

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2024**

**Adéla Bartošová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

**Adéla Bartošová**

**PŘEKÁŽKY V ZAPOJENÍ PACIENTA DO BEZPEČNÉ  
ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Bartošová Adéla

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Překážky v zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: překážky, zapojení pacienta, účast pacienta, bezpečnost pacienta, zdravotní péče

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce byla sepsána jako přehledové review na téma Překážky v zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče. Práce nastiňuje všeobecný význam zapojení pacientů a poskytování zdravotní péče s ohledem na bezpečnost pacienta. V hlavní části práce jsou představeny možné překážky neboli faktory, které mohou mít negativní vliv na zapojení pacientů do jejich vlastní bezpečné péče. Analýza a sumarizace nejaktuálnějších poznatků k tématu práce odhaluje mnohovrstevnatou povahu překážek, které mohou být potencionální hrozbou pro úspěšné zapojení pacienta a které mohou snižovat poskytování bezpečné zdravotní péče.

## **Abstract**

Surname and name: Bartošová Adéla

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Barriers to patient involvement in safe health care

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 44

Keywords: barriers, patient involvement, patient participation, patient safety, health care

### Summary:

This bachelor's thesis was written as an overview review on the topic of Barriers to patient involvement in safe health care. This thesis outlines the general importance of patient involvement and healthcare delivery with regard to patient safety. The main part of the thesis presents possible barriers or factors that may have a negative impact on patients' involvement in their own safe care. The analysis and synthesis of the most recent evidence on the topic of this thesis reveals the multi-layered nature of the barriers that can be a potential threat to successful patient engagement and that may reduce the delivery of safe healthcare.

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a podkladů. Také bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým přátelům za jejich podporu po celou dobu mého studia.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	9
SEZNAM TABULEK .....	10
SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	12
1 FORMULACE PROBLÉMU .....	18
2 CÍL PRÁCE .....	19
2.1 Výzkumná otázka .....	19
2.2 Operacionalizace pojmů .....	19
3 METODIKA .....	20
3.1 Postup rešeršní strategie .....	20
3.1.1 Klíčová slova .....	22
3.1.2 Časové období .....	22
3.1.3 Informační zdroje a databáze.....	22
3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů .....	22
3.2.1 Hodnocení kvality studií.....	22
3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria .....	22
3.3 Review/Přehledový text.....	23
3.3.1 Vyhodnocení získaných dat.....	23
4 VÝSLEDKY .....	33
4.1 Překážky související s pacienty .....	33
4.1.1 Sociodemografické a kulturní charakteristiky.....	33
4.1.2 Zdravotní gramotnost a informovanost .....	34
4.1.3 Zdravotní stav a individuální faktory .....	35
4.1.4 Postoj pacienta a časová investice .....	36
4.2 Překážky související se zdravotnickým personálem .....	37
4.2.1 Neochota a negativní postoje.....	37
4.2.2 Pracovní zátěž, časový tlak a emocionální stres.....	39
4.2.3 Neefektivní komunikace.....	40
4.2.4 Omezené znalosti a neefektivní vzdělávání.....	41
4.3 Překážky související s infrastrukturou.....	42
4.3.1 Multiprofesní a týmová spolupráce .....	42
4.3.2 Pracovní prostředí.....	42
4.3.3 Organizační a technologické faktory .....	43
4.3.4 Finanční omezení.....	44
5 DISKUZE .....	50

LIMITY VÝZKUMU/PRÁCE.....	56
DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM .....	57
DOPORUČENÍ PRO PRAXI/VÝSTUP Z PRÁCE.....	58
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM LITERATURY.....	61



## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1, Vývojový diagram PRISMA.....	21
---	----

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1, Seznam užitých studií.....	24
Tabulka 2, Přehled překážek .....	46

## **SEZNAM ZKRATEK**

PPI..... Patient and Public Involvement

WHO..... World Health Organization

## ÚVOD

Pojem zapojení pacienta je mezi odborníky používán stále častěji, a proto je třeba lépe objasnit jeho význam. Podle Higgins et al. (2017) je zapojení pacientů chápáno jako možnost jednotlivce vybrat si a aktivně se podílet na vlastní péči v rámci procesu spolupráce mezi pacienty, odborníky a zdravotnickými zařízeními, jehož cílem je zlepšit zkušenosti se zdravotní péčí.

