS4NS	Unfinished Nursing Care Scale for Nursing Students
WHO	World Health Organization

Úvod

Bezpečnost pacientů a kvalita zdravotní péče představují v současnosti fundamentální pilíře moderních zdravotnických systémů a zároveň klíčové indikátory jejich výkonnosti, efektivity a udržitelnosti. V kontextu dynamických změn demografické struktury populace, narůstající polymorbidity pacientů, technologického pokroku a zároveň přetrvávajícího nedostatku zdravotnického personálu se zajištění bezpečné a kvalitní péče stává komplexní multidimenzionální výzvou.

V posledních dekadách došlo k významnému posunu v chápání bezpečnosti pacientů – od individuálního selhání zdravotnického pracovníka k systémově orientovanému přístupu, který zdůrazňuje úlohu organizačních, procesních a kulturních faktorů. Bezpečnost pacientů je dnes vnímána jako výsledek komplexní interakce mezi strukturou zdravotnického systému, procesy poskytování péče a výslednými ukazateli kvality. Tento přístup reflektuje potřebu analyzovat zdravotní péči jako komplexní adaptivní systém, v němž vznikají rizika i příležitosti ke zlepšení. V tomto kontextu se do popředí vědeckého zájmu dostává fenomén nedokončené ošetrovatelské péče, který představuje citlivý indikátor kvality poskytované péče a zároveň významný mediátor mezi pracovním prostředím zdravotnických pracovníků a klinickými výsledky pacientů. Nedokončenou ošetrovatelskou péči nelze redukovat na jednoduchý souhrn neuskutečněných intervencí, ale je třeba ji chápat jako komplexní, systémově podmíněný konstrukt, který vzniká v důsledku nesouladu mezi potřebami pacientů a disponibilními zdroji zdravotnického systému.

Teoretické uchopení tohoto fenoménu poukazuje na jeho multidimenzionální povahu, která zahrnuje strukturální determinanty (např. personální zabezpečení, pracovní podmínky, organizační podporu), procesní aspekty (klinické rozhodování, prioritizaci intervencí, delegování úkolů) a výsledkové indikátory (dopady na bezpečnost pacientů, kvalitu péče a pracovní spokojenost zdravotníků). Takto koncipovaný přístup umožňuje komplexní porozumění mechanismům vzniku nedokončené péče a identifikaci potenciálních intervenčních strategií. Význam zkoumání této problematiky je podtržen narůstajícím množstvím empirických důkazů, které poukazují na její úzkou souvislost s výskytem nežádoucích událostí ve zdravotní péči. Nedokončená ošetrovatelská péče je asociována se zvýšeným rizikem pádů pacientů, vznikem dekubitů, nozokomiálních infekcí, prodloužením hospitalizace a celkovým zhoršením zdravotního stavu pacientů. Zároveň má významné implikace pro samotné zdravotnické pracovníky, jelikož přispívá k pracovní zátěži, syndromu vyhoření a fluktuaci personálu. Navzdory intenzivnímu výzkumnému zájmu zůstává fenomén nedokončené ošetrovatelské péče konceptuálně i metodologicky heterogenní. V mezinárodní literatuře se setkáváme s různými terminologickými označeními, která reflektují odlišné teoretické přístupy a výzkumné perspektivy. Tato terminologická pluralita sice obohacuje vědecký diskurz, zároveň však komplikuje komparabilitu výsledků a tvorbu jednotných intervenčních rámců. Z tohoto důvodu je nezbytné usilovat o systematizaci poznatků a integraci existujících konceptuálních přístupů. Zvláštní pozornost si vyžaduje také analýza tohoto fenoménu v konkrétních národních a klinických kontextech, kde mohou specifické organizační, legislativní a kulturní faktory významně ovlivňovat jeho vznik a projevy. V podmínkách středoevropského zdravotnického prostředí, včetně

Slovenské republiky, je tato problematika zatím nedostatečně prozkoumána, což vytváří prostor pro další vědecký výzkum a tvorbu kontextově relevantních řešení.

Předkládaná vědecká monografie reaguje na uvedené výzvy a klade si za cíl komplexně analyzovat fenomén nedokončené ošetrovatelské péče v kontextu současného zdravotnictví. Teoretická část práce systematizuje existující poznatky, objasňuje konceptuální rámce a analyzuje determinanty tohoto jevu. Empirická část je zaměřena na identifikaci vybraných faktorů ovlivňujících výskyt nedokončené péče a na posouzení jejích důsledků pro bezpečnost pacientů v podmínkách klinické praxe. Ambicí monografie je nejen přispět k rozšíření vědeckého poznání v dané oblasti, ale také podpořit implementaci důkazy podložených intervencí směřujících ke zvyšování kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče. Výsledky práce mohou být využitelné v oblasti klinické praxe, managementu zdravotnických zařízení i ve vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Monografie je určena širokému spektru odborníků v oblasti ošetrovatelství a zdravotnictví, včetně výzkumníků, pedagogů, manažerů a studentů zdravotnických oborů. Věříme, že předkládaná práce přispěje k hlubšímu pochopení analyzovaného fenoménu a stane se podnětem pro další výzkum i praktické inovace v oblasti bezpečnosti pacientů.

1 Nedokončená ošetrovatelská péče jako trojdimenzionální fenomén

Nedokončená ošetrovatelská péče představuje komplexní, systémově podmíněný fenomén, který se v posledních dvou dekadách etabloval jako významný výzkumný a klinický koncept v oblasti ošetrovatelství. Jeho význam narůstá paralelně s rostoucím důrazem na kvalitu zdravotní péče, bezpečnost pacientů, efektivní využívání omezených zdrojů a udržitelnost ošetrovatelské pracovní síly v podmínkách demografických změn a chronického nedostatku personálu (Palese, 2025; Papastavrou, Suhonen, 2021).

Fenomén nedokončené ošetrovatelské péče nelze chápat izolovaně jako souhrn jednotlivých vynechaných intervencí. Jedná se o komplexní konstrukt, který je výsledkem interakce mezi strukturálními podmínkami zdravotnického systému, procesem klinického rozhodování a výslednými ukazateli kvality péče. Z teoretického hlediska je proto možné hovořit o jeho trojdimenzionální povaze (Jones et al., 2015; Papastavrou, Suhonen, 2021; Stemmer et al., 2022).

První dimenzi představuje nedokončená péče jako problém, který je determinován deficitem zdrojů. Tento deficit může mít podobu nedostatečného počtu sester, nepříznivého poměru sestra–pacient, časové zátěže, administrativního zatížení, materiálních limitů nebo neadekvátní organizační podpory. V tomto kontextu se jedná o strukturální nerovnováhu mezi požadavky péče a disponibilními kapacitami systému (Chiappinotto et al., 2022). Druhou dimenzi tvoří proces, v němž sestra realizuje klinické rozhodování a prioritizaci intervencí. V podmínkách limitovaných zdrojů je nucena selektovat, které intervence budou provedeny bezodkladně, které budou odloženy a které nebudou realizovány vůbec. Tento proces není pouze technickým rozhodnutím, ale zahrnuje klinický úsudek, etické uvažování, profesionální hodnoty a zkušenosti (Chiappinotto et al., 2024). Třetí dimenzi představuje výsledek, který se projevuje v podobě konkrétních vynechaných, opožděných nebo nedokončených ošetrovatelských aktivit. Tento výsledek má měřitelné důsledky pro bezpečnost pacientů, kvalitu poskytované péče i pracovní podmínky sester. Výzkum opakovaně prokázal souvislost mezi výskytem nedokončené péče a vyšší incidencí pádů, dekubitů, nozokomiálních infekcí a dalších nežádoucích událostí (Kalánková et al., 2020; Nantsupawat et al., 2022). Takto koncipované chápání fenoménu koresponduje s Donabedianovým modelem kvality zdravotní péče (1988), který rozlišuje mezi strukturou, procesem a výsledkem. Nedokončená ošetrovatelská péče vzniká ve strukturálním kontextu (např. personální poddimenzování, organizační nastavení), projevuje se v procesu poskytování péče (prioritizace, delegování, redukce intervencí) a následně determinuje výsledná kritéria pacientů i samotných sester.

V tomto kontextu je třeba zdůraznit, že nedokončená ošetrovatelská péče není synonymem individuálního selhání sestry. Jedná se o systémově podmíněný fenomén, který odráží kvalitu pracovního prostředí, organizační kulturu a úroveň manažerské podpory ošetrovatelské praxe (Jones et al., 2015; Papastavrou, Suhonen, 2021). Interpretace tohoto jevu jako individuálního pochybení by znamenala ignorování jeho strukturálních determinantů.

1.1 Historický a konceptuální vývoj fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče

Systematické zkoumání nedokončené ošetrovatelské péče se začalo rozvíjet na přelomu 20. a 21. století v kontextu výzkumů zaměřených na personální zabezpečení a jeho vliv na výsledky pacientů. Tento vývoj neprobíhal izolovaně, ale byl úzce spjat s rostoucím zájmem o kvalitu zdravotní péče, bezpečnost pacientů a důsledky globálního nedostatku sester. Postupně se ukázalo, že mezi pracovním zatížením sester, organizačními podmínkami a klinickými výsledky existuje zprostředkující mechanismus, který se projevuje v podobě nedokončené nebo vynechané péče (Papastavrou, Suhonen, 2021).

Jednou z prvních rozsáhlých mezinárodních studií byla práce autorů Aiken et al. (2001), realizovaná v rámci Mezinárodního konsorcia pro výzkum nemocničních výsledků (International Hospital Outcomes Research Consortium; IHORC). Autoři použili pojem nedokončené ošetrovatelské péče (*unfinished nursing care*) k označení ošetrovatelských úkolů, které sestry nestihly dokončit během pracovní směny v důsledku časového tlaku a pracovního zatížení. V centru jejich pozornosti byly aspekty tzv. „dobré péče“, jako například hygienická péče, edukace pacientů či zajištění komfortu. Zjištěním studie poukázala na významnou asociaci mezi počtem pacientů na jednu sestru a rozsahem nedokončených aktivit, čímž se otevřela diskuse o vztahu mezi personálním zabezpečením a kvalitou péče. Koncept nedokončené ošetrovatelské péče se tak stal jedním z prvních operacionalizovaných indikátorů nedostatečně zajištěné ošetrovatelské péče.

Na tato zjištění navázala autorka Sochalski (2004), která interpretovala nedokončenou péči jako systémový důsledek organizačních podmínek nemocničního prostředí. Podle autorky se jedná o jev vyplývající z disproporce mezi komplexností potřeb pacientů a dostupnými zdroji. Sochalski posunula diskusi z roviny individuálního výkonu na úroveň organizačních struktur a zdůraznila, že neuskutečnění ošetrovatelských aktivit je výsledkem systémových omezení, nikoli individuálního selhání sestry. Tím položila základy strukturálně orientovaného chápání tohoto fenoménu¹.

Významný teoretický posun přinesla Kalisch (2006), která na základě kvalitativního výzkumu zavedla pojem chybějící ošetrovatelská péče (*missed nursing care*). Prostřednictvím fokusních skupin identifikovala konkrétní oblasti péče, které jsou systematicky vynechávány, zejména intervence orientované na psychosociální potřeby pacienta – mobilizaci, edukaci, emocionální podporu a plánování propuštění. Tento výzkum otevřel diskusi o tom, že nejčastěji vynechávané jsou právě intervence, které nemají bezprostřední technický charakter, avšak zásadně ovlivňují kontinuitu

¹ Paralelně se v různých zemích začala používat odlišná terminologická označení, která reflektovala specifika výzkumných tradic. Duffield et al. (2007) v australském kontextu pracovali s pojmem *care left undone*, Leary et al. (2014) ve Spojeném království zavedli termín *work left undone* a Al-Kandari a Thomas (2009) použili označení *task incompleion* v podmínkách Kuvajtu. Bekker et al. (2015) v Jižní Africe používali pojem *nursing tasks left undone*. Tyto varianty zdůrazňují především operační nebo kvantitativní rozměr fenoménu – tedy rozsah úkolů, které nebyly realizovány – a reflektují kontext pracovního zatížení a managementu výkonu.

a kvalitu péče. Následná konceptuální analýza Kalisch et al. (2009) poskytla precizní definici chybějící ošetrovatelské péče a položila základy modelového uchopení tohoto fenoménu.

V evropském kontextu se souběžně rozvíjel koncept implicitního přidělování ošetrovatelské péče (*implicit rationing of nursing care*). Schubert et al. (2007) poukázali na to, že sestry v podmínkách nedostatku zdrojů implicitně přidělují péči, přičemž některé intervence jsou systematicky redukovány nebo odkládány. Tento přístup explicitně zdůraznil procesní dimenzi fenoménu a jeho etický rozměr. Přidělování péče představuje rozhodování o alokaci omezených zdrojů mezi pacienty, což je proces, který probíhá na mikroúrovni klinické praxe, avšak je determinován rozhodnutími přijímanými na mezo-/makroúrovni zdravotnického systému². Přidělování péče tak není pouze individuálním rozhodnutím, ale odrazem širších politických a organizačních mechanismů.

Dalším významným milníkem byla studie *Nurse Forecasting in Europe – RN4CAST*, realizovaná ve více evropských zemích (Sermeus et al., 2011). Výsledky studie jednoznačně prokázaly, že vyšší počet pacientů na jednu sestru je asociován se zvýšenou mortalitou a vyšším výskytem nedokončené péče. Uvedený fenomén se tak etabloval jako významný mediátor mezi strukturálními podmínkami a klinickými výsledky. V tomto období se zároveň začal používat pojem *nursing care left incomplete* (Aiken et al., 2013), který rozšířil komparativní evropský diskurz a poukázal na mezinárodní relevanci tohoto fenoménu.

Lucero et al. (2009) zavedli pojem *unmet nursing care needs*, čímž přesunuli pozornost k perspektivě pacienta a nenaplněným potřebám ošetrovatelské péče. V rámci Modelu procesu péče a výsledků (Process of Care and Outcomes Model; PCOM) propojili charakteristiky pacientů, pracovní prostředí, proces péče a výsledná kritéria, čímž poskytli teoretický rámec integrující strukturu, proces a výsledek.

V posledních letech se diskuse rozšířila také o etický a preventivní rozměr prostřednictvím konceptu zanedbané ošetrovatelské péče (*failure to maintain*) (Bail, Grealish, 2016). Tento rámec zdůrazňuje, že systematické nezajištění základních ošetrovatelských aktivit může vést k rozvoji preventabilních komplikací, zejména u vulnerabilních geriatrických pacientů. Koncept integruje prvky implicitního přidělování péče a poukazuje na morální implikace redukce péče v podmínkách nedostatku zdrojů.

Z historicko-konceptuální perspektivy lze konstatovat, že vývoj terminologie – od *unfinished care*, přes *missed care*, *rationed care*, *care left undone* až po *failure to maintain* – odráží postupnou teoretickou precizaci fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče (tab. 1).

² V analýze zdravotnických systémů se obvykle rozlišují tři základní úrovně fungování. Mikroúroveň představuje úroveň přímého poskytování zdravotní péče, na níž dochází k interakcím mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty (např. klinická praxe, poskytování ošetrovatelské péče či týmová spolupráce na oddělení). Mezoúroveň zahrnuje organizační nebo institucionální úroveň zdravotnických zařízení, tedy řízení nemocnic, klinik či dalších poskytovatelů zdravotní péče, včetně managementu lidských zdrojů, řízení kvality a bezpečnosti poskytované péče. Makroúroveň představuje systémovou a politickou úroveň zdravotnictví, která zahrnuje tvorbu zdravotní politiky, legislativní rámec, financování zdravotní péče, národní strategie a regulační mechanismy zdravotnického systému (Jones, 2014).

Tab. 1 Terminologická diferenciacie fenoménu nedokončenej ošetrovateľskej péče v medzinárodnom kontextu

Autor, rok, země	Pojem	Definice
Kalisch, 2006 Spojené státy americké	chybějící ošetrovatelská péče (missed care)	<i>Jakýkoli aspekt potřebné ošetrovateľské péče, který byl vynechán (částečně nebo zcela) nebo významně opožděn během poskytování péče.</i>
Schubert et al., 2007 Švýcarsko	implicitně přidělovaná ošetrovatelská péče (implicit rationing of nursing care)	<i>Vědomé nebo implicitní vynechání či redukce nezbytných ošetrovateľských intervencí v důsledku nedostatku zdrojů (personálních, časových nebo kompetenčních).</i>
Sochalski (2004) Spojené státy americké	nedokončená péče (unfinished care)	<i>Ošetrovateľské činnosti, které sestry nebyly schopny zajistit pro pacienty během pracovní směny v důsledku organizačních a personálních omezení.</i>
Duffield et al., 2007 Austrálie	nedokončená péče (care left undone)	<i>Péče, která měla být pacientovi poskytnuta, avšak zůstala nerealizována nebo nedokončena během pracovní směny.</i>
Leary et al., 2014 Spojené království	nedokončená práce (work left undone)	<i>Rozsah ošetrovateľských činností, které nebyly provedeny z důvodu pracovního zatížení, časového deficitu nebo nepřiměřeného poměru sestra–pacient.</i>
Al-Kandari, Thomas, 2009 Kuvajť	nedokončený úkol (task incomplection)	<i>Nerealizování nebo přerušení konkrétních ošetrovateľských úkolů během pracovní směny, nejčastěji v důsledku zvýšeného pracovního zatížení nebo nedostatku času.</i>
Aiken et al., 2013 Belgie, Anglie, Finsko, Německo, Řecko, Irsko, Nizozemsko, Norsko, Švédsko, Švýcarsko	neúplná ošetrovatelská péče (nursing care left incomplete)	<i>Nezajištění vybraných aspektů kvalitní ošetrovateľské péče v důsledku nepřiměřeného personálního zabezpečení a pracovního zatížení.</i>
Lucero et al., 2009 Spojené státy americké	nenaplněné potřeby ošetrovatelské péče (unmet nursing care needs)	<i>Potřeby pacientů, které nebyly naplněny v rámci procesu ošetrovateľské péče, což vede k narušení kvality péče a potenciálnímu zhoršení klinických výsledků.</i>
Aiken et al., 2001 Spojené státy americké, Kanada, Spojené království, Skotsko, Německo	nedokončená ošetrovatelská péče (nursing care left undone)	<i>Ošetrovateľské intervence, které sestry nestihly realizovat během pracovní směny v důsledku časového tlaku, vysokého pracovního zatížení a nedostatečného personálního zabezpečení.</i>
Bekker et al., 2015 Jihoafrická republika	nedokončené ošetrovatelské činnosti (nursing tasks left undone)	<i>Konkrétní klinické ošetrovateľské činnosti, které nebyly realizovány nebo byly odloženy z důvodu nedostatku zdrojů nebo organizačních omezení.</i>

Autor, rok, země	Pojem	Definice
Bail, Grealish, 2016 Austrálie	zanedbaná péče (failure to maintain)	<i>Systematické nezajištění základních ošetrovatelských intervencí vedoucí k rozvoji preventabilních komplikací, zejména u vulnerabilních a geriatrických pacientů.</i>

Ačkoli se jednotlivé pojmy liší v důrazu na strukturu, proces nebo výsledek, jejich společným jádrem je situace, kdy pacientovi není poskytnuta péče, kterou objektivně potřebuje nebo kterou vyžaduje jeho zdravotní stav. Rozdíly mezi nimi spočívají především v perspektivě, z níž je fenomén interpretován. Zatímco koncept *missed care* (Kalisch et al., 2009) akcentuje konkrétní vynechané intervence a vnitřní mechanismy rozhodování sester, pojem *unfinished care* (Sochalski, 2004) zdůrazňuje systémový nesoulad mezi požadavky péče a dostupnými zdroji. Termín *rationing of nursing care* (Schubert et al., 2007) reflektuje proces implicitního přidělování péče v podmínkách nedostatku, čímž do diskuse vnáší etický a alokační rozměr. Pojmy *care left undone* nebo *work left undone* (Duffield et al., 2007; Leary et al., 2014) poukazují především na rozsah nedokončených úkolů jako indikátor pracovního zatížení, zatímco *unmet nursing care needs* (Lucero et al., 2009) přesouvá pozornost k perspektivě pacienta a nenaplněným potřebám. Nejnovější koncept *failure to maintain* (Bail, Grealish, 2016) rozšiřuje chápání fenoménu o preventivní a morální rozměr, protože systematické nezajištění základních intervencí může vést ke vzniku preventabilních komplikací.

Terminologická pluralita tak neodráží rozdílné jevy, ale odlišná teoretická východiska, metodologické přístupy a kontexty výzkumu. Poukazuje zároveň na interdisciplinární charakter problematiky, která se pohybuje na průsečíku ošetrovatelství, managementu zdravotnictví, zdravotnické ekonomiky, etiky a bezpečnosti pacientů. Diverzita pojmů však může komplikovat mezinárodní komparabilitu výsledků, syntézu důkazů i tvorbu jednotných intervenčních strategií. Z tohoto důvodu je v současnosti kladen důraz na harmonizaci terminologie a konceptuálních rámců, zejména prostřednictvím mezinárodních výzkumných iniciativ, jejichž cílem je dosáhnout konsenzu v definování a operacionalizaci fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče (Papastavrou, Suhonen, 2021).

Významným krokem směrem k terminologické a konceptuální harmonizaci byl projekt Přidělovaná – chybějící péče: mezinárodní a multidimenzionální problém (Rationing – Missed Care: International and Multidimensional Problem – RANCA-RE; COST Action CA15208, 2016–2021), který sdružoval výzkumníky z více než třiceti zemí. Jeho cílem bylo systematicky analyzovat existující pojmy používané k označení fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče a identifikovat jejich společný teoretický základ. Projekt potvrdil, že termíny jako *missed nursing care*, *implicit rationing of nursing care*, *care left undone*, *unfinished nursing care* či *unmet nursing care needs* neoznačují odlišné jevy, ale představují různé konceptuální akcenty téhož multidimenzionálního fenoménu. Na základě mezinárodního konsenzu byl pojem *unfinished nursing care* doporučen jako zastřešující termín, protože umožňuje integrovat strukturální determinanty, proces rozhodování i dopady na výsledky pacientů a sester (Papastavrou, Suhonen, 2021).

1.2 Vybrané konceptuální rámce nedokončené ošetrovatelské péče

Nedokončená ošetrovatelská péče představuje v současnosti etablovaný předmět odborné diskuse, jehož teoretické uchopení přesahuje jednoduchý popis vynechaných intervencí. Jedná se o systémově podmíněný fenomén vznikající v situaci nesouladu mezi potřebami pacientů a dostupnými zdroji, který se manifestuje v podobě nerealizování, opoždění nebo redukce nezbytných ošetrovatelských aktivit (Jones et al., 2015; Papastavrou, Suhonen, 2021). Pro objasnění jeho příčin, mechanismů a důsledků bylo v mezinárodním kontextu vypracováno několik konceptuálních rámců, které reflektují odlišné teoretické a metodologické přístupy (Jones et al., 2015). Tyto rámce se liší především v tom, na kterou dimenzi fenoménu kladou primární důraz – strukturální determinanty pracovního prostředí, proces klinického rozhodování a prioritizace nebo výsledné ukazatele kvality a bezpečnosti péče. Navzdory rozdílným akcentům však popisují společné jádro tohoto jevu a vytvářejí systematický základ pro jeho empirické měření i návrh intervenčních strategií.

1.2.1 Konceptuální rámec chybějící ošetrovatelské péče

Koncept chybějící ošetrovatelské péče (*missed nursing care*) představuje jeden z nejvýznamnějších teoretických přínosů k systematickému uchopení fenoménu nedokončené péče v mezinárodním kontextu. Tento pojem byl poprvé explicitně formulován americkou výzkumníci Beatrice J. Kalisch (2006), která prostřednictvím kvalitativně orientovaného výzkumu identifikovala konkrétní podoby a příčiny vynechávání ošetrovatelských intervencí v klinické praxi.

Původní studie byla realizována ve dvou zdravotnických zařízeních poskytujících akutní péči dospělým pacientům, konkrétně na interních a chirurgických odděleních a na jednotkách intenzivní péče ve Spojených státech amerických. Výzkumný soubor tvořilo 173 zdravotnických pracovníků, z toho 107 registrovaných sester, 51 zdravotnických asistentů a 15 licencovaných praktických sester. Prostřednictvím dvaceti pěti fokusních skupin byly získány rozsáhlé kvalitativní důkazy o situacích, v nichž dochází k nerealizování nebo opoždění potřebných intervencí. Analýza dat umožnila identifikovat devět oblastí ošetrovatelské péče, které byly nejčastěji vynechávány. Jednalo se především o intervence zaměřené na základní potřeby a psychosociální podporu pacientů, konkrétně asistenci při mobilizaci (např. chůzi s pacientem), polohování, podávání stravy, hygienickou péči, poskytování emocionální podpory, edukaci pacientů a jejich rodin, zajištění adekvátního dohledu, plánování propuštění a vedení dokumentace. Klíčovým zjištěním bylo, že mezi nejčastěji vynechávané patřily nezávislé intervence, které hrají zásadní roli při zajišťování kontinuity péče, podpoře bezpečnosti pacientů a udržování celkové kvality péče.

Kalisch (2006) ve svém výzkumu zároveň identifikovala sedm klíčových příčin vedoucích k vynechání péče. Tyto příčiny zahrnovaly nedostatek personálu, neefektivní využití dostupných lidských zdrojů, časovou tíseň, nedostatečné delegování úkolů, zažité pracovní vzorce, odmítavé postoje a syndrom „to není moje práce“. Tyto příčiny poukázaly na to, že vynechávání péče není náhodným jevem, ale výsledkem interakce mezi organizačními podmínkami a kulturou pracovního prostředí. Již v této fázi výzkumu se tak začalo ukazovat, že se jedná o systémově podmíněný fenomén, nikoli o individuální selhání sestry.

Na základě následné konceptuální analýzy Kalisch et al. (2009, p. 1515) definovali chybějící ošetrovatelskou péči jako „jakýkoli aspekt potřebné ošetrovatelské péče, který byl vynechán (částečně nebo zcela) nebo významně opožděn“. Tato definice zdůrazňuje tři podstatné prvky: potřebu péče, její nerealizování a časový aspekt opoždění. Konceptuální analýza zároveň vedla k formulování Modelu chybějící ošetrovatelské péče (Missed Nursing Care Model), který představuje systematický rámec vysvětlující mechanismy vzniku tohoto fenoménu.

Model identifikuje čtyři vzájemně propojené oblasti: (1) externí determinanty, (2) ošetrovatelský proces, (3) vnitřní mechanismy rozhodování sester³ a (4) výsledná kritéria pacientů⁴. Externí determinanty zahrnují tři základní kategorie: personální zabezpečení (kvantita a kvalita personálu, vzdělání, zkušenosti), materiální zdroje (dostupnost vybavení, léků a pomůcek) a úroveň komunikace a mezilidských vztahů na pracovišti (Kalisch et al., 2009, p. 1512). Tyto faktory vytvářejí strukturální rámec, v němž sestra vykonává svou profesní činnost.

Pokud dojde k oslabení některého z uvedených determinantů, sestra je nucena vstoupit do procesu prioritizace. Ošetrovatelský proces se tak stává místem, kde se setkává objektivní potřeba pacienta s limity systému. Rozhodování sester je filtrováno prostřednictvím vnitřních mechanismů, mezi něž patří profesní hodnoty, osobní přesvědčení o roli sestry, týmové normy, typické behaviorální vzorce a způsob určování priorit. Vzájemná interakce mezi externími a interními faktory vede k situaci, v níž některé intervence nejsou realizovány. Chybějící péče je tedy výsledkem komplexního rozhodovacího procesu, který probíhá v konkrétním organizačním kontextu.

Model byl v následujících letech dále rozšířen a empiricky testován. Kalisch a Lee (2010) doplnily do rámce proměnnou týmové spolupráce, přičemž prokázaly, že kvalita týmové komunikace a kooperace významně ovlivňuje rozsah vynechané péče. Týmová spolupráce byla identifikována jako klíčový faktor bezpečnosti pacientů, protože efektivní komunikace může zmírnit negativní důsledky nedostatku zdrojů.

V další práci Kalisch et al. (2011) představily rozšířený model založený na logice struktura–proces–výsledek. Strukturální proměnné zahrnovaly charakteristiky nemocnice, oddělení, pacientů a sester; procesní proměnnou reprezentovala samotná chybějící péče; a výsledkovou rovinu tvořily ukazatele spokojenosti sester a klinické výsledky pacientů, jako například prevalence dekubitů či incidence pádů. Tento model jasně demonstroval propojení mezi pracovním prostředím a měřitelnými výsledky kvality péče (Kalisch et al., 2011).

³ Vnitřní mechanismy rozhodování sester zahrnují jejich profesní návyky, hodnotové orientace a osobní přesvědčení, dále způsob stanovování priorit v rámci rozhodovacího procesu a také týmové normy, které vymezují, jaké chování je v ošetrovatelském týmu považováno za přijatelné (Kalisch et al., 2009).

⁴ Výsledná kritéria pacientů (*patient outcomes*) označují měřitelné výsledky zdravotního stavu pacientů, které odrážejí kvalitu a efektivitu poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče. Patří mezi ně například výskyt nežádoucích událostí (např. pády, dekubity, nozokomiální infekce), délka hospitalizace, mortalita, míra komplikací, ale také subjektivní ukazatele, jako je spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Tato kritéria slouží jako důležité indikátory pro hodnocení kvality zdravotnických služeb a dopadu ošetrovatelských intervencí na zdravotní stav pacientů (Donabedian, 1988).

Další významnou adaptaci modelu přinesli Hessels et al. (2015), kteří zdůraznili úlohu organizačních charakteristik pracovního prostředí sester. Autoři definovali pracovní prostředí jako soubor organizačních podmínek, které podporují nebo limitují profesionální ošetrovatelskou praxi. Zjistili, že kvalita organizační podpory – včetně vedení, dostupnosti zdrojů, participace sester na rozhodování a kolaborativních vztahů s lékaři – významně ovlivňuje proces klinického rozhodování i rozsah vynechaných intervencí. Chybějící ošetrovatelská péče se tak ukazuje jako citlivý indikátor kvality pracovního prostředí.

Z uvedeného vyplývá, že konceptuální rámec chybějící ošetrovatelské péče poskytuje komplexní teoretické vysvětlení vzniku tohoto fenoménu prostřednictvím integrace strukturálních determinantů, procesů rozhodování a výsledků péče. Model umožňuje analyzovat vynechávání intervencí nikoli jako individuální pochybení, ale jako systémově determinovaný jev, který je úzce provázán s organizační kulturou, personálním zabezpečením a kvalitou řízení zdravotnického zařízení (Papastavrou, Suhonen, 2021).

1.2.2 Přidělovaná ošetrovatelská péče

Koncept implicitně přidělované ošetrovatelské péče (*implicit rationing of nursing care*) představuje významnou teoretickou linii ve zkoumání nedokončené péče, která se rozvinula zejména v evropském kontextu. Pojem byl systematicky formulován podle Schubert et al. (2007), kteří zároveň vytvořili první ucelený konceptuální rámec vysvětlující mechanismy implicitního přidělování ošetrovatelských intervencí. Tento rámec byl empiricky aplikován v rámci rozsáhlé národní studie – Přidělování ošetrovatelské péče ve Švýcarsku (*Rationing of Nursing Care in Switzerland; RICH Study*), jejímž cílem bylo zhodnotit úroveň poskytované ošetrovatelské péče v nemocnicích akutní péče (Schubert et al., 2008).

Koncept implicitně přidělované ošetrovatelské péče vychází z předpokladu, že sestry v podmínkách limitovaných zdrojů nemohou zajistit všechny potřebné intervence v plném rozsahu, a proto jsou nuceny realizovat proces prioritizace. Přidělování je v tomto kontextu chápáno jako vědomé nebo implicitní vynechání, redukce nebo opoždění nezbytných ošetrovatelských aktivit v důsledku nedostatku personálních, časových nebo kompetenčních zdrojů (Schubert et al., 2007). Rozsah přidělování je operacionalizován jako počet nebo frekvence intervencí, které nebyly realizovány navzdory jejich klinické potřebě.

Schubert et al. (2008) zdůrazňují, že implicitní přidělování nevzniká výlučně na základě organizačních limitů, ale je zprostředkováno individuálním klinickým úsudkem sestry. Rozhodovací proces probíhá v kontextu interakce mezi sestrou a pacientem a zahrnuje sběr informací, identifikaci priorit, zvažování alternativ a výběr optimálního postupu. Tento proces je determinován řadou faktorů – dostupností zdrojů, kvalifikačním mixem personálu⁵ (mixem způsobilostí), úrovní vzdělání a zkuše-

⁵ Mix způsobilostí (*skill mix*) označuje strukturu a kombinaci kvalifikačních úrovní, kompetencí a profesních rolí zdravotnických pracovníků podílejících se na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. V ošetrovatelství se tento pojem používá zejména pro popis poměru mezi registrovanými sestrami, praktickými sestrami a dalšími podpůrnými zdravotnickými

ností sester, jakož i charakteristikami pacientů, včetně závažnosti zdravotního stavu, komorbidit a náročnosti péče.

Konceptuální rámec implicitně přidělované péče zároveň integruje širší organizační a systémové determinanty. Charakteristiky nemocnice, jako jsou velikost zařízení, rozpočtové možnosti, organizační struktura či filozofie péče, vytvářejí podmínky, které formují klinické rozhodování. Pracovní prostředí sester, kultura bezpečnosti, dodržování standardů ošetrovatelské praxe a kvalita interprofesionální spolupráce tak významně ovlivňují rozsah implicitního přidělování (Schubert et al., 2007; Schubert et al., 2008). Autoři zároveň poukazují na to, že implicitně přidělovaná ošetrovatelská péče představuje citlivý indikátor kvality poskytované péče, protože reflektuje reálnou schopnost systému zajistit adekvátní úroveň ošetrovatelských intervencí (Schubert et al., 2008).

V další studii Schubert et al. (2013) poukázali na to, že sestry mají tendenci prioritizovat především intervence zaměřené na bezprostřední klinickou stabilitu pacienta, zatímco aktivity orientované na podporu, edukaci či prevenci komplikací jsou častěji redukovány. Tento závěr je v souladu s výsledky širšího výzkumu v oblasti nedokončené ošetrovatelské péče a zároveň odhaluje inherentní napětí mezi bezprostřední naléhavostí klinických intervencí a potřebou zajistit komplexní, kontinuální a holisticky orientovanou péči (Papastavrou, Suhonen, 2021). Model implicitního přidělování tak poukazuje nejen na strukturální a organizační limity systému, ale zároveň reflektuje etickou dimenzi klinického rozhodování, protože sestry jsou v každodenní klinické praxi postaveny před nutnost selektovat a prioritizovat jednotlivé intervence, přičemž musí vyvažovat souběžně se vyskytující a často stejně naléhavé potřeby pacientů v kontextu limitovaných personálních, časových a materiálních zdrojů (Schubert et al., 2013).

Koncept přidělování zdrojů má své teoretické a filozofické východisko především v oblasti zdravotnické ekonomiky, medicínské etiky a teorií spravedlnosti, kde je alokace omezených zdrojů považována za nezbytnou součást fungování zdravotnických systémů (Herlitz, 2016). V tomto kontextu je přidělování chápáno jako proces rozhodování o distribuci limitovaných finančních, personálních a materiálních kapacit tak, aby byla zajištěna maximální efektivita, spravedlnost a udržitelnost systému zdravotní péče. V ošetrovatelství však tento koncept nabývá specifického významu, protože rozhodování o přidělování intervencí probíhá přímo v interakci s pacientem a má bezprostřední klinické i morální důsledky. Implicitní přidělování ošetrovatelské péče je proto úzce propojeno s otázkami profesní odpovědnosti, morálního distresu a spravedlnosti v poskytování péče (Suhonen et al., 2018).

Koncept implicitně přidělované ošetrovatelské péče představuje ucelený analytický rámec umožňující interpretovat situace, v nichž dochází k redukci, odkladu nebo nerealizování ošetrovatelských intervencí v důsledku disproporce mezi komplexností potřeb pacientů a disponibilními zdroji systému. Tento koncept akcentuje především procesní rovinu fenoménu, tedy klinické rozhodování, stanovování priorit a kontinuální zvažování alternativních postupů v podmínkách časových, personálních a mate-

mi pracovníky a jejich rozdělení pracovních úkolů v rámci týmu. Správně nastavený mix způsobilosti je považován za důležitý faktor ovlivňující kvalitu péče, bezpečnost pacientů i efektivitu využívání lidských zdrojů ve zdravotnictví (Aiken et al., 2017).

riálních omezení. Zároveň však nezůstává izolován na úrovni individuálního jednání, ale reflektuje širší organizační, kulturní a systémové determinanty, které rámuji každodenní ošetrovatelskou praxi. V kontextu multidimenzionálního uchopení nedokončené ošetrovatelské péče tak implicitní přidělování představuje významný teoretický přínos, protože umožňuje propojit mikroúroveň klinického rozhodování se strukturálními podmínkami zdravotnického systému. Umožňuje analyzovat tento fenomén nejen jako výsledek individuální volby, ale jako důsledek komplexní interakce mezi organizačním prostředím, dostupností zdrojů, profesní odpovědností a etickým rozměrem péče (Papastavrou, Suhonen, 2021).

1.2.3 Nedokončená ošetrovatelská péče

Koncept nedokončené ošetrovatelské péče (*unfinished nursing care*, resp. *nursing care left undone*) představuje jednu z nejvýznamnějších vývojových linií ve zkoumání kvality ošetrovatelské péče v mezinárodním kontextu. Jeho systematické uchopení je spojováno především s pracemi Aiken et al. (2001), kteří v rámci rozsáhlé komparativní studie analyzovali vztah mezi personálním zabezpečením sester a kvalitou poskytované péče. Do výzkumu bylo zapojeno více než 43 000 sester z více než 700 nemocnic v pěti zemích Severní Ameriky a Evropy, což umožnilo realizovat mezinárodní srovnání pracovních podmínek a jejich dopadu na výsledky pacientů. Autoři se zaměřili na vybrané komponenty tzv. „dobré péče“, mezi které patřily například hygiena dutiny ústní, péče o kůži, edukace pacientů a zajištění komfortu. Zjištění poukázala na to, že právě tyto základní, avšak klinicky významné intervence zůstávají v podmínkách zvýšeného pracovního zatížení často nedokončené nebo nerealizované. Výsledky studie tak otevřely diskusi o tom, že nedokončení ošetrovatelských aktivit může představovat citlivý indikátor kvality péče a zároveň zprostředkující mechanismus mezi nedostatkem personálu a negativními výsledky pacientů.

Teoretické a metodologické východisko tohoto přístupu lze identifikovat v aktivitách IHORC, které vzniklo na Pensylvánské univerzitě v devadesátých letech 20. století. Konsorcium se zaměřovalo na zkoumání pracovního prostředí sester, jeho pozitivních i negativních aspektů a na identifikaci měřitelných rozdílů mezi zdravotnickými zařízeními v různých zemích (Clarke, Aiken, 2008). V tomto kontextu se nedokončená péče začala chápat jako důležitý procesní indikátor, který umožňuje zachytit reálné fungování ošetrovatelské praxe.

Sochalski (2004) definovala nedokončenou péči jako aktivity, které sestry nebyly schopny zajistit pro své pacienty v důsledku organizačních a personálních omezení. Tato definice posouvá interpretaci fenoménu od individuálního selhání k jeho systémové podmíněnosti. Nedokončení péče tak nepředstavuje primárně deficit kompetencí jednotlivce, ale odráží nerovnováhu mezi požadavky péče a dostupnými zdroji.

Komplexnější konceptuální rámec nedokončené péče byl rozpracován až Luce-rem et al. (2009), kteří využili Model procesu péče a výsledků. Tento model navazuje na klasický Donabedianův rámec kvality zdravotní péče, který rozlišuje mezi strukturou, procesem a výsledkem (Donabedian, 1988). V rámci tohoto modelu jsou nedokončené ošetrovatelské aktivity chápány jako procesní proměnná, která zprostředkovává vztah mezi strukturálními podmínkami a klinickými výsledky pacientů. Lucero et al. (2009, s. 2300) definovali nedokončené aktivity jako intervence,

kteří sestry nerealizovaly navzdory jejich potřebě. Model zároveň zdůrazňuje, že kvalita poskytované péče je výsledkem interakce mezi charakteristikami pacientů, pracovním prostředím a samotným procesem péče. Charakteristiky pacientů (např. závažnost onemocnění, komorbidita, věk), pracovní prostředí (personální zabezpečení, organizační podpora, kultura bezpečnosti) a proces poskytování péče mají přímý vliv na výsledky pacientů, včetně mortality, komplikací či spokojenosti.

Model PCOM zároveň upozorňuje, že účinek jednotlivých intervencí není izolovaný, ale je zprostředkován organizačním kontextem a individuálními charakteristikami pacientů. Ošetrovatelská péče je v tomto pojetí považována za klíčovou funkci zdravotnické organizace, která zajišťuje kontinuální monitorování zdravotního stavu pacienta a včasnou identifikaci změn. Adaptace sester na měnící se podmínky pracovního prostředí a dynamiku klinického stavu pacienta ovlivňuje vztah mezi procesem péče a výslednými ukazateli. Strukturální proměnné, jako jsou počet sester, mix způsobilostí, velikost nemocnice či typ poskytovatele, vstupují do procesu péče prostřednictvím pracovního prostředí. To následně determinuje rozsah a kvalitu realizovaných intervencí. Nedokončená ošetrovatelská péče se tak jeví jako procesní indikátor, který zprostředkovává vliv organizačních podmínek na klinické výsledky.

Empirické důkazy z řady mezinárodních studií potvrzují, že nenaplněné ošetrovatelské potřeby, vynechané úkoly nebo nedokončené aktivity jsou sestrami často vnímány jako indikátor snížené kvality poskytované péče (Lucero et al., 2009; Lucero et al., 2010; Sochalski, 2004). Jones et al. (2015) zároveň poukazují na to, že nedokončená péče má nejen klinické, ale také organizační a profesní důsledky, včetně snížené spokojenosti sester, vyšší míry syndromu vyhoření a záměru opustit pracoviště.

Z uvedeného lze vyvodit, že koncept nedokončené ošetrovatelské péče představuje významný teoretický i empirický nástroj pro hodnocení kvality ošetrovatelského procesu. Umožňuje analyzovat propojení mezi strukturálními podmínkami, klinickým rozhodováním a výsledky pacientů v souladu s Donabedianovým paradigmatickým. Nedokončená péče se tak etablovala jako citlivý indikátor systémových nedostatků a jako integrativní koncept, který umožňuje komplexní hodnocení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské praxe.

1.2.4 Zanedbaná péče

Koncept zanedbané péče (*failure to maintain*) představuje relativně novější teoretický přístup v rámci diskuse o nedokončené ošetrovatelské péči, který se specificky zaměřuje na vulnerabilní populaci starších pacientů, zejména pacientů s kognitivní poruchou, především demencí. Impulzem pro jeho vznik byla rozsáhlá empirická zjištění poukazující na vysokou incidenci preventabilních komplikací vznikajících během hospitalizace starších pacientů. Tyto komplikace jsou spojeny se zhoršením klinických výsledků, prodlužováním hospitalizace a významným nárůstem nákladů zdravotnických zařízení (Bail, Grealish, 2016; Papastavrou, Suhonen, 2021).

Na tomto pozadí Bail a Grealish (2016) formulovaly konceptuální rámec zanedbané péče, který integruje poznatky o implicitním přidělování ošetrovatelské péče s indikátory kvality orientovanými na výsledky pacientů. Autorky vycházely z předpokladu, že u starších pacientů s demencí může i relativně krátkodobé nezajištění základních ošetrovatelských intervencí vést k závažným a potenciálně fatálním kom-

plikacím. Jejich model tak představuje specifickou aplikaci širšího konceptu nedokončené péče v kontextu starší populace pacientů.

Konceptuální rámec zanedbané péče obsahuje dva klíčové teoretické komponenty. Prvním je koncept implicitně přidělované ošetrovatelské péče, který reflektuje proces prioritizace a výběru intervencí v podmínkách limitovaných zdrojů. Druhým je koncept „neschopnosti záchrany“ (*failure to rescue*), který je v literatuře chápán jako indikátor kvality péče vyjadřující úmrtí pacienta po vzniku komplikace během hospitalizace. Tento indikátor je tradičně využíván k hodnocení kvality nemocniční péče, avšak některé analýzy poukazují na jeho limitace u pacientů vyššího věku, zejména nad 75 let, kde je přirozeně vyšší riziko mortality, například při plicních infekcích (Sheetz et al., 2014). Bail a Grealish (2016) však považovaly za metodologicky i klinicky opodstatněné zahrnout tento koncept do rámce zanedbané péče, protože umožňuje citlivě monitorovat důsledky nezajištění základních intervencí u starších pacientů s demencí. Model tak poukazuje na kauzální linii: redukce nebo vynechání základních ošetrovatelských aktivit → vznik preventabilních komplikací → zvýšené riziko mortality.

Integrovaní součástí uvedeného konceptuálního rámce jsou organizační a pracovní determinanty, které zásadním způsobem formují podmínky poskytování ošetrovatelské péče. Autorky identifikovaly několik charakteristik pracovního prostředí sester, které bezprostředně determinují rozsah výskytu zanedbané péče. Jedná se především o personální zabezpečení, včetně kvantity personálu a mixu způsobilostí, úroveň odborných kompetencí, kvalitu interpersonálních vztahů na pracovišti, míru podpory ze strany managementu, jakož i širší organizační a institucionální nastavení péče o starší pacienty. Zvláštní důraz je kladen na organizační kulturu orientovanou na respektování specifických potřeb starší populace. Takto nastavené pracovní prostředí může působit jako protektivní faktor, který zmírňuje riziko redukce nebo opomenutí základních ošetrovatelských intervencí a podporuje systematické zajištění preventivně orientované péče (Bail, Grealish, 2016; Papastavrou, Suhonen, 2021).

Dalším významným komponentem modelu jsou konkrétní ošetrovatelské aktivity, které bývají nejčastěji nezajištěny, přestože je pacienti objektivně potřebují nebo vyžadují. Mezi tyto aktivity patří zejména intervence z oblasti základní péče – komunikace s pacientem, mobilizace, péče o kůži, zajištění adekvátní výživy a hydratace. Jedná se o intervence, které nemají bezprostředně akutní ani procedurálně dominantní charakter, avšak hrají zásadní roli v prevenci komplikací a v udržování stability zdravotního stavu pacienta. Jejich systematické opomíjení vede ke zvýšenému riziku vzniku deliria, pneumonie, infekcí močových cest či dekubitů. Uvedené komplikace představují centrální indikátory konceptu zanedbané péče. Jsou charakteristické tím, že jsou do značné míry preventabilní prostřednictvím důsledné realizace základních ošetrovatelských intervencí. Model tak poukazuje na to, že nedostatečná prevence – často vyplývající z časového tlaku, personálního deficitu nebo nízké prioritizace základní péče – může mít kumulativní a závažné důsledky (Bail, Grealish, 2016). Specifičnost tohoto rámce spočívá také ve zohlednění komplexních charakteristik starších pacientů. Autorky tohoto rámce poukazují na to, že pacienti s demencí mají komplexní a často nepředvídatelné potřeby, vyšší vulnerabilitu a zvýšenou citlivost na negativní důsledky nezajištěné péče. Jejich schopnost komunikovat své potřeby je často limitovaná, což zvyšuje riziko, že některé intervence nebudou realizovány.

Zároveň je u této populace vyšší pravděpodobnost kumulativního efektu opomenutí – i menší deficity v péči mohou vést k rychlému zhoršení zdravotního stavu.

V širším kontextu teoretického uchopení nedokončené ošetrovatelské péče představuje tento rámec významné rozšíření o dimenzi preventabilních komplikací a mortality. Zdůrazňuje, že nezajištění základních ošetrovatelských aktivit u starších pacientů s demencí není pouze otázkou procesního deficitu, ale může vést k zásadním a nevratným následkům včetně úmrtí. Zanedbanou péčí tak lze interpretovat jako specifickou manifestaci nedokončené ošetrovatelské péče v podmínkách vulnerability pacienta, kde se systémová omezení, procesní rozhodování a klinické důsledky setkávají v obzvlášť citlivém bodě ošetrovatelské praxe (Papastavrou, Suhonen, 2021).

1.3 Vybrané hodnoticí nástroje fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče

Empirické zkoumání fenoménu nedokončené ošetrovatelské péče je podmíněno jeho přesnou a metodologicky korektní operacionalizací. Vzhledem k multidimenzionální povaze tohoto jevu je jeho měření možné pouze prostřednictvím validních a reliabilních hodnoticích nástrojů. Tyto nástroje umožňují systematicky zachytit rozsah a frekvenci vynechaných nebo opožděných intervencí, identifikovat determinanty jejich vzniku a analyzovat jejich vztah k výsledkům pacientů i sester (Kalánková et al., 2019).

Systematická analýza dostupných nástrojů realizovaná autory Palese et al. (2021a) identifikovala celkem dvacet měřicích nástrojů zaměřených na posuzování nedokončené ošetrovatelské péče. Od publikování této analýzy však došlo k dalšímu metodologickému rozvoji. Současná etapa vývoje se vyznačuje nejen tvorbou nových nástrojů, ale také intenzivními procesy transkulturní adaptace, jazykové validace a psychometrického ověřování existujících nástrojů v různých zdravotnických systémech. Tyto postupy zahrnují zejména testování faktorové struktury, konstruktové validity či vnitřní konzistence nástrojů v odlišných populačních vzorcích. Význam těchto postupů spočívá v zajištění mezinárodní komparability výzkumných zjištění při současném respektování kontextuálních specifik jednotlivých zdravotnických prostředí (Li et al., 2025).

Vývoj hodnoticích nástrojů je úzce propojen s konceptuálními rámci, z nichž vycházejí. Struktura položek a rozsah měřených dimenzí reflektují teoretická východiska jednotlivých přístupů. Nástroje vycházející z konceptu chybějící ošetrovatelské péče jsou orientovány především na identifikaci konkrétních vynechaných intervencí a jejich frekvence. Naopak nástroje založené na konceptu implicitně přidělované péče kladou důraz na proces prioritizace a rozsah redukce aktivit v důsledku nedostatku zdrojů. Přístupy vycházející z konceptu nedokončené péče integrují širší pohled na nenaplněné potřeby pacientů a jejich propojení s charakteristikami pracovního prostředí (Kalánková et al., 2019).

Z metodologického hlediska mají hodnoticí nástroje převážně podobu sebehodnoticích nástrojů administrovaných sestram, které retrospektivně hodnotí rozsah nedokončených aktivit během určitého časového období. Některé nástroje umožňují

jejich kombinaci s objektivními indikátory kvality, jako je výskyt pádů, dekubitů, nozokomiálních infekcí nebo mortalita, čímž se posiluje analytické propojení mezi procesními a výsledkovými proměnnými (Palese et al., 2021a).

Klíčovou otázkou při aplikaci těchto nástrojů je zajištění jejich psychometrické robustnosti. Bez důsledného ověření reliability, konstruktové a kritériální validity, stejně jako transkulturní ekvivalence by mohlo dojít ke zkreslené interpretaci výsledků. Měření nedokončené ošetrovatelské péče proto vyžaduje metodologickou preciznost, která zohledňuje nejen teoretický rámec, ale také specifika zdravotnického systému, organizační kultury a profesních standardů (Kalánková et al., 2019; Palese et al., 2021a). Současná metodologie měření tohoto fenoménu tak představuje dynamicky se rozvíjející oblast výzkumu, jejímž cílem je vytvořit spolehlivé nástroje umožňující komplexní analýzu vztahu mezi pracovním prostředím sester, procesem poskytování péče a výslednými ukazateli kvality a bezpečnosti pacientů.

1.3.1 Hodnocení chybějící ošetrovatelské péče

Systematické měření chybějící ošetrovatelské péče je úzce spojeno s vývojem nástroje *MISSCARE Survey*, který byl původně vyvinut autorkami Kalisch a Williams (2009) jako standardizovaný dotazník určený pro sestry pracující v nemocničním prostředí. Nástroj vznikl na základě kvalitativního výzkumu a následné konceptuální analýzy modelu chybějící ošetrovatelské péče (Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2009). Jeho cílem je identifikovat konkrétní ošetrovatelské aktivity, které během pracovní směny zůstaly vynechány nebo opožděny, a zároveň určit důvody jejich nezajištění.

Vzhledem k univerzálnosti konceptu a jeho aplikovatelnosti v různých segmentech zdravotní péče byl nástroj *MISSCARE Survey* postupně adaptován pro specifická klinická prostředí. Tubbs-Cooley et al. (2015) vyvinuli verzi *MISSCARE Survey – NICU* pro neonatologické jednotky intenzivní péče (NJIP), která reflektuje specifika péče o kriticky nemocné novorozence. Bagnasco et al. (2018) adaptovali nástroj pro pediatrické prostředí (*MISSCARE Survey – Pediatric version*), přičemž položky byly upraveny tak, aby zohledňovaly vývojová specifika dětské populace. Simpson et al. (2019) vytvořili *Perinatal Missed Care Survey* pro perinatální oddělení, kde je důraz kladen na bezpečnost matky a novorozence. Specifickou adaptací představuje také verze pro perioperační prostředí – *MISSCARE Survey – OR* (Kalisch et al., 2021). V posledních letech byl koncept chybějící ošetrovatelské péče aplikován také v oblasti prevence a kontroly infekcí. Nástroj *Missed Nursing Care in Infection Prevention and Control Survey* byl vyvinut na základě kvalitativního výzkumu realizovaného v Austrálii mezi sestrami specializovanými na kontrolu infekcí (Henderson et al., 2020). Jedním z nejnovějších nástrojů je *Missed Intensive Nursing Care Scale* (MINCS), který byl vyvinut specificky pro prostředí jednotek intenzivní péče (Yang et al., 2024). Významným krokem v metodologickém vývoji bylo také vytvoření verze nástroje určené pro pacienty – *MISSCARE Survey – Patient* (Kalisch et al., 2014). Tato verze umožňuje konfrontovat perspektivu sester s percepcí pacientů, čímž rozšiřuje analytický rámec o dimenzi pacienty vnímaných nenaplněných potřeb. Jedná se o unikátní přístup, který posiluje validitu měření prostřednictvím triangulace dat.

Na základě uvedeného lze konstatovat, že *MISSCARE Survey* a jeho modifikace představují nejrozšířenější a metodologicky nejpracovnější nástroj pro hodnocení chybějící ošetrovatelské péče (Li et al., 2025; Palese et al., 2021a). Jeho postupná adaptace do různých klinických kontextů potvrzuje flexibilitu konceptu a jeho aplikovatelnost napříč segmenty zdravotní péče. Zároveň poukazuje na potřebu kontinuálního psychometrického ověřování nástrojů, aby bylo možné zajistit jejich spolehlivost, validitu a mezinárodní komparabilitu výzkumných zjištění.

■ **MISSCARE Survey**

MISSCARE Survey je sebehodnotící nástroj a v původní verzi se skládá ze tří hlavních částí. Úvodní část obsahuje 20 položek zaměřených na charakteristiku pracovního prostředí a demografické údaje respondentů, včetně typu oddělení, pracovního úvazku, délky praxe a kvalifikačního zařazení. Tato část umožňuje analyzovat vztah mezi strukturálními proměnnými a výskytem chybějící péče. Klíčovou část nástroje představuje část A, která obsahuje 24 ošetrovatelských aktivit identifikovaných jako nejčastěji vynechávané v klinické praxi. Respondenti hodnotí frekvenci jejich vynechání na pětibodové Likertově škále v rozmezí od „vždy vynecháno“ po „nikdy nevynecháno“, s možností odpovědi „neaplikovatelné“. Položky zahrnují intervence z oblasti základní péče (např. mobilizace, edukace, emocionální podpora), monitorování pacientů, plánování propuštění či dokumentace. Část B obsahuje 17 položek identifikujících nejčastější důvody vynechání péče, které jsou hodnoceny na čtyřbodové Likertově škále od „velmi významný důvod“ po „není důvodem“. Důvody jsou koncipovány tak, aby reflektovaly personální, organizační i komunikační faktory, včetně nedostatku personálu, neefektivní týmové spolupráce, nedostatečné materiální podpory či časového tlaku. Respondenti hodnotí chybějící péči za celý ošetrovatelský tým včetně vlastní praxe, což umožňuje zachytit kolektivní dimenzi poskytování péče (Kalisch, Williams, 2009). Z metodologického hlediska je třeba uvést, že původní verze nástroje nespécifikovala přesné časové období, za které mají sestry hodnotit výskyt vynechaných intervencí. Tato skutečnost byla předmětem diskuse v pozdějších validačních studiích, které doporučovaly explicitnější časové vymezení hodnocení s cílem zvýšit porovnatelnost údajů (Palese et al., 2021a; Papastavrou, Suhonen, 2021).

Psychometrické vlastnosti *MISSCARE Survey* byly ověřeny v původní validační studii ve Spojených státech amerických (Kalisch, Williams, 2009), kde byla potvrzena jeho dobrá vnitřní konzistence a faktorová struktura. Následně byl nástroj opakovaně testován a validován v různých kulturních kontextech, přičemž většina studií potvrdila uspokojivou reliabilitu a konstruktovou validitu (např. Grønning et al., 2025; Li et al., 2025). V posledních letech byly publikovány systematické přehledy hodnotících nástrojů zaměřených na posuzování chybějící ošetrovatelské péče, které potvrzují dominantní postavení *MISSCARE Survey* v mezinárodním výzkumu (Palese et al., 2021a; Li et al., 2025). Li et al. (2025) poukazují na to, že tento nástroj vykazuje stabilní psychometrické charakteristiky napříč kulturními adaptacemi, avšak zdůrazňují potřebu kontinuálního ověřování jeho měřicí invariance v různých zdravotnických systémech.

MISSCARE Survey byl přeložen, kulturně adaptován a psychometricky ověřen v širokém spektru jazykových a zdravotnických kontextů, čímž se etabloval jako

mezinárodně akceptovaný nástroj pro měření chybějící ošetrovatelské péče. Kromě původního angloamerického prostředí byl systematicky validován v různých evropských i mimoevropských zdravotnických systémech⁶ (Palese et al., 2021a; Li et al., 2025). Rozsáhlá mezinárodní testování nástroje umožnila realizaci komparativních analýz mezi zeměmi a zdravotnickými systémy s odlišnou organizační strukturou, personálním zabezpečením a kulturními specifiky ošetrovatelské praxe. Výsledky těchto studií konzistentně potvrzují, že koncept chybějící ošetrovatelské péče má transkulturní relevanci a představuje univerzální indikátor kvality pracovního prostředí a bezpečnosti pacientů napříč různými zdravotnickými kontexty.

Na základě dostupných důkazů lze konstatovat, že *MISSCARE Survey* představuje metodologicky nejrozsáhlejší a empiricky nejvíce ověřovaný nástroj pro měření chybějící ošetrovatelské péče. Jeho široká mezinárodní aplikace, opakované validační studie a kontinuální revize potvrzují jeho význam jako standardu v oblasti výzkumu nedokončené ošetrovatelské péče.

■ MISSCARE Survey – NICU

Verze *MISSCARE Survey* byla původně vyvinuta pro prostředí akutní péče o dospělé pacienty a reflektovala spektrum ošetrovatelských aktivit typických pro interní a chirurgická oddělení a jednotky intenzivní péče (Kalisch, Williams, 2009). Klinické prostředí neonatologických jednotek intenzivní péče (NJIP) je však zásadně odlišné, a to z hlediska vývojových specifik pacientů, vysoké technologické náročnosti péče i mimořádné citlivosti novorozenců na jakékoli změny v kvalitě poskytované péče. Tubbs-Coolley et al. (2015) proto poukázali na obsahové limity původního nástroje, který nezachycoval celé spektrum intervencí realizovaných v neonatologickém prostředí, a přistoupili k jeho systematické modifikaci.

Výsledkem tohoto procesu byla specifická verze *MISSCARE Survey – NICU*, koncipovaná jako sebehodnotící nástroj určený pro sestry pracující na neonatologických jednotkách intenzivní péče. Nástroj se skládá ze tří částí. Úvodní část zahrnuje 27 položek zaměřených na demografické charakteristiky sester, jejich odbornou praxi, pracovní podmínky, organizační strukturu pracoviště a charakteristiky neonatologické jednotky. Tato část umožňuje analyzovat vztah mezi pracovním prostředím a výskytem chybějící péče v kontextu specifické klinické zátěže. Druhá část obsahuje 35 ošetrovatelských aktivit, které reprezentují intervence typické pro neonatologickou intenzivní péči. Respondenti hodnotí frekvenci jejich vynechání prostřednictvím pětistupňové Likertovy škály v rozmezí od „nikdy vynecháno“ po „vždy vynecháno“, s možností odpovědi „neaplikovatelné“. Ve srovnání s původní verzí je hodnocení vázáno na poslední pracovní směnu, čímž se zvyšuje přesnost retrospektivního hodnocení a minimalizuje riziko paměťového zkreslení. Třetí část obsahuje 24 položek identifikujících důvody výskytu chybějící péče, hodnocené prostřednictvím čtyřstup-

⁶ V roce 2019 byla publikována revidovaná verze nástroje, která reflektovala nové poznatky z klinické praxe (Dabney et al., 2019). Revize zahrnovala úpravu formulace položek týkajících se mobility pacienta, doplnění položky zaměřené na adekvátní dohled nad pacienty a rozšíření seznamu důvodů o faktory, jako jsou emocionální vyčerpání, multitasking, nedostatečná podpora vedení či neadekvátní supervize pomocného personálu. Tyto úpravy posílily obsahovou validitu nástroje a reflektovaly měnící se podmínky klinické praxe.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Nedokončená ošetrovatelská péče.
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.