

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Ivona Podmanická DiS.

Poškození pacienta ve zdravotnickém zařízení

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2015

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2015

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu během studia.

Anotace

Název práce v ČJ: Poškození pacienta ve zdravotnickém zařízení

Název práce v AJ: Harming the Patient in Health Care Facilities

Datum zadání: 2015-01-30

Datum odevzdání: 2015-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor: Podmanická Ivona, DiS.

Vedoucí: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá výkladem pojmů sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucími událostmi, jež se vyskytují ve zdravotnictví. Cílem bakalářské práce je předložit publikované poznatky o nejběžnějších nežádoucích událostech, ve kterých

zdravotnický či lékařský personál chybuje. Dále se zaměřuje na nejčastější příčiny, které vedou k iatropatogennímu poškození pacientů, jež jsou zařazeny do nežádoucích událostí. Další část přehledové bakalářské práce je zaměřena na preventivní opatření, která jsou po celém světě vypracovávána instituty, jež se touto problematikou zabývají. Tyto události, které se často ve zdravotnických zařízeních vyskytují, mají vliv nejen na pacienta, ale také na chybujícího zdravotníka i na celé zdravotnické zařízení. Velkým problémem je především nejednotná terminologie, která by se měla v budoucnu více specifikovat, čímž by se upřesnily požadavky, které budou muset zdravotnická zařízení splňovat pro jednotné hlášení nežádoucích událostí. Poznatky byly dohledány v recenzovaných zahraničních periodikách např. AORN Journal, Journal Article, International Journal of Health Care Quality Assurance, Journal of Nursing Care Quality, Journal of Nursing Management, Journal of public health research, Paliatívna medicína a liečba bolesti a další. Z českých periodik byly použity články z recenzovaných časopisů Časopis lékařů českých, Zdravotnické noviny a časopis Florence.

Abstrakt v AJ:

The synoptic bachelor thesis deals with defining terms of iatropathogenesis and iatropathogenesis as undesirable events which occur in healthcare. The aim of the bachelor thesis is to present findings on the most common undesirable events, where health professionals and medical specialists make mistakes. Furthermore it approaches the most common causes, which lead to harming patients, which are categorized as iatropathogenesis as well. The next part of the synoptic bachelor thesis addresses prophylactic measures developed worldwide by organizations focusing on the topic in question. These events, which occur in healthcare facilities often, impact not only the patient, but the specialist making a mistake and the medical facility as a whole. There is a problem that the current terminology is not unified and in the future it should become more specific thus determining requirements healthcare facilities will have to meet in order to report undesirable events in a unified way. Information on the topic was found in reviewed foreign periodicals e. g., AORN Journal, Journal Article, International Journal of Health Care Quality Assurance, Journal of Nursing Care Quality, Journal of public health research, Paliatívna medicína a liečba bolesti (Palliative Therapy and Pain Treatment) and others. As to the Czech periodicals, the thesis uses articles from reviewed magazines Časopis lékařů českých (Magazine of Czech Medical Specialists), Zdravotnické noviny (Health Care Newspapers) and magazine Florence.

Klíčová slova v ČJ: poškození pacienta, všeobecná sestra, lékař, medikační omyly, iatrogenní onemocnění, nevhodné profesionální chování, zdravotní péče, chybná zdravotní péče, chybná diagnóza, lékařské chyby

Klíčová slova v AJ: harming the patient, the nurse, the doctor, medication errors, iatrogenic diseases, inappropriate professional behavior, health care, bad health care, incorrect diagnosis, medical errors

Rozsah práce: 37 s. / 0 příloh

Obsah

Úvod	8
1 Popis rešeršní strategie	10
2 Přehled publikovaných poznatků o sororigenii a iatropatogenii jako nežádoucích událostech ve zdravotnictví	12
2.1 Sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucí události ve zdravotnictví.....	13
2.2 Příčiny sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucích událostí ve zdravotnictví.....	21
2.3 Preventivní opatření proti sororigenii a iatropatogenii jako nežádoucím událostem ve zdravotnictví	25
2.4 Shrnutí teoretických východisek a jejich význam	28
Závěr	30
Referenční seznam.....	31

Úvod

Bezpečnost pacientů je celosvětově považována za klíčové téma (Hwang, 2013, s. 300). Díky medializaci nepříznivých událostí ve zdravotnictví se touto problematikou nezabývají jen poskytovatelé zdravotní péče, ale i uživatelé a široká veřejnost (Hyrkäs a Parker, 2006, s. 220). V posledním desetiletí nastal velký pokrok v oblasti prevence a bezpečnosti pacientů na celém světě (Donaldson, 2009, s. 1). Hlavním cílem není jen bezpečnost pacientů, ale také zdravotnického personálu. Jedná se o mnohostranný problém, jež má širokou škálu témat a různých přístupů (Hyrkäs a Parker, 2006, s. 221).

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku: „Jaké existují publikované poznatky o sororigenii a iatropatogenii jako nežádoucích událostech ve zdravotnictví?“

Stanovené dílčí cíle jsou:

Cíl 1.

Výklad pojmů sororigenie, iatropatogenie a nejčastěji se vyskytujících nežádoucích událostí ve zdravotnictví spojené s lidským pochybením.

Cíl 2.

Předložit publikované poznatky o nejčastějších příčinách sororigenie, iatropatogenie a nežádoucích událostí ve zdravotnictví, které vedou k poškození pacienta v důsledku lidského pochybení.

Cíl 3.

Předložit publikované poznatky o preventivních opatřeních sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucích událostí ve zdravotnictví.

Vstupní studijní literatura:

BAŠTECKÁ, Bohumila et al. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.

BOUČEK, Jaroslav et al. 2006. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 141 s. ISBN 80-244- 1501-1.

MAREŠ, Jiří et al. 2002. *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského. 59 s. ISBN 80-86723-00-3.

ŠKRLA, Petr. 2005. *"Především neublížit" Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

VONDRÁČEK, Lubomír. 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

1 Popis rešeršní strategie

Vyhledávání relevantních informací k přehledové bakalářské práci bylo dosaženo prostřednictvím elektronických informačních zdrojů.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: poškození pacienta, všeobecná sestra, lékař, medikační omyly, iatrogenní onemocnění, nevhodné profesionální chování, zdravotní péče, chyby, Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů, Světová zdravotnická organizace, chybná zdravotní péče, chybná diagnóza, lékařské chyby

Klíčová slova v AJ: harming the patient, the nurse, the doctor, medication errors, iatrogenic diseases, inappropriate professional behavior, health care, errors, International Classification for Patient Safety, World Health Organization, bad health care, incorrect diagnosis, medical errors

Jazyk: český, anglický, slovenský a španělský

Období: 2004 – 2014

Další kritéria: recenzovaná periodika



DATABÁZE:

EBSCO, Medline, Medvik, ProQuest, PUB MED



Nalezeno: 344 článků



Vyřazující kritéria:

- Duplicitní články

práce

- Kvalifikační práce
- Články, které neodpovídaly uvedeným cílům bakalářské



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO 26 článků

Medline 22 článků

Medvik 26 článků

ProQuest 17 článků

PUB MED 11 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Časopis lékařů českých 1 článek

Zdravotnické noviny 1 článek

Florence 1 článek

Paliativna medicina a liečba bolesti 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek

bylo použito 35 dohledaných článků

2 Přehled publikovaných poznatků o sororigenii a iatropatogenii jako nežádoucích událostech ve zdravotnictví

Nemocnice představují jeden z nejdůležitějších segmentů ve zdravotnictví na celém světě a péče o pacienty je v nich každodenní činností, na niž se podílí velké množství lékařského a zdravotnického personálu. Dochází zde nejen k úspěšné léčbě, ale v poslední době také k značnému růstu počtu nežádoucích událostí (dále NU), které se během hospitalizace vyskytují. K často sledovaným NU patří: nově vzniklé dekubity, pády pacientů a nozokomiální infekce. Nejzávažnější z nich je pak úmrtí pacientů (Štěpánek, 2010, s. 438). Nemocnice v Německu ošetří 17 miliónů lidí za rok. Údaje o NU neboli poškození pacientů však chybí (Richman et al., 2009, s. 1150–1151). Štěpánek odhaduje, že k úmrtí způsobenému chybou či omylem zdravotníků po celém světě dojde nejméně u 17 000 případů za rok. Dle norských, amerických a anglických údajů dochází ročně k 50 000–60 000 úmrtí, z toho přeživší poškození pacienti tvoří 3–4 % (Štěpánek, 2010, s. 438). Mnohým poškozením (cca 50 %) v nemocnicích by se dalo jistě zabránit. Tímto problémem se zabývá americký Národní zdravotní ústav (NIH – National Institut of Health) (Koch et al., 2007, s. 2584). Leckterý zdravotník vidí své zaměstnání pouze jako práci, kterou navštěvují jen kvůli pravidelnému výdělku. Neuvědomují si však, že práce s lidmi není jen výdělečná činnost, ale také poslání, které nemůže vykonávat kdokoliv. Zdravotnický i lékařský personál by měl o své klienty pečovat dle svého nejlepšího svědomí a jeden z hlavních cílů, jež by si měl každý zdravotník dát, je: podporovat a udržovat zdraví všech lidí bez rozdílu pohlaví, věku, rasy či náboženského vyznání a rovněž snaha vést každého člověka k odpovědnosti za vlastní zdraví. Bohužel i mezi zdravotníky se může nacházet jedinec, který působí na klienty negativně, ať už vědomě či nevědomě. Tyto negativní případy mnohdy patří mezi trestné činy, jež jsou ve zdravotnictví tvrdě trestány nejen v oblasti právní, ale rovněž jsou veřejností hodnoceny kritičtěji než stejné činy spáchané nezdravotnickým personálem (Vondráček a Vondráček, 2006, s. 7). Velmi často jsou také medializovány a následně tak dochází ke kritickému pohledu společnosti na danou zdravotnickou sféru. Činy páchané zdravotnickým či lékařským personálem, které negativně ovlivňují zdraví pacienta, se označují termíny sororigenie a iatropatogenie. Tyto jevy lze považovat za součást nežádoucích událostí, které mohou být zdravotnickými zařízeními sledovány. Zdravotní stav ostatních klientů zdravotnického zařízení mohou negativně ovlivňovat rovněž spolupacienti, což bývá označováno termínem egrotogenie. Na nemocné mohou působit i jiné osoby například léčitelé (iatraliptagenie) (Mareš et al., 2002, s. 11-13).

2.1 Sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucí události ve zdravotnictví

Nejednotná terminologie NU je celosvětovým problémem, kterým se zabývá rovněž Světová zdravotnická organizace (dále WHO). Členové WHO usilují o upřesnění pojmenování, příčin a následků nežádoucích událostí ve zdravotnictví s následným zlepšením bezpečnosti pacientů. O tomto problému se v posledním desetiletí hojně diskutuje v mnoha zemích. Podle WHO jsou chyby ve zdravotní péči vyvolány stejnými příčinami, a proto by mohly mít i společné řešení. Avšak z důvodu nejednotné taxonomie a definic nelze povolit globální výměnu ponaučení z hlášení NU. Tým mezinárodních expertů složený z odborníků zabývajících se bezpečností pacientů, z lékařů a právníků, se snaží vymezit definice a nastavit tak společnou terminologii pro celosvětové systémy hlášení nežádoucích událostí (Larizgoitia, Bouesseau a Kelley, 2013, s. 168-170). Z výzkumů vyplývá, že v současné době se nežádoucí události týkají přibližně 2-17 % pacientů. Nejméně se s nimi setkáme v nemocnicích ve Spojených státech (2,5-3,7 %), v Brazílii se pak jejich výskyt pohybuje kolem 2-16,6 %, v Kanadě se odhaduje na 7,5 %, ve Velké Británii na 10,8 % a zcela nejvyšší je v Austrálii (16,8 %) (DeFreitas, et al., 2011, s. 331-332). Také v korejských nemocnicích bývá poškozen nežádoucí událostí 1 z 10 pacientů (Hwang, Lee a Park, 2013, s. 300–301). Studie provedené ve Spojených státech si jedna třetina z 800 ambulantních i hospitalizovaných pacientů prožila během pobytu v nemocnici nepříznivou událost. Jedna desetina z celkového počtu uvedla, že je dané poškození omezovalo v každodenních aktivitách anebo je dokonce ohrožovalo na životě. A 2% z celkového počtu pacientů na následky poškození zemřela (Kuklík, 2006, s. 12-15). Po prozkoumání 37 milionů zdravotnických dokumentací ve Spojených státech bylo zjištěno, že každoročně na následky zdravotnických omylů zemřelo 200 000 lidí. Data zveřejněná v letech 1999 až 2002 se ve velké míře od dosavadních údajů v oblasti medicínských omylů a bezpečnosti pacientů příliš nezměnila. Přestože 88 nemocničních zařízení ve 23 státech USA dostalo ocenění za bezpečnou péči o pacienty, poukázala závěrečná zpráva HealthGrades na skutečnost, že v letech 2000–2002 bylo z celkového počtu 323 993 zemřelých způsobeno 80 % úmrtí pacientů iatrogenním poškozením (Kuklík, 2006, s. 12-15).

Světová zdravotnická organizace vysvětluje pojem NU jako jakoukoliv odchylku od běžné péče prováděnou lékařským personálem, která přivodí, či může způsobit poranění pacienta. Tento termín zahrnuje nejen chyby dokonané, ale i potenciální nežádoucí události či rizika. Označuje tedy i nežádoucí konání, kterému bylo včas zabráněno (Wakefield, et al., 2005, s. 333–340). Podstatová et al.(2007, s. 110-112) definují termín širěji, když uvádějí,

že za NU, lze považovat situaci, která ohrožuje život či zdraví pacientů, návštěvníků anebo personálu. Dále pod tento termín zahrnují usmrcení pacientů, závažné narušení provozu, apod. V Brazílii definují NU jako jakýkoliv výskyt nepříznivé události, který vede k iatrogennímu poranění (Wakefield, et al., 2005, s. 333–340). Věstník MZ ČR vymezuje NU jako situace, které způsobily nebo by mohly způsobit somatické, psychické či socioekonomické poškození, a to nejen pacienta, ale i zdravotnických služeb či jejich zaměstnanců. Do NU se podle něj řadí taktéž náhlé zhoršení zdravotního stavu s následkem trvalého poškození či smrti pacienta. Dále pak také okolnosti, vedoucí k somatickému poškození pacienta, u nichž se neprokázalo, zdali se jim bylo možné vyhnout. Dle Věstníku MZ ČR lze do NU rovněž zařadit další příhody, které uznají zdravotnická zařízení za vhodné. Příkladem mohou být užití omezovacích prostředků, nedostavení se na objednaný termín vyšetření apod. Za NU ovšem nelze považovat terapii proti vůli pacienta, pokud nedojde k porušení legislativy. Jedná se o případy hospitalizace psychiatricky nemocných pacientů či osob s přenosnou chorobou (Věstník MZ ČR, 2012, s. 20-21).

Světová zdravotnická organizace WHO uvádí, že značné množství občanů v Evropské unii bylo poškozeno v nemocnicích v rámci medikačních pochybení, která definuje jako příhody vedoucí k poškození pacienta podáním nesprávného léku (WHO, 2012). Medikační chyby patří k nejrizikovějšímu poškození, je proto nutné věnovat mu patřičnou pozornost. Americká národní koordinační rada pro hlášení a prevenci pochybení v oblasti medikace vymezuje medikační chybu jako událost, které se dalo předejít a při níž došlo k poškození pacienta podáním nevhodné medikace (Plevová, Dolanová a Adamicová, 2013, s. 6). Výzkum provedený Tang et al. upozorňuje na četné chyby podávání léků způsobené všeobecnými sestrami. Ze 72 dotázaných sester 55 uvedlo, že pochybily v oblasti podávání medikace. Na těchto nedopatřeních se podílelo více faktorů. Nejčastěji se jedná o personální nedostatek, velkou pracovní vytíženost a nové zaměstnance (Tang et al., 2007, s. 447–448). V Australských nemocnicích rovněž považují chyby spojené s podáváním léků za častou událost (35,8 %). K nejčastějším omylům v této oblasti patří: incidenty spojené s podáním léků v nesprávnou dobu, podání léku jinému pacientovi, podání nesprávné tablety a opomenutí podat lék (Dorrian et al., 2006, s. 1149-1152). Chyby spojené s podáváním léčiv jako záměna léčiva či pacienta, podání jiné síly léků či nežádoucí účinky spojené s medikamenty patří k nejběžnějším nežádoucím událostem (Podstatová, et al., 2007, s. 110-112). Současný stav dále ještě komplikuje skutečnost, že mnozí lékaři potíže s vedlejšími účinky léků nehlásí. V roce 2007 tak bylo v německých nemocnicích

hospitalizováno 80 000 lidí pro vedlejší účinky léčiv. Štěpánek uvádí, že k častým problémům v oblasti medikace patří: záměna léků, neznalost dávek, kontraindikací a interakcí, neznalost funkce ledvin a jater, nepřiměřené dávkování léků u dětí a seniorů. (Štěpánek, 2010, s. 438-430). Omyly spojené s podáváním léků způsobují nejen všeobecné sestry, ale také lékaři. Medikačním omylem ze strany lékaře bylo poškozeno 23 % pacientů, 18 % pacientů zveřejnilo, že byli v rámci hospitalizace poškozeni všeobecnou sestrou a 11 % klientů uvedlo, že jim lékař naordinoval špatný lék (WHO, 2012). K dalšímu omylu souvisejícímu s medikamenty dochází z důvodu lékařského rukopisu. Většina lékařů píše nečitelně, a proto sestry často podají pacientovi nesprávný lék. Užije-li jej pacient v interakci se stávající medikací, může dojít k náhlému zhoršení jeho zdravotního stavu (Kuklík, 2006, s. 12-15). Škrla a Škrlová uvádí, že k pochybení spojenému s podáváním léků dochází z 19 %. K nejběžnějším chybám při podávání medikace patří: ve 35 % případech pochybení nesprávná dávka, ve 22 % chybějící informace o medikamentu, přehlédnutí pacientových alergií zdravotnickým a lékařským personálem, v 7 % dochází k podání nesprávného léku a 30 % tvoří ostatní výše neuvedené chyby (Škrla a Škrlová, 2008, s. 200). Mnohdy lékař předepíše správný lék, ale bez dalšího zkoumání důsledků působícího léku s léky ostatními, které pacient užívá. K podávání vícero léků současně, polypragmazonii, dochází nejčastěji u starších pacientů. Mnohdy se také vyskytnou alergické reakce, jejichž výskyt je častější než dříve a jež jsou v dnešní době běžnou událostí. Na jejich vzniku se spolupodílí i znečištěné životní prostředí a spousta nepřírodných látek v potravě (Štěpánek, 2010, s. 438-430). S výše zmíněným se ztotožňují i Velo a Minuz, podle nichž jsou nejčastějšími pochybeními vydávání nesprávných léků z důvodu nečitelného rukopisu lékařů a nepřiměřené dávkování medikamentů. Dále poukazují na značné problémy v nedostatečných znalostech a neúplných informacích o předepisovaných lécích, které jsou pacientům poskytovány. Potíže spatřují také v komunikaci mezi lékařem a všeobecnými sestrami, jež léky podávají. Navrhují tedy následující řešení, která by mohla snížit vznik nežádoucích událostí v oblasti medikace. Jsou jimi: další vzdělávání lékařů, pravidelné kontroly auditorů či lékárníků, využívání on-line podpory či zavedení systémů, jež by zabránily chybám (Velo a Minuz, 2009, s. 624). Z výše zmíněných údajů vyplývá, že 50–70 % chyb by se dalo zabránit. Mohlo by tomu napomoci využívání systémových přístupů k bezpečnosti pacientů, do nichž spadá rovněž i multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu (WHO, 2012).

K nejhojnějším rizikům ohrožujícím pacienty rovněž patří: nozokomiální infekce a chirurgické potíže (Štěpánek, 2010, s. 438-430). Nozokomiální infekce mohou být

způsobeny nejen nedostatečnou hygienou rukou personálu, nepoužíváním sterilních rukavic a nedostačující sterilizací nástrojů (Kuklík, 2006, s. 12-15), ale také rezistencí vůči antibiotikům (Allianz, 2007, s. 207). Jedná se o skryté iatrogenní poškození, na kterém nese vinu nejen lékař, ale i samotný pacient. Jeho neukázněnost při nedoužívání antibiotik a jejich opětovné nasazení bez konzultace s lékařem může způsobit značné potíže. Pacient si zpravidla antibiotika nasadí nesprávně, tedy při virových onemocněních. V některých zemích se v porovnání s jinými státy předepisují antibiotika v abnormálně velkých množstvích. V daných zemích tak dochází k markantnímu výskytu bakteriálních rezistencí (Kuklík, 2006, s. 12-15). Tyto komplikace vedou k opětovným hospitalizacím či jejich prodloužení (Allianz, 2007, s. 207).

Další riziko v nemocnici pro pacienta představují infekce. Garrett uvádí, že k častým nepříznivým událostem v rámci hospitalizace v nemocničním zařízení patří infekce v centrálních žilních kanylách, infekce v močových a respiračních cestách. V Evropě se každý desátý pacient nakazí nemocniční infekcí (Garrett, 2008, s. 1191–1193). Vysoký výskyt infekcí je zaznamenáván především na interních odděleních. Nejčastěji se vyskytují infekce močových cest, pneumonie, infekce ran a sepse. Tyto komplikace jsou často spojovány s vyšším věkem, dlouhodobou hospitalizací, špatným zdravotním stavem, zavedením intravenózní kanyly, umělou plicní ventilací a dlouhodobým ponecháním močového katetru (Madeira, 2007, s. 391–392). K nejobávanějším původcům patří zlatý stafylokok, salmonely, klostridia a legionely (Allianz, 2007, s. 207). Obdobné výsledky vykazuje i studie provedená Ramanathan et al. (2013, s. 578), podle níž k nejčastějším komplikacím během hospitalizace patří: katetrové infekce (67 %), pooperační respirační selhání (71 %) a především dekubity (79 %).

Další sledovaná oblast, zahrnuje operační zákroky a následné pooperační komplikace. Celosvětová operabilita je cca 234 milionů. Průmyslové země udávají, že při operacích dochází k 3-16 % komplikací a 0,4-0,8 % operovaných umírá na pooperační obtíže. S operačními výkony též souvisí záměny pacientů, orgánů nebo končetin. Německé nemocnice přiznávají zhruba 200 záměn za rok (Štěpánek, 2010, s. 438-439). V minulosti se taktéž užívaly metody, které lze považovat za iatrogenní poškození. Jednalo se o terapii nepřiměřenou a razantní (Kuklík, 2006, s. 12-15). K hojným NU rovněž patří následky spojené s pády pacientů, závadami na přístrojích, napadení pacientů, personálu a další (Podstatová, et al., 2007, s. 110-112). Výzkum provedený v Austrálii rovněž poukázal na časté pochybení v oblasti grafické (15,1 %) a v přepisování v dokumentaci (5,7 %).

K opakovaným grafickým chybám patří špatně předeepsané datum v dokumentaci a nesprávná dokumentace bilance tekutin. Četných chyb se zdravotnický personál dopouští též v oblasti procedurální, kdy je pacient ponechán v bezvědomí bez dozoru zdravotníků. Nejméně chyb je pak zapříčiněno nedostatečným zabezpečením, kdy dojde k pádu či uklouznutí (1,9 %) (Dorrian et al., 2006, s. 1149-1152). Mezi pochybení řadíme dále chybné určení diagnózy (přibližně 15 %). V diagnostice nejméně chybují patologové 2–5 %, nejvíce pak lékaři (Bernier a Graber, 2008, s. 121). K nežádoucím událostem může rovněž vést užívání totožných zkratk pro různé nemoci či jiné obtíže objevující se ve zdravotnických oborech. Příkladem může být zkratka TOF, která označuje tracheo-ozofageální píštěl, ale taktéž Fallotovu tetralogii (Allianz, 2007, s. 207). Globálně diskutovaným tématem jsou též asistované sebevraždy neboli eutanazie. Toto téma je opětovně prodiskutovááno nejen v oblasti medicínské, etické, ale i politické. Mnohdy také dochází k usmrcení pacienta v důsledku mentálního vypětí lékaře, drog, alkoholu nebo únavy (Kuklík, 2006, s. 12-15). Iatropatogeneze je v dnešní době dosti probírané téma. Světové statistiky poukazují, že tyto incidenty ani nenarůstají, ani neklesají (Kuklík, 2006, s. 12-15).

V posledních letech taktéž narůstají žaloby na chování a vystupování všeobecných sester. Stížnosti na zdravotnický personál rozdělují Vondráček a Dvořáková do dvou skupin a to na poskytnutou péči a na chování a jednání všeobecných sester. Z dlouhodobého sledování vyplynulo, že pouhých 15 až 20 % žalob je opodstatněných. Nejčastější chyby, kterých se sestry dopouštějí, jsou: nedostačující informovanost, chybné objednávky pacientů ke kontrole, křik a používání vulgarismů vůči pacientům. Oprávněné žaloby se týkají zpravidla konkrétního výkonu jako: perforace střeva při měření teploty v rektu, poranění dutiny ústní při odstraňování zubních protéz, popáleniny pilou při odstraňování sádry, abscesy vznikající po aplikaci intramuskulárních injekcí, poškození kůže po odběru krve či po paravenózním podání léku. V současné době se odbornost zdravotních sester neustále zvyšuje, a proto je nárůst chyb velmi závažný (Richman et al., 2009, s. 1150–1151). Velmi často se stížnosti týkají též zpřístupnění dokumentace cizím lidem a porušení mlčenlivosti o zdravotním stavu klientů. Někteří pacienti uvádějí, že mnohé všeobecné sestry bývají též arogantní, nepříjemné, neochotné, protivné až drzé (Vondráček a Dvořáková, 2008, s. 168).

Vzhledem k nejednotné terminologii vedoucí k nejasnostem v této oblasti je nejprve potřeba osvětlit různá vnímání termínů označujících negativní působení jedinců a vnějších faktorů na pacienta. Jedná se především o termíny sororigenie, iatropatogenie (iatropatogeneze), egrotogenie (aegrotogenie) a iatraliptagenie. Termín sororigenie vysvětlují

Mareš et al. a Kutnohorská jako negativní působení všeobecných sester na pacienty. Sororigenie je odvozena od latinského výrazu soror neboli sestra a přípony -genie, která v řečtině znamená tvořit (Mareš et al., 2002, s. 12, Kutnohorská, 2007, s. 61).

Ze zdravotnických pracovníků na pacienty kromě sester dále působí také lékaři. Jejich působení označujeme termínem iatrogenie, jenž se skládá z řeckých slov iatros (lékař) a genie (tvořit). Iatropatogenie je pak pojem, který upozorňuje na poškození pacienta lékařem (Mareš et al., 2002, s. 12, Kutnohorská, 2007, s. 61). Podle Ptáčka et al. ale pojem iatropatogenie označuje nejen poškození pacienta zaviněné lékařem, ale také zdravotníkem (a to např. slovem či činem), či zdravotnickým prostředím (Ptáček et al., 2011, s. 473). Kuklík uvádí, že pojem iatropatogeneze je poškození způsobené nejen lékaři, ale i ostatním zdravotnickým personálem jako jsou všeobecné sestry, laboranti, psychologové, terapeuti či lékárníci (Kuklík, 2006, s. 12). Madeira et al. vysvětlují pojem iatropatogenie jako výskyt nepříznivých jevů, jež byly způsobeny lékařskými zákroky. Mnohdy je pojem iatrogenní jednání zaměňován za termíny chyba či zanedbání, ale ve skutečnosti se jedná o protichůdné názvy. Pokud se ve snaze vyléčit onemocnění či zmírnit bolest objeví organické, psychologické či jiné potíže, jedná se o iatropatogenní poškození (Madeira et al., 2007, s. 391–392). Na iatropatogenii lze také pohlížet jako na jev, který je vyvolán součinností tří činitelů: situačním působením, osobností zdravotníka a pacientem. Do situačních vlivů jsou zahrnuty etiologické, diagnostické, laboratorní, prognostické, terapeutické, administrativní a pedagogické vlivy. Dalším činitelem je osobnost zdravotníka, jehož nevhodné chování má při iatropatogenním poškození rovněž velký význam. Autoritativní a agresivní vystupování spolu s pracovní deformací může v kontaktu s pacienty způsobit závažné problémy. Posledním činitelem je osobnost pacienta. Někteří nemocní mohou být k iatropatogenii náchylnější. Jde o úzkostné a přecitlivělé pacienty se sklonek k hypochondrii (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 167-168). Dle Kuklíka se v anglosaské literatuře uvádí označení iatrogenic bez konstituentu -pato-. Tento pojem je však rovnocenný s termínem iatropatogenie označující negativní jednání lékaře s následným poškozením zdraví pacienta, nežádoucí účinky či komplikace v léčebných postupech (Kuklík, 2006, s. 12). Mnozí autoři užívají místo pojmu iatropatogenie rovněž pojem iatropatogeneze, který definují jako poškození zdravotního stavu pacienta vlivem zdravotnického prostředí či neadekvátní komunikací zdravotníka (lékaře) s nemocným. Iatropatogeneze zahrnuje poškození pacienta v důsledku nevhodně podaného léku či nedokonale provedeného chirurgického zákroku. Tento typ poškození lze nazvat jako přímé poškození pacienta. V rámci iatropatogeneze bývá

vymezován užší pojem iatropatogeneze psychogenní, jenž označuje poškození zapříčiněná neadekvátní komunikací s pacientem, která je důležitou součástí ošetrovatelské i lékařské péče. Komunikační dovednosti by měly být pro zdravotnický personál privilegiem. Avšak mnozí zdravotníci neumějí řádně získávat informace o daném klientovi, a tak vznikají mnohá nedorozumění, kterým by se dalo zabránit (Bouček et al., 2006, s. 51-52). Iatrogenní onemocnění je pojem, který zahrnuje jakékoliv lékařské, terapeutické, diagnostické či profylaktické opatření, jímž byly neúmyslně způsobeny symptomy vyžadující další léčbu, hospitalizaci či prodloužení pobytu v nemocnici, trvalou pracovní neschopnost, zranění nebo také smrt (Madeira et al., 2007 s. 391–392). Iatropatogenezi rozděluje Kuklík do třech okruhů na – klinickou, kulturní, sociální a dále pak poškození somatická a psychická (Kuklík, 2006, s. 12). Poškození pacienta lze klasifikovat dle různých kritérií. Mareš et al. dělí poškození pacienta na somatické, psychické a kombinované. Příkladem somatického poškození je např. časté rentgenové vyšetření, jež svým zářením negativně působí na pacienta. Do psychického poškození lze zařadit nedostatečnou komunikaci pacienta s lékařem či chatrné odůvodnění nasazené léčby. Kombinovaná postižení jsou souhrou předešlých poškození, do kterých jsou zahrnuta např. zbytečně se opakující vyšetření s nedostatečným zdůvodněním, jež vedou ke vzniku nedůvěry pacienta k ošetřujícímu lékaři. Poškození pacienta je dále klasifikováno dle rozsahu zasažené populace, aktérů způsobujících tyto negativní události a podle příčin (Mareš et al., 2002, s. 14-15). Kuklík dále dělí poškození pacienta na úmyslné a neúmyslné. Mezi neúmyslná neboli také nechtěná poškození řadí: omyly při diagnostikování onemocnění, infekční komplikace nozokomiálního původu, nevhodné předepsání léku vedoucí k lékovým interakcím, nepředvídatelné vedlejší účinky podaných medikamentů a příčiny objektivní, mezi něž patří únava, náhoda či onemocnění ošetřujícího lékaře. Do skupiny úmyslných (záměrných) poškození patří nestandardní či cíleně nepotvrzená terapie, úmyslné poškození pacienta, neetické terapeutické experimenty na pacientovi bez jeho vědomí či zanedbání lékařské péče. Jak již bylo uvedeno, mnohá poškození vznikají neúmyslně. Přestože jsou dané úkony provedené lege artis, nesou s sebou mnohé z nich četná rizika. Příkladem může být léčba onkologicky nemocného pacienta léčeného pomocí radio či chemoterapie. Tyto úkony mají za následek řadu vedlejších účinků, jako padání vlasů, nauzeu, zvracení či anémii. Důsledky terapie může brát daný pacient jako obtěžující, a proto může obvinít lékaře ze záměrného poškození (Kuklík, 2006, s. 12). Kutnohorská i Mareš et al., dále člení poškození pacienta podle míry zavinění a míry odpovědnosti zdravotníků, která je hodnocena z právního hlediska. Na řadě těchto poškození nenese zdravotnický personál žádnou vinu. Jde o taková poškození, jež se nedala předvídat. Příkladem je závada spolehlivého přístroje,

či neobvyklá reakce na podaný lék, která se v předchozích případech nevyskytla. Ve většině případů je však pochybení zdravotnického personálu zřejmé. Jedná se např. o nekvalitně provedený výkon, který způsobí následné komplikace ve zdravotním stavu nemocného, o nesprávně podaný lék nebo nevhodné komentáře ke zdravotnímu stavu pacienta (Kutnohorská, 2007, s. 62, Mareš et al., 2002, s. 15-16). Madeira et al. (2007, s. 391-392) uvádí, že iatropatogenní poškození je po srdečním onemocnění a rakovině třetí nejčastější příčina úmrtí. Tyto nepříznivé události patří k negativním dějům ve zdravotnických zařízeních (Kutnohorská, 2007, s. 61) a je považováno za vážný problém s velkým společenským dopadem. Výskyt zmíněných poškození je velmi častý a léčba je příliš nákladná (Madeira et al., 2007 s. 391–392).

Na pacienta však nepůsobí pouze lékař či všeobecná sestra, ale také spolupacienti a v mnohých případech i léčitelé, které samotný pacient mnohdy vyhledává, a doufá, že se jeho zdravotní stav změní k lepšímu. I pro tyto případy existují v odborné literatuře termíny, které nemusí být pro laickou veřejnost známé. Jde o pojmy egrotogenie nebo také aegrotogenie a iatraliptagenie. Tyto pojmy patří mezi ojedinělé termíny, jež jsou zmiňovány pouze 2 autory.

Egrotogenie (aegrotogenie) je termín složený z latinského slova aegrotus neboli churavý člověk a řeckého slova genie. Pod tímto názvem se skrývá negativní působení spolupacientů, kteří mají v mnohých případech větší vliv na daného pacienta, než zdravotnický personál (Mareš et al., 2002, s. 12). Tito spolupacienti ovlivňují nemocného podáváním negativních, nepřesných či neúplných informací, ať už z legrace, nevědomosti či vlastní omezenosti. Tento negativní jev může silně poškodit pacienta a způsobit tak nedůvěru ke zdravotnickému či lékařskému personálu (Mareš et al, 2002, s. 12, Kutnohorská, 2007, s. 61).

Mnozí pacienti se svěřují též do rukou léčitelů, kteří mohou mít na pacienta jak blahodárný, tak neblahý vliv. Mnohdy v pacientovi vzbuzují strach, úzkost a bolest. Těmto lidem nejde o zdraví svých klientů, nýbrž o výdělek, který mohou tímto konáním získat (Mareš et al., 2002, s. 13). Iatraliptagenie nebo také poškození pacienta léčitelem je odvozeno z řeckého pojmu iatralipta (mastičkář) a genie (Kutnohorská, 2007, s. 61, Mareš et al., 2002, s. 13).

2.2 Příčiny sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucích událostí ve zdravotnictví

Lékaři a všeobecné sestry vzbuzují v lidech úctu již od nepaměti. Avšak mnozí lidé si neuvědomují, že práce ve zdravotnickém zařízení je velice zodpovědná a vytížení zdravotníků je mnohdy nemalé. Náročnost tohoto zaměstnání sebou přináší rovněž chyby, jichž se nemocniční personál může dopustit. Příčiny těchto pochybení lze rozdělit do 3 okruhů: organizační, osobnostní a technologické. Do celosvětově nejčastěji vyskytujících se organizačních příčin patří nedostatek sester. Osobnostní faktory, jež ovlivňují péči o pacienta, tvoří: neustále narůstající stres v zaměstnání, únavu, vyčerpání, emocionální stabilitu sester a s tím silně spjatou spokojenost zdravotníků se svým zaměstnáním. A do technologických faktorů, které rovněž ovlivňují kvalitu poskytované péče lze zařadit: neustále se vyvíjející technika, se kterou se zdravotnický i lékařský personál musí denně potýkat.

Nedostatek všeobecných sester je celosvětovým problémem, který by se měl do budoucna řešit, neboť počet zdravotníků, má velký vliv na kvalitu zdravotní péče, jež je ve zdravotnických zařízeních poskytována. Manažeři nemocnic často přeceňují síly svých zaměstnanců a vlivem personálního nedostatku opětovně dochází k přesčasovým hodinám zdravotníků (Garrett, 2008, s. 1192-1193). Sestry jsou často přepracované, unavené, podrážděné a nevyspané. Je tedy pravděpodobnější, že u nich dojde k nechtěnému poškození pacienta a následnému vzniku nežádoucí události, než u sester, které do služby nastupují odpočaté. Výzkum provedený Dorrian et al. prokázal úzký vztah mezi nedostatečným personálním obsazením a únavou zaměstnanců. Bylo identifikováno 31 incidentů, které způsobily smrt pacienta, či závažné poškození jeho zdraví a 452 příhod, které jsou považovány za „vysoce rizikové“ události v souvislosti s přetížením personálu. Kromě výše zmíněného se mohou vyskytovat i jiné nežádoucí události jako vznik nových dekubitů či výskyt nozokomiálních infekcí (Dorrian et al., 2006, s. 1149-1152). Dle studie Garrett má kombinace nedostatečného personálního obsazení s neuspokojujícími výsledky odvedené práce velký vliv na kvalitu péče o pacienty (Garrett, 2008, s. 1991-1202). V Austrálii provedli výzkum, ze kterého vyplynulo, že v australských nemocnicích chybí až 40 000 všeobecných sester a věk zdravotníků, kteří zůstávají ve zdravotních službách, narůstá. Tato skutečnost úzce souvisí s únavou zdravotníků, kteří mnohdy odchází ze zdravotnických služeb a hledají zaměstnání v oborech, kde nebudou tolik vyčerpáni. Ze studie, která byla provedena v univerzitní nemocnici v západní Paraně vyplynulo, že největší podíl na stresových situacích

zaměstnanců má především nedostatek zaměstnanců (40,7 %) a poté následuje nedostatek technického vybavení a materiálu (24,2 %) (Costa, et al., 2011, s. 133-135). Nedostatek personálu ve zdravotnických zařízeních a práce přes čas nemají za následek pouze vyčerpání a zdravotní problémy pracovníků, ale vedou taktéž ke zbytečným finančním výdajům z důvodu zvyšujícího se počtu nežádoucích událostí. Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu poukazuje na vyšší finanční břemeno spojené se vznikem nežádoucích událostí, které všeobecně stupňuje náklady na celkovou léčbu ve zdravotnickém zařízení o 84 %. V důsledku těchto událostí se také prodlužuje délka pobytu v nemocnici o 5,1 až 5,4 dny (Dorrian, et al., 2006, s. 1149-1152). Výzkum provedený v USA rovněž upozorňuje na finanční náročnost spjatou s poškozením pacientů. V USA se za lékařské chyby utratí v průměru 37 miliard ročně. Na prevenci těchto událostí přitom připadne 17 miliard. Studie potvrdila, že nepříznivé události se stávají ve všech zdravotnických zařízeních po celém světě (Hyrkäs a Parker, 2006, s. 773–775). Navýšení personálu je pro mnoho nemocnic nemožné, neboť tak hrozí zvýšení nákladů za další pracovní síly. Manažeři těchto zdravotnických zařízení si ovšem neuvědomují, že by tak mohli získat kvalitnější péči o pacienty a spokojenější personál (Garrett, 2008, s. 1991-1202).

Všeobecné sestry, často pracují nepřetržitě bez pravidelných přestávek, což má za následek jejich velké vyčerpání (Dorrian, et al., 2006, s. 1149-1152). Únava a vytížení zdravotnického personálu se hojně vyskytují po celém světě (Koch et al., 2007, s. 104). Následkem dlouhodobé vyčerpanosti může být také pracovní nespokojenost a časté absence v zaměstnání (Garrett, 2008, s. 1191-1202). Při déletrvajícím pracovním zatížení může vzniknout chronická únava zdravotníka, která má silnou spojitost s potížemi při usínání. Jak zmiňuje Garrett, těmito obtížemi trpí řada zdravotnického personálu (Garrett, 2008, s. 1192-1198). Většina dotázaných sester uvedla, že po příchodu ze zaměstnání mají problém usnout. Nespavost je zpravidla spojena s problémy v práci. Z celkového počtu 23 sester jich 14 uvedlo, že k navození spánku využívá pomocné prostředky. Nejčastěji se jedná o léky na předpis. Tyto medikamenty užívá 62,7 % zdravotníků. Druhým nejčastějším prostředkem pro snadnější usínání je alkohol, který využívá 26,9 % všeobecných sester. Podle výzkumu provedeného Dorrian et al., je celková doba spánku všech zdravotníků zkrácena v pracovních dnech, a především ve dnech, kdy se danému zaměstnanci přihodil nějaký incident v rámci zaměstnání. S únavou je rovněž spojena střední až vysoká úroveň stresu, kterou v zaměstnání zdravotničtí pracovníci prožívají a fyzická či duševní vyčerpanost (Dorrian et al., 2006, s. 1149 - 1152).

Velký vliv na péči ve zdravotnických zařízení a především na bezpečnost pacientů má dle Teng, Chang a Hsu také emoční vyrovnanost sester. Studie uvádí, že sestry emočně vyrovnanější jsou odolnější vůči stresu, jemuž jsou vystaveny denně na pracovišti. Rovněž jsou aktivnější a úspěšnější při řešení různě složitých problémů. Naopak sestram, které jsou méně emočně vyrovnané, hrozí tzv. syndrom vyhoření nebo jsou méně spokojené se svou prací. Výzkum zaměřený na vztah všeobecných sester a jejich emocionální stabilitu je z globálního pohledu velmi důležitý, neboť pomáhá zajistit bezpečnost pacientů (Teng, Chang a Hsu, 2009, s. 2088-2089). Studie provedené v univerzitní nemocnici v západní Paraně se zúčastnilo 139 zdravotníků pracujících na lůžkových odděleních. Výsledky ukazují, že 60,4 % účastníků pracuje ve stresu, 5,7 % zdravotníků bylo ve fázi ostražitosti, 44,6 % se nacházelo ve stadiu odporu, 7,2 % zaměstnanců se cítilo téměř vyčerpaně a 2,9 % prožívalo naprosté vyčerpání. Hlavní symptomy projevující se u těchto zaměstnanců byly: malátnost bez konkrétní příčiny, pocit neustálého fyzického vyčerpání, trvalá únava, zvýšená podrážděnost a nadměrná emoční přecitlivělost. Četné množství zaměstnanců uvedlo, že se snaží se stresem bojovat. Ve svém volném čase se věnují rodině, volnočasovým aktivitám a přátelům. Více jak třetina respondentů (35,5 %) se stresem bojovat neumí, a tak dochází k jejich fyzickému i psychickému vyčerpání (Costa, et al., 2011, s. 133-135).

Stavy vyčerpanosti značně ovlivňují komunikaci s pacientem. Průměrný kontakt pacienta s lékařem v Německu tvoří 7,8 minut, ve Velké Británii 11,1 minut, v Kanadě 16 minut a v USA 19 minut (Koch et al., 2007, s. 104). Z výsledků studie realizované členy Lucian Leape Institutu vyplývá, že zdravotní péče je pro zdraví pacienta stále nebezpečná, a to i přes velkou snahu, která byla vynaložena v posledním desetiletí. Proto Lucian Leape Institut předložil pět bodů, které by mohly vést ke zlepšení bezpečnosti systému zdravotní péče. Jedná se o: transparentnost, snahu o integraci, zapojení pacienta do péče o sebe samého, obnovení radosti a smysluplnosti z vykonávané práce, následné vzdělávání lékařského personálu. Dle Lucian Leape Institut je pojem transparentnost vymezen jako sdílení informací bez zábrán. Mnozí pacienti vnímají poskytovatele zdravotní péče jako vševědoucí jedince, kteří se chyb nedopouštějí. Velký vliv na to má způsob komunikace, jakým mnozí zdravotníci vystupují. Na pohled se zdají neprůhlední a sebejistí, ale zpravidla se bojí přiznat nepředvídatelné výsledky či chyby, jichž se dopustili. Proto se mnohdy komunikace stává nedostačující. Obě strany si tak zachovávají falešný pocit důvěry a bezpečí. Strach ze sdělené pravdy nemají jen zdravotníci, ale i samotní pacienti. Proto by bylo pro obě strany vhodnější, aby o veškerých informacích týkajících se zdravotního stavu, léčby

či hrozících komplikací otevřeně diskutovali. Tímto způsobem lze dosáhnout větší důvěry ze stran pacientů k poskytovatelům zdravotní péče (Stefano, 2010, s. 121-124).

Pracovní vytížení a následné zdravotní komplikace jsou někdy také následkem jednání všeobecných sester, neboť mnohé z nich žádají přesčasy dobrovolně zvláště kvůli nedostatečnému finančnímu ohodnocení ve zdravotních sférách. I tyto sestry by však měly pomýšlet na hrozící riziko vzniku nežádoucích událostí, nebo syndromu vyhoření, jež jim ve zdravotnictví může hrozit (Garett, 2008, s. 1192-1198). Norské sestry uvádějí, že je pro ně velmi důležitá interakce mezi platem, který dostávají, a nezávislostí, jež jim ve zdravotnictví poskytována (Biork et al., 2007, s. 747–757). U australských a britských sester prozatím převládají stížnosti na nevyhovující výši platu a pracovní podmínky ve zdravotnictví. Sestry jsou taktéž nespokojené se svým sociálním statutem. Dalším činitelem, který ovlivňuje spokojenost sester v jejich povolání, je následné vzdělávání a osobnostní rozvoj. Nespokojenost zdravotníků v zaměstnání je mnohdy způsobena stresem, jež pak negativně ovlivňuje vztahy na pracovišti, spolupráci s kolegy, komunikaci a pracovní motivaci (Mwachofi, Walston, Al-Omar, 2011, s. 274-276).

Náročnost práce zdravotnického personálu je rovněž spojena s péčí, jež je v poslední době ve zdravotnictví nabízena. Ve zdravotnických zařízeních vznikl nový trend, který upřednostňuje rychlou výměnu pacientů. Zdravotníci mnohdy ani nemají čas lépe poznat pacienta a zajistit mu tak kvalitní uzdravení celistvé bytosti. Tato péče o akutně nemocné pacienty se může rovněž podepsat na stresujících stavech mnohých zdravotníků. Další zátěží pro většinu všeobecných sester je taktéž zavádění složitějších technologií, které kladou vyšší kognitivní nároky na zdravotníky (Dorrian et al., 2006, s. 1149-1152). Hyrkäs a Parker ve své studii uvádí, že příčina poškození pacienta vzniká především z důvodu tlaku, jež je na zdravotníky kladen, nedostatku času a komunikační bariéry, která panuje mezi zdravotnickým personálem a lékaři. Chyby a selhání jsou výsledkem interakce mezi jedinci, technologií a danou zdravotnickou organizací (Hyrkäs a Parker, 2006, s. 773–775).

2.3 Preventivní opatření proti sororigenii a iatropatogenii jako nežádoucím událostem ve zdravotnictví

Poškození způsobená sororigenii a iatropatogenii mohou ovlivnit daného pacienta na celý život. Proto je nezbytné těmto událostem předcházet jejich zaznamenáváním. Jsou-li chyby řádně nahlášený, může vést jejich analýza k hlubšímu porozumění a mohou být podstoupeny potřebné kroky k tomu, aby se již podobné události neopakovaly. Studie provedené v pěti nemocnicích v Rijádu a Saudské Arábii prokázaly, že hlášení chyb je vnímáno jako důležitý faktor kvalitního ošetřovatelství. Ukazuje se, že většina všeobecných sester je ochotna nahlásit chybu jakékoliv úrovně (Mwachofi, Walston, Al-Omar, 2011, s. 276). Hlášení nežádoucích událostí prozatím není jednotné, a proto každé zdravotnické zařízení sleduje jiné události, jako jsou např. nově vzniklé dekubity, pády pacientů, infekce a další. Rozsah hlášených chyb a jejich dopad na veřejnost je v posledních deseti letech alarmující (Leape et al., 2009, s. 424–426). Světová zdravotnická organizace se snaží do zdravotnických zařízení zavádět standardy, které by měly napomoci bezpečnější péči o pacienta. V kanadských nemocnicích byly tyto standardy zavedeny s následnou akreditací nemocnic. Spolu s těmito standardy byly vytvořeny také systémy pro hlášení nežádoucích událostí a příhod, jimž bylo zabráněno. Vedení zdravotnických institutů žádá po zaměstnancích, kteří se dopustili chyb, aby je zaznamenali do systému (Jeffs, Law, Baker, 2007, s. 16-27). Cílem tohoto systému není trestání, nýbrž snaha ponaučit se z nehod či událostí, kterým se předešlo, poskytnutí odměny za informace, ochota porozumět dané situaci a následné vzdělávání zdravotnických osob. Z výsledků studie vyplynulo, že zdravotníci pracující dle zvyklostí nemocnice se cítí bezpečněji a snaží se z nežádoucích událostí poučit (Jeffs, Law, Baker, 2007, s. 16-27). Přesto v mnohých zdravotnických zařízeních často hlášení nepříznivých událostí zabraňují obavy zaměstnanců z následné reakce zaměstnavatele a kolegů a především strach z trestu (Chiang, Pepper, 2006, s. 392–399), neboť nejeden model zdravotní péče je i v současné době naprogramován tak, aby byli daní jedinci za své chyby potrestáni (Kerfoot, 2008, s. 280). Často proto poškození či smrt pacienta zůstávají utajeny (Richman et al., 2009, s. 1148–1149).

Studie provedená PatientSafety and QualityImprovement uvádí, že kritické oblasti ve kterých zdravotnický personál nejčastěji chybuje, by měly být řádně označeny a měla by být provedena následná náprava. Tento problém by mohl být vyřešen zavedením informačního systému CIRS (Critical Incidence Reporting System). Jmenovaný systém je anonymní a je chráněn před soudním postihem (Chiang, Pepper, 2006, s. 392–399).

Hwang, Lee a Park uvádějí, že Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS) by po vylepšení a upřesnění mohla v budoucnosti sloužit jako užitečný model pro klasifikaci nežádoucích událostí (Hwang, Lee a Park, 2013, s. 300). Cílem ICPS klasifikace je jasně definovat nebezpečí, společné zdroje rizik a strategie vedoucí k větší bezpečnosti pacientů a následně pak klasifikaci zavádět na pracoviště po celém světě (Donaldson, 2009, s. 56) za účelem poučení se z událostí, ke kterým došlo na jiných pracovištích a jejich následná prevence (Hwang, Lee a Park, 2013, s. 300-301). Donaldson se domnívá, že účastníci podílející se na vytvoření ICPS systému opomenuli fakt, že termíny, jež mohou být pro některé jednoznačné, mohou být pro jiné matoucí či odlišné. Tato skutečnost by mohla zapříčinit problémy, a proto by měla Světová aliance pro bezpečnost pacientů nejprve přesně definovat a vymežit termíny na pevných teoretických a analytických základech (Donaldson, 2009, s. 56). Z důvodů vysokého výskytu nežádoucích událostí je důležitý sběr dat a jejich analýza, na jejímž základě je vypracována strategie vedoucí k zajištění bezpečné péče o pacienty (Hwang, Lee a Park, 2013, s. 300–301). Téma bezpečnosti pacientů je zcela nová a neustále se vyvíjející, proto by ICPS klasifikace měla v budoucnosti tvořit pevné základy pro bezpečnější péči na celém světě (Donaldson, 2009, s. 56). Britský zdravotní systém National Health Service a britské ministerstvo zdravotnictví pozorují postupný přesun stížností na zdravotní péči z USA do Evropy. (Kuklík, 2006, s. 12-15). V členských státech Evropské unie dochází k poškození 8-12 % hospitalizovaných či ambulantně ošetřených pacientů. S tím úzce souvisí i nárůst finančních výdajů zdravotnických zařízení. Ministerstvo zdravotnictví ČR vytvořilo Klasifikaci nežádoucích událostí, jejichž data jsou předávána do Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Toto členění ustanovené WHO bylo vytvořeno dle Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů (ICPS). Klasifikace je vystavěna na víceosém konceptu, který se skládá z hlavní kategorie, do níž patří: potíže v oblasti administrativy, nozokomiální infekce, problémy při podávání léčiv či transfuze, pády a další. Hlavní kategorie je dále pro přesnější specifikaci rozčleněna dle daného problému na vedlejší podkategorie, jimiž jsou pohlaví (žena, muž, neznámé) a druh poškození (bez poškození, materiální poškození, psychologické poškození, fyzické poškození a neznámý druh poškození), které je dále hodnoceno dle závažnosti 0 až 3 body. Za nejvyšší stupeň se považuje fyzické poškození pacienta. Klasifikace je neustále doplňována či upřesňována Světovou zdravotnickou organizací a poskytovateli zdravotních služeb, které jsou do tohoto systému zapojeny (Věstník MZ ČR, s. 20-28).

Systémy pro hlášení nežádoucích událostí by měly být vystavěny na základech etických principů, které tvoří pilíře systému a zdravotníci by si z nich měli brát ponaučení. K těmto pilířům patří: dobročinnost (beneficence), non-maleficence (neškodit), transparentnost, odpovědnost, rychlost reakcí, respektování důstojnosti, autonomie, soukromí, integrita a odpovědnost (Larizgoitia, Bouesseau, a Kelley, 2013, s. 172). Na tyto principy však mnoho zdravotníků v praxi zapomíná. Negativní působení zdravotnického či lékařského personálu na pacienta není v rozporu jen s etickými zásadami, nýbrž i s právními povinnostmi zdravotnického personálu. Každý člověk bez rozdílu věku, pohlaví či rasy má právo na zachování důstojnosti, cti a osobní integrity (Ptáček et al., 2011, s. 473). Velké množství lékařů i zdravotnického personálu si stále neuvědomuje, že pacient i rodina hrají v péči o sebe sama důležitou roli. A to především v oblasti rozhodování. Zapojení pacientů a rodiny do péče je velmi důležité. Nemocný by měl mít možnost prodiskutovat svůj zdravotní stav a další postupy se svým ošetřujícím lékařem a může tak dát najevo svůj názor na daný postup léčby (Leape et al., 2009, s. 424–426). Bohužel ne ve všech státech je tento přístup možný. Tak vzniká značné množství nedorozumění, která mohou vyústit až v konflikt a následný spor řešený v soudním řízení (Škrla a Škrlová, 2008, s. 32–38). Dle výzkumu provedeného v USA, se nejčastěji před soudem vyskytují nežádoucí události v oborech gynekologie a chirurgie. Lékařky jsou žalovány méně než lékaři a častěji pro vážnější zranění než pro drobná poranění. Do soudního sporu se nejčastěji dostává lékařský personál v období své vrcholové kariéry (Richman et al., 2009, s. 1150–1151). V důsledku nežádoucích událostí jsou zaměstnavatelé nuceni řešit střety mezi personálem a pacienty. K nejčastějším sporům vedeným proti sestřím, patří především verbální poškození nemocného. Pacient obviňuje sestru z nevhodného a nepřijemného chování či vulgárního vystupování. Mnohdy k těmto konfliktům dochází bez třetí osoby a vzniká tzv. tvrzení proti tvrzení. Aby se konflikt vyřešil, musí zaměstnavatelé řádně zvážit všechny okolnosti, které k danému střetu přispěly. Důležité je zohlednit aktuální pracovní vytížení sestry, požadavky pacienta a jeho psychický stav. Často se tak ale neděje (Vondráček a Dvořáková, 2008, s. 168). Manažeři nemocnic si často neuvědomují, že i zdravotník je jen lidská bytost, jež se může zmýlit či může pochybit (Larizgoitia, Bouesseau, a Kelley, 2013, s. 172). Zaměstnavatelé mnohokrát řeší stížnosti s tím, že sestra musí zvládnout jakoukoliv situaci. Neuvědomují si však, že nejen pacienti, ale i zdravotníci mají povinnosti, ale také práva a svoji lidskou důstojnost. Nespravedlivé vyřešení konfliktu vůči sestře často vede k úzkosti a následnému syndromu vyhoření, a to nejen u dané sestry, které se tento spor týká (Vondráček a Dvořáková, 2008, s. 168).

Na kritickou úroveň kvality zdravotní péče, která má negativní dopad na zdraví pacientů, se pohlíží v každém zdravotnickém zařízení na světě jinak. Zavedení preventivních opatření je velmi důležité, neboť mohou napomoci ke kvalitnější péči o pacienty (Berntsen, 2004, s. 177–179). Richman et al. dále řadí k prostředkům vedoucím ke zvýšení kvality služeb: profesionální zveřejnění, omluvu, soudní spor a kompenzaci.

2.4 Shrnutí teoretických východisek a jejich význam

Z dohledaných validních zdrojů a publikací lze soudit, že sororigenií a iatropatogenií jako nežádoucích událostí ve zdravotnictví se nezabývá pouze Světová zdravotnická organizace, ale rovněž jiné instituty, které se snaží danou terminologií ujasnit, neboť kvalitní péče o pacienty je považována za prioritu světového zdravotnictví.

Nežádoucí události vymezuje většina autorů jako odchylku od běžně prováděné péče, která způsobuje poranění či smrt pacienta, personálu nebo narušení provozu. Řada autorů shodně udává, že k nejčastějším nežádoucím událostem patří chyby spojené s podáváním léčiv. Někteří autoři zařazují k nejhojnějším nežádoucím událostem komplikace spojené s infekcemi a chirurgickými zákroky. Mnoho nežádoucích událostí spatřují autoři dle publikací ve vzniku dekubitů. Řada autorů zdůrazňuje problematiku v oblasti pádů pacientů, omylech v diagnostice či stížnostech na chování a vystupování zdravotnického personálu. Pouze dva autoři v dohledaných publikacích vymezují pojem sororigenie, jenž definují shodně. Na termínu iatropatogenie, neboli poškození pacienta lékařem zaujímá více autorů obdobný názor. Vyskytují se však autoři, kteří tento termín doplňují o další specifikace, jako jsou poškození, zapříčiněná nejen lékařským, ale také ostatním zdravotnickým personálem, slovem, činem a zdravotnickým prostředím, ve kterém je pacient hospitalizován. Jiní autoři uvádějí, že na iatropatogenii má vliv také součinnost tří činitelů. Iatropatogenie je dle dohledaných validních zdrojů dělena do více oblastí. Toto dělení se však u různých autorů liší. Ojedinelé jsou pojmy egrotogenie a iatraliptagenie, které definují pouze dva autoři.

Za příčiny sororigenie, iatropatogenie a nežádoucích událostí shodně řada autorů považuje: nedostatek zdravotnických pracovníků na celém světě a s tím spojené jejich přetížení. Hlavní příčinou nežádoucích událostí vzniklých při poskytování zdravotní péče je podle některých autorů nedostatečně načerpaná energie z důvodu zkrácené doby spánku a kvůli stresu, který zdravotníci v zaměstnání každodenně prožívají. Mnozí autoři často

uvádějí jako další faktor, který má vliv na kvalitu péče emocionální vyrovnanost personálu. Autoři upozorňují na skutečnost, že i nedostatek technického vybavení a materiálu či náročnost technického vybavení může ovlivnit kvalitu péče, jež je pacientům poskytována. Výška platu, postavení zdravotníků ve společnosti a další vzdělávání jsou rovněž považovány za velmi podstatné faktory.

Snaha sjednotit celosvětové hlášení chyb je prozatím neuskutečněná. Mnozí autoři spatřují nápravu v zavedení systému CIRS (Critical Incidence Reporting Systém). Jiní se však domnívají, že preventivním opatřením by mohla napomoci ICPS klasifikace či zavedení standardů do zdravotnických zařízení a následné provádění kontroly prostřednictvím auditů.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila kvůli celosvětové problematice poškozování pacientů ve zdravotnické péči, jež mě velmi přitahuje. Nejednotnost pojmů s sebou přináší značné problémy, které by se daly vyřešit přesným definováním nejen terminologie nežádoucích událostí, sororigenie a iatropatogenie, ale také systémem, který by přesně vymezoval, co do nežádoucích událostí patří a co již ne. V průběhu vypracování této bakalářské práce jsem zjišťovala, že terminologie nežádoucích událostí, sororigenie a iatropatogenie není dodnes zcela jednotná. Proto bych chtěla nahlédnout do dané oblasti a snažit se uspořádat terminologii definic, příčin a preventivních opatření ve světovém i českém zdravotnictví.

Závěr

Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo poskytnout výklad pojmů sororigenie, iatropatogenie a nejčastěji se vyskytujících nežádoucích událostí ve zdravotnictví spojených s lidským pochybením. První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o nejčastějších příčinách sororigenie, iatropatogenie a nežádoucích událostí ve zdravotnictví, které vedou k poškození pacienta v důsledku lidského pochybení. Druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o preventivních opatřeních sororigenie a iatropatogenie jako nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Třetí cíl bakalářské práce byl splněn.

V bakalářské práci jsem se snažila shrnout terminologii související se sororigenií, iatropatogenií a nežádoucími událostmi ve světovém i českém zdravotnictví. Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro vytvoření výzkumu např. v diplomové práci či jako součást standardů ve zdravotnickém zařízení. Výzkumným šetřením by mohlo být objasněno množství případů sororigenie, iatropatogenie a nežádoucích událostí. Přehledová bakalářská práce by se dala využít nejen jako výukový materiál v psychologických oborech, ale rovněž by mohla být zveřejněna v odborných časopisech, jako jsou Florence a další. Na základě této práce by mohl být zvýšen zájem zdravotnického a pedagogického personálu o danou oblast a tím také o lepší prevenci a zabránění těmto poškozením.

Referenční seznam

ALLIANZ. 2007. *Krank im Krankenhaus Resistente Erreger – Eine schleichende Gefahr für Mensch und Gesundheits systeme* [online]. München. [cit. 2014-09-12]. Dostupné z: http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/krank_im_krankenhaus2007.pdf

BERNER, Eta S. a GRABER Mark L. 2008. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *The American Journal of Medicine* [online]. **121**(5), 22-23 [cit. 2014-07-06]. ISSN:0002-9343. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18440350>

BERNTSEN, Karin, Janine. 2004. Valuable Lessons in Patient Safety: Reporting Near Misses in Healthcare. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. **19**(3), 177-179 [cit. 2014-11-19]. ISSN 1057-3631. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Valuable+Lessons+in+Patient+Safety%3A+Reporting+Near+Misses+in+Healthcare>

BIORK, Ida Torunn et al. 2007. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **44**(5), 747-757 [cit. 2014-07-27]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Job+satisfaction+in+a+Norwegian+population+of+nurses%3A+a+questionnaire+survey>

BOUČEK, Jaroslav et al. 2006. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 141 s. Skripta. ISBN 80-244-1501-1.

COSTA, Jaquiline Barreto et al. 2011. Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Saludmental* [online]. **34**(2), 129-138 [cit. 2014-09-22.]. ISSN 0185-3325. Dostupné z: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200006&script=sci_arttext

DE FREITAS, Genival Fernandes et al. 2011. Brazilian registered nurses perceptions and attitudes towards aversive events in nursing care: a phenomenological study. *Journal of Nursing Management* [online]. **19**(3), 331-338 [cit. 2014-08-20]. ISSN 1365-2834. Dostupné z:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21507103>

DONALDSON, Si Liam. 2009. An international language for patient safety Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. **21**(1), 1 [cit. 2014-10-29]. ISSN 1464-3677. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638756/>

DORRIAN, Jillian et al. 2006. A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and workhours. *Chronobiology International* [online]. **23**(6), 1149-1163 [cit. 2014-08-20]. ISSN 0742-0528. Dostupné z:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=17190702>

EL-JARDALI, Fadi. 2014. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, komparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services* [online]. **14**(1), 1-15 [cit. 2014-11-19]. DOI: 10.1186/1472-6963-14-122. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/>

FEIJTER, Jeantine M. et al. 2012. A Comprehensive Overview of Medical Error in Hospitals Using Incident-Reporting Systems, Patient Complaints and Chart Review of Inpatient Deaths. *Journal pone* [online]. **7**(2), 1-7 [cit. 2014-12-11]. doi:10.1371. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281055/>

GARRETT, Connie. 2008. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN Journal* [online]. **87**(6), 1191-1204 [cit. 2014-08-21]. ISSN 0001-2092.

Dostupné z:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=18549833>

HWANG, Jee-In, LEE, Sang-Il a PARK, 2013. Hyeoun-Ae. Patient safety incident-reporting čems in Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. **25**(3), 300-307 [cit. 2014-10-29]. ISSN 1464-3677. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537917>

HYRKÄS, Kritiina a PARKER Sheila. 2006. Safety in health care today: more than just freedom from errors and accidents? *Blackwell Scientific Publications* [online]. **56**(3), 220-222 [cit. 2014-09-22]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17042801>

CHIANG, Hui-Ying a PEPPER, Ginette A.Barriersto. 2006. Nurses'reporting of medication administrativ errors inTaiwan. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. **38**(4), 392-399 [cit. 2015-01-10]. ISSN 1528-3968. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17181090>

JEFFS, Lianne, LAW, Madelyn a BAKER, Ross. 2007. Creating reporting and leasing cultures in health-care organizations. *Canadian Nurse* [online]. **103**(3), 16-17, 27-28 [cit. 2014-08-20]. ISSN 0008-4581. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=17410924>

KERFOOT, Karlene M. 2008. Fromblaming to proactively changing the future: the leader's safety challenge. *Nursing economics* [online]. **26**(4), 280-281 [cit. 2014-09-04]. ISSN 0746-1739. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=18777980>

KOCH, Klaus et al. 2007. PrimärärztlicheVersorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Deutsches Ärzteblatt* [online]. **104**(38), A-2584 / B-2282 / C-2214 [cit. 2014-09-12]. ISSN 0012–1207. Dostupné z: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56988/Primaeraerztliche-Versorgung-in-Deutschland-im-internationalen-Vergleich-Ergebnisse-einer-strukturvalidierten-Aerztebefragung>

KUKLÍK, Rostislav. 2006. Iatropatogeneze neboli poškození způsobené lékařem. *Zdravotnické noviny* [online]. **55**(24), 12-15 [cit. 2014-08-20]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/iatropatogeneze-neboli-poskozeni-zpusobene-lekarem-173447>

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

LARIZGOITIA, Itziar, BOUESSEAU, Marie-Charlotte a KELLEY, Edward. 2013. WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *Journal of Public Health Research* [online]. **2**(3), 168-174 [cit. 2014-10-26]. ISSN 2279-9028. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=WHO+Efforts+to+Promote+Reporting+of+Adverse+Events+and+GlobalLearning>

LEAPE, Lucian L. et al. 2009. Transforming health care: a safety imperative. *Quality & Safety in Healthcare* [online]. **18**(6), 424-428 [cit. 2014-08-03]. ISSN 1475-3898. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19955451>

MADEIRA, Sofia et al. 2007. The diseases we cause: Iatrogenic illness in a department of internal medicine. *European Journal of Internal Medicine* [online]. **18**(5), 391-399 [cit. 2014-09-22]. ISSN 0953-6205. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/734212944/12E005C62E8149E6PQ/2?accountid=16730>

MAREŠ, Jiří et al. 2002. *Iatropatogenie a sororigenie, aneb, Jak lze poškodovat člověka*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského. 59 s. ISBN 80-86723-00-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Klasifikace nežádoucích událostí. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. 2012. Částka 8, s. 27-39. ISSN 1211-0868. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html

MWACHOFI, Ari, WALSTON, Stephen L. a AL-OLMAR, Badran A. 2011. Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance* [online]. **24**(4), 274-283 [cit. 2014-08-20]. ISSN 0952-6862. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21938973>

PARKER, Joanna. 2009. Keep an eye out for trouble. *Nursing Management* [online]. **16**(2), 24-28 [cit. 2014-08-20]. ISSN 1354-5760. Dostupné z:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=19485006>

PLEVOVÁ, Ilona, DOLANOVÁ, Dana a ADAMICOVÁ, Katarína. 2013. Týmová spolupráce v procesu analýzy medikačního pochybení. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. **6**(1), 6-9 [cit. 2015-01-23]. ISSN 1337-6896. Dostupné z:

[http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=573&article_id=9279&highlight\[0\]=tymova&highlight\[1\]=t%C3%BDmov%C3%A1&highlight\[2\]=spoluprace&highlight\[3\]=spolupr%C3%A1ce&highlight\[4\]=v&highlight\[5\]=prprocesu&highlight\[6\]=analyzy&highlight\[7\]=anal%C3%BDzy&highlight\[8\]=medikacniho&highlight\[9\]=medika%C4%8Dn%C3%ADho&highlight\[10\]=pochybeni&highlight\[11\]=pochyben%C3%AD](http://www.solen.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=573&article_id=9279&highlight[0]=tymova&highlight[1]=t%C3%BDmov%C3%A1&highlight[2]=spoluprace&highlight[3]=spolupr%C3%A1ce&highlight[4]=v&highlight[5]=prprocesu&highlight[6]=analyzy&highlight[7]=anal%C3%BDzy&highlight[8]=medikacniho&highlight[9]=medika%C4%8Dn%C3%ADho&highlight[10]=pochybeni&highlight[11]=pochyben%C3%AD)

PODSTATOVÁ, Renata et al. 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

PTÁČEK, Radek et al., 2011. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAMANATHAN, Rajesh et al. 2013. Validity of Agency for Health care Research and Quality Patient Safety Indicators at an academic medical center. *Journal Article* [online]. **79**(6), 578-582 [cit. 2014-10-29]. ISSN 1555-9823. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23711266>

RICHMAN, Joel et al. 2009. Social aspects of clinical errors. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **46**(8), 1148-1155 [cit. 2014-09-22]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=5329df4d-c041-4ed2-ac82-8c5ac50c98f7%40sessionmgr113&hid=102&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=42965842>

STEFANO, Judith M. 2010 Stress and Patient Safety. *Journal of Nursing* [online]. **1**(3-4), 121-125 [cit. 2015-01-23]. ISSN 1804-7181. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/clanky/3-4~2010/16-stress-and-patient-safety>

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠTĚPÁNEK, Jan. 2010. Poškození nemocných v nemocnicích. *Časopis lékařů českých* [online]. **149**(9), 438-439 [cit. 2014-08-20]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/poskozeni-nemocnych-v-nemocnicich-32508>

TANG, Fu-In et al. 2007. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **16**(3), 447-457 [cit. 2014-09-22]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335520>

TENG, Ching – I, CHANG, Shin-Shin a HSU, Kuang-Hung. 2009. Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **65**(10), 2088-2096 [cit. 2014-08-20]. ISSN 0309–2402. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=19674173>

VELO, Giampaolo P. a MINUZ, Pietro. 2009. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. **67**(6), 624-628 [cit. 2014-09-22]. ISSN 1365-2125. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723200/>

VONDRÁČEK, Lubomír a DVOŘÁKOVÁ, Vladimíra. 2008. Stížnosti v ošetrovatelské péči. *Florence*. **4**(4), 168. ISSN: 1801-464X.

VONDRÁČEK, Lubomír a VONDRÁČEK, Jan. 2006. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.

WAKEFIELD, Ann et al. 2005. Patient safety: do nursing and medici curricula address this theme? *Nurse Education Today* [online]. **25**(4), 333-340 [cit. 2014-07-10]. ISSN 0260-6917. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15896418>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012. *Facts and figures* [online]. [cit. 2015-01-07].
Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005. *WHO draft guidelines for adverse event reporting and leasing systems* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.