Cahill (1998) popisuje zapojení pacienta jako situaci, kdy je pacient zapojen do záležitostí jako je rozhodování, samoléčba, sebekontrola, vzdělávání pacienta, stanovení cílů a účast na fyzické péči.

Pomey et al. (2018) uvádějí, že zapojení pacientů je založeno na spolupráci a partnerství mezi pacienty, zdravotními pracovníky, odborníky, výzkumníky a zdravotními manažery. Autoři také vysvětlují, že pacienti, kteří se zapojují a mají zájem o bezpečnou zdravotní péči, působí jako konzultanti pro zlepšení zdraví a podílejí se na tvorbě veřejných politik. Prior a Campbell (2018) uvádějí, že díky zapojení pacientů je možno navrhovat procesy, které odpovídají jejich potřebám, a tím dosahovat lepších zdravotních výsledků.

Stále více literatury naznačuje, že je nejen možné zapojit pacienty do poskytování nebo re-designu zdravotní péče, ale že takové zapojení může vést ke snížení počtu hospitalizací, zvýšení kvality, efektivity a odpovědnosti zdravotních služeb a ke zlepšení kvality života pacientů. (Bombard et al., 2018).

Zapojení pacientů přináší zvýšené povědomí o nežádoucích událostech a posílení postavení pacientů. V případě některých nežádoucích událostí jsou pacienti prvním článkem v řetězci hlášení. Předpoklad je takový, že možnost prevence incidentů je hlavní motivací pro zapojení do iniciativ týkajících se bezpečnosti pacientů (Vaismoradi et al., 2015).

Sharma A.E. et al. (2018) ve své studii zmiňují příklady zapojení pacientů do bezpečnosti jejich vlastní péče. Ty zahrnují sledování a samostatné podávání léků, upozorňování ošetřovatelských týmů na znepokojivé příznaky a hlášení nežádoucích příhod. Pacienti a jejich pečovatelé mohou při přechodu z nemocniční péče do domácího prostředí identifikovat možná narušení a upozornit poskytovatele péče na události vedoucí k poškození, kterému

Lze předejít a které by jinak zůstalo nerozpoznáno. Pacienti a pečovatelé se také mohou účastnit bezpečnostních iniciativ nebo poradních sborů jako prostředku zapojení na úrovni zdravotnické organizace.

Podle Vaismoradi et al. (2015) je zapojení pacientů do plánování zdravotní péče, rozvoje služeb a výzkumu v mnoha zemích klíčovou součástí politiky. Světová zdravotnická organizace (2021) v globálním akčním plánu pro bezpečnost pacientů na období 2021-2030 zdůraznila význam zapojení pacientů a konstatuje, že *„zapojení a posílení postavení pacientů je pravděpodobně nejmocnějším nástrojem ke zlepšení bezpečnosti pacientů“*.

Světová zdravotnická organizace (WHO) označila zapojení pacientů, rodin a komunity za jednu ze šesti základních priorit v oblasti bezpečnosti pacientů a nadále zůstává jednou z hlavních priorit iniciativ WHO v oblasti bezpečnosti pacientů (WHO, 2019).

Ve Švédsku zaujala organizace s názvem The Swedish Association of Local Authorities and Region mnohostranný přístup k bezpečnosti pacientů tím, že podporuje různé iniciativy, které se zabývají zvyšováním bezpečnosti pacientů (Ridelberg et al., 2014).

V Národním programu bezpečnosti pacientů v Brazílii je zapojení pacientů považováno za jednu z nejsložitějších os, protože zahrnuje změnu kultury nejen odborníků, ale i uživatelů zdravotních služeb. Některá zdravotnická zařízení v Brazílii již realizují iniciativy zaměřené na humanizovanou péči, vzdělávací akce a na změnu organizační kultury zaměřenou na uživatele (Zdanski de Souza et al., 2022).

Ve Spojených státech je péče zaměřená na pacienta v zásadní zprávě Institute of Medicine označena za jeden ze šesti hlavních cílů pro zdravotnictví a nové iniciativy. V Anglii je podle operačního rámce zkušenost každého pacienta popsána jako konečný arbitr všeho, co se děje ve zdravotnictví.

V Kanadě byla péče zaměřená na pacienta přijata jako základ a hlavní cíl zdravotnického systému a řada organizací se zavázala k péči zaměřené na pacienta a jeho rodinu jako ke klíčové součásti svého poslání a strategického plánu. Péče zaměřená na pacienta se stala běžným popisem programů a služeb nabízených v rámci Evropské unie, ale i navzdory těmto cílům se mnoho zdravotnických organizací potýká s problémy zlepšování výsledků v oblasti zkušeností pacientů (Baker, 2014).

Dle Národní nadace pro bezpečnost pacientů (The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute, 2015) existují snahy o zlepšení transparentnosti v oblasti bezpečnosti pacientů mezi lékaři, pacienty, zdravotnickými organizacemi a veřejností. Vyvinuté standardizované metody byly ale velmi široce přijaty a jejich uplatňování nevedlo ke snížení počtu chyb, a to možná proto, že tyto metody byly úzce zaměřené. Velmi často se totiž nesprávně předpokládá, že nežádoucí události jsou způsobeny snadno identifikovatelnými příčinami, a nikoliv komplexní interakcí různých faktorů (Peerally et al., 2017). Dle Trbovich et al. (2017) se navrhuje, že k provedení skutečné změny je třeba vyvinout nové přístupy, které budou zahrnovat celé pracovní prostředí.

Sacristán et al. (2016) říkají, že jedním ze způsobů, jak zlepšit účinnost šetření bezpečnosti pacientů, by mohlo být zahrnutí pohledu pacienta pod heslem „Nic o mě beze mě“. Studie Khanna et al. (2016) zdůrazňuje, že pacienti mají ústřední roli v procesu poskytování zdravotní péče a je zřejmé, že některé věci znají nejlépe. Nicméně v některých případech, zejména u dětských pacientů nebo u pacientů s kognitivními poruchami, však mohou mít rodinní pečovatelé větší přehled o možných příčinách nežádoucích událostí než samotní pacienti. V literárním přehledu od autorky Ocloo et al. (2021) několik studií ukazuje, že pacienti či jejich rodinní příslušníci mají schopnost správně rozpoznat a nahlásit případné nežádoucí události, ať už během hospitalizace nebo po ní, a tím identifikovat nebezpečné stavy. Tato perspektiva pacientů a jejich rodinných příslušníků je proto velmi důležitá pro zlepšení kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacientů a její zahrnutí do procesu poskytování péče může vést k lepším výsledkům a prevenci možných komplikací.

V závislosti na schopnostech pacientů a existujících zákonů a pravidel existuje několik způsobů, jak mohou pacienti nebo jejich pečovatelé poskytnout svůj individuální pohled na událost. To může probíhat například prostřednictvím schůzek určených k diskusi o události a plánování opatření nebo skrze individuální rozhovory. V případě, že pacienti nebo jejich pečovatelé nejsou schopni nebo ochotni se účastnit vyšetřování incidentu, mohou být do procesu zapojeny i jiné osoby, jako jsou obhájci pacientů, zástupci poradních skupin pacientů a rodinných příslušníků organizace, nebo „pacienti v zastoupení“, kteří zažili podobný incident. Je důležité zajistit, aby tento proces reflektoval individuální potřeby a schopnosti pacientů a zajistil, že jejich hlas bude slyšen při vyšetřování událostí a plánování opatření pro zlepšení bezpečnosti a kvality péče (Ocloo et al., 2021).

Podle studií již byly vyvinuty rámce zapojení pacientů, které se posouvají od tradičního pohledu pacienta jako na pasivního příjemce služby k integrálnímu členu týmu, který nově navrhuje zdravotní péči. Například jeden z rámců vyvinutý Bateem a Robertem (2006) popisuje kontinuum zapojení pacienta, které sahá od stížností, poskytování informací, naslouchání a konzultací až po spoluovlivňování služeb na základě zkušeností. Zapojení pacientů na nízké úrovni, jako jsou konzultace, zahrnuje převážně jednosměrnou zpětnou vazbu, zatímco zapojení pacientů na vysoké úrovni, jako je spoludesign, představuje partnerství při navrhování nebo hodnocení služeb. Novější rámec vypracovaný Carman et al. (2013) popisuje různé úrovně zapojení pacientů a rodin do zdravotnictví a zdravotní péče od konzultací nebo zapojení přes partnerství a sdílené vedení v různých činnostech včetně přímé péče, organizačního uspořádání a řízení až po tvorbu politiky. Studie Bombard et al. (2018) informuje o faktu, že někteří odborníci vyzývají vlády a zdravotnická zařízení k důraznějšímu zapojení pacientů a dalších uživatelů služeb, včetně pečovatелů a příbuzných, kdy jsou pacienti aktivně zapojeni jako partneři do organizačního přeprocování a poskytování zdravotní péče.

Bezpečnost pacientů je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2013) „*prevention chyb a nežádoucích událostí spojených s poskytováním zdravotní péče*“. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2019) také uvádí bezpečnost pacientů jako téma, kterému se věnuje pozornost po celém světě, přičemž se odhaduje, že incidenty související s bezpečností pacientů jsou na desátém místě mezi příčinami úmrtí a trvalých poškození.

Studie Morris et al. (2021) definuje bezpečnost pacientů jako „*předcházení, prevence a zmírňování nežádoucích následků nebo poškození vyplývajících ze zdravotní péče*“. Podle Vaismoradi et al. (2015) představuje bezpečnost pacientů a snižování počtu případných chyb společnou odpovědnost všech zdravotnických pracovníků a je důležité zdůraznit, že dosažení těchto cílů závisí na náboru, vzdělání a výkonu celého multidisciplinárního týmu. Tento tým tvořený různými zdravotnickými profesemi a odborníky hraje klíčovou roli v poskytování bezpečné péče a v prevenci chyb. Spolupráce a komunikace mezi členy týmu jsou rovněž nezbytné pro úspěšné dosažení bezpečného prostředí pro pacienty.

Účast pacientů má také značný význam pro ošetrovatelskou péči. Nedostatečné uznání jejího významu je však velkým problémem, který tvoří příčinu neúčasti pacientů. Zapojení pacientů do ošetrovatelské péče je klíčové pro zajištění kvalitní poskytované péče a umožňuje pacientům aktivně spolurozhodovat o svém vlastním zdravotním postavení

(Jiang et al., 2021). Sestry často hrají důležitou roli koordinátorů multidisciplinární péče a podílejí se na mnoha aspektech péče o pacienty. Jejich role usnadňuje systémové myšlení, protože jsou schopny vidět vzájemné vztahy, zákonitosti a základní struktury, které odhalují dynamickou souhru mezi jednotlivými složkami systému (Ridelberg et al., 2014).

Dle studie Fumagalli et al. (2015), která se zabývala posílením postavení pacienta, *„bude nejkvalitnější péče poskytována v případě, že je zajištěna účast pacientů“*. Úloha pacientů se vyvinula z pasivního příjemce na informovaného, zplnomocněného a aktivního účastníka v poskytované péči, včetně rozhodování a vytváření bezpečnostních postupů (Baar a Elwyn, 2016). Podle Mezinárodní asociace pro veřejnou participaci (an International Association for Public Participation) se účast pacientů dělí na pět částí: informování, konzultace, zapojení, spolupráce a zplnomocnění (Tobiano et al., 2015). Zapojení pacientů vyžaduje využití síly, znalostí, odbornosti a schopnosti reagovat na situace týkající se jejich vlastní léčby během poskytované péče (Brotherton et al., 2018). Pokud se zaměříme na zapojení pacienta pouze do ošetrovatelské péče, tak existují čtyři atributy participace. Těmi je efektivní vztah mezi sestrou a pacientem, předání určité části moci nebo kontroly pacientům, vzájemné zapojení do fyzických a intelektuálních činností a v poslední řadě sdílení znalostí a informací (Zimmermann et al., 2014).

Dle studie Vahdat et al. (2014) lze aktivní účasti pacientů dosáhnout zapojením pacientů do fyzických, mentálních a verbálních aktivit týkajících se jejich vlastní péče.

Vzhledem k tomu, že rozhodnutí spojená se zdravotnickými službami ovlivňují životy pacientů, je zásadní, aby měli možnost se aktivně účastnit rozhodování a péče o ně samotné. Tato participace je nejen součástí práv pacientů, ale také v mnoha zdravotnických systémech symbolizuje vstřícnost a spravedlnost. (Vahdat et al., 2014).



## Vstupní studijní literatura:

BUSCH, Isolde Martina; SAXENA, Ankita a WU, Albert W. *Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement*. Online. Journal of Patient Safety. August 2021, vol. 17, no. 5, s. 358–361. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000699>. [citováno 2024-01-20].

CHEGINI, Zahra; ARAB-ZOZANI, Morteza; SHARIFUL ISLAM, Sheik Mohamed; TOBIANO, Georgia a ABBASGHOLIZADEH RAHIMI, Samira. *Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis*. Online. Nursing Forum. October/December 2021, vol. 56, iss. 4, s. 938–949. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/nuf.12635>. [citováno 2024-01-20].

CHEGINI, Zahra; JANATI, Ali; BABAIE, Javad a POURAGHAEI, Mahboub. *Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study*. Online. Nursing Open. January 2020, vol. 7, iss. 1, s. 457–465. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.411>. [citováno 2024-01-20].

OCLOO, Josephine; GARFIELD, Sara; FRANKLIN, Bryony Dean a DAWSON, Shoba. *Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews*. Online. Health Research Policy and Systems. 20 January 2021, vol. 19, article 8. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>. [citováno 2024-01-20].

ZDANSKI DE SOUZA, Andrieli Daiane; HOFFMEISTER, Louise Viécili a SCHEBELLA SOUTO DE MOURA, Gisela Maria. *Facilitators and Barriers of Patient Involvement in Hospital Services: Integrative Review*. Online. Text & Context Nursing. 2022, vol. 31, article e20200395. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395en>. [citováno 2024-01-20].

# 1 FORMULACE PROBLÉMU

Zapojení pacientů se stalo základem kvality zdravotní péče a je často uváděným cílem zdravotnických organizací. Tradičně a nejčastěji se toto zapojení zaměřuje na vztah mezi pacienty a poskytovateli při rozhodování o péči nebo na to, jak zlepšit úsilí pacientů o řízení vlastní péče (Bombard et al., 2018). V průběhu posledních desetiletí výrazně vzrostl význam aktivního zapojení pacientů, pečovatелů a veřejnosti do zdravotní péče, sociální péče a výzkumu. Tento vývoj souvisí s rostoucím uznáním přínosu zapojení pacientů, jejich rodin a veřejnosti jako příspěvku ve výzkumných partnerstvích, v provádění změn v poskytování služeb a ve výsledcích péče o pacienty. Myšlenka partnerské spolupráce s pacienty a veřejností se dostala do popředí také v důsledku závažných klinických a servisních selhání nejen ve Velké Británii (Ocloo et al., 2021). Ale podle Světové zdravotnické organizace (2013) a dalších národních orgánů je podpora zapojení pacientů mezinárodní prioritou.

Zapojení pacientů do zdravotní péče přispívá ke snížení výskytu nežádoucích příhod, snížení nákladů na péči a společnému rozhodování. Tento přístup také pacientům umožňuje aktivně přispívat a vystupovat jako spoluproducenti bezpečné péče. Postavení pacienta do centra zdravotnického procesu a povzbuzování pacienta k účasti na péči, rozhodování, a dokonce i na plánování zlepšení služeb se zdá být cílem, který je často považován za utopický a těžko dosažitelný. Aby bylo možno překonat tuto utopii, je podle autora Zdanski de Souza et al. (2022) důležité znát usnadňující faktory, strategie a překážky zapojení pacientů do klinické praxe zdravotnických organizací.

V naší bakalářské práci jsme se rozhodli zaměřit pouze na překážky zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče jakožto faktorů, které brání pacientům podílet se na zdravotnickém procesu. Identifikace vnímaných překážek může pomoci při vytváření strategií zapojení pacientů v odborné praxi. Porozumění tomuto tématu na základě vědeckých důkazů poukazuje na strategie pro nemocniční služby, což umožňuje přesáhnout teoretické znalosti praxe v oblasti péče prostřednictvím vědeckých poznatků (Zdanski de Souza et al., 2022).

Na základě uvedených skutečností byla stanovena výzkumná otázka:

*Jaké existují překážky, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče?*

## **2 CÍL PRÁCE**

Cílem práce je zmapovat a popsat překážky, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče.

### **2.1 Výzkumná otázka**

Z hlavního cíle kvalifikační práce jsme stanovili výzkumnou otázku, která zní:

Jaké existují překážky, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče?

### **2.2 Operacionalizace pojmů**

Překážka je okolnost náhodná nebo záměrně vytvořená, která někomu nebo něčemu překáží (Slovník spisovného českého jazyka).

Zapojení pacientů je možnost jednotlivce vybrat si a aktivně se podílet na vlastní péči v rámci procesu spolupráce mezi pacienty, odborníky a zdravotnickými zařízeními, jehož cílem je zlepšit zkušenosti se zdravotní péčí (Higgins et al., 2017).

Bezpečná zdravotní péče je taková péče, která se snaží minimalizovat rizika škodlivých událostí pro pacienta a maximalizuje bezpečnost pacientů (WHO, 2013).

## 3 METODIKA

### 3.1 Postup rešeršní strategie

Bakalářská práce byla sepsána jako literární review (literární přehled). Dle Mareše (2013) se literárním přehledem v rámci výzkumného kontextu rozumí shrnutí dosavadních poznatků o vybraném tématu v daném časovém období. Tento přehled vychází z nalezených výzkumných studií na dané téma a provádí analýzu a zobecnění jejich výsledků. Jedná se o termín označující různé typy přehledů literárních zdrojů.

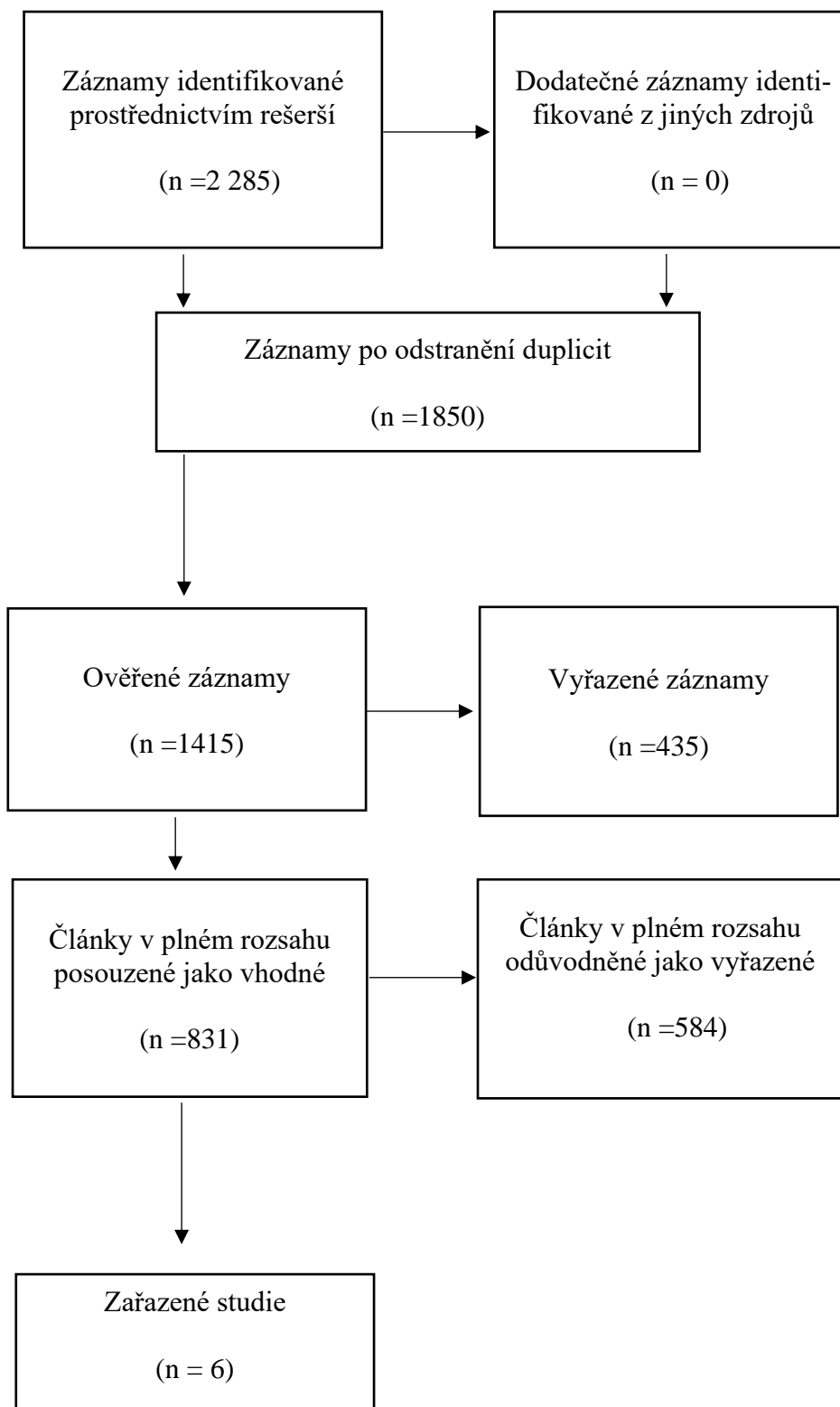
Sackett et al. (1996) definuje praxi založenou na důkazech jako „*svědomité, explicitní a uvážlivé používání nejlepších aktuálních vědeckých důkazů při rozhodování o péči jednotlivých pacientů...*“. K vytvoření klinické otázky jsme využily formát PICO. Tento formát poskytuje efektivní strukturu pro vyhledávání relevantních článků v elektronických databázích, které souvisejí s určenou klinickou otázkou (Melnik et al., 2010). Přesněji jsme použili jeho modifikovanou verzi PICO: P – participant, populace, zúčastněný; I – interence, postup; Co – kontext, souvislost. Jedná se o otázku typu „foreground“, což je specifická výzkumná otázka, na kterou je potřeba nalézt odpověď (Marečková et al., 2015).

Pomocí tohoto modelu naše otázka zní:

*Jaké existují překážky (I), které mohou bránit pacientům (P) v zapojení do bezpečné zdravotní péče (Co)?*

V souvislosti s naší klinickou otázkou jsme stanovili klíčová slova, která byla využita pro vyhledávání validních článků. K úspěšné rešerši článků jsme využili Booleovské operátory, které slouží k určení správných vztahů mezi klíčovými slovy použitých k vyhledávání. Základní Booleovské operátory jsou AND, OR a NOT. Booleovský operátor AND zajistí, že vyhledané články budou obsahovat všechny zadané termíny. Booleovský operátor OR kombinuje vyhledávané termíny a obvykle se umísťuje mezi synonyma stejného významu. A díky booleovskému operátoru NOT je zaručeno, že žádný z vyhledaných výsledků nebude obsahovat daný termín (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Obrázek č. 1 Vývojový diagram PRISMA



Zdroj: vlastní

### **3.1.1 Klíčová slova**

Pro úspěšnou rešerši jsme zvolili klíčová slova: překážky, zapojení pacienta, účast pacienta, bezpečnost pacienta, zdravotní péče.

Key words: barriers, patient involvement, patient participation, patient safety, health care.

### **3.1.2 Časové období**

Ke zpracování bakalářské práce byly využity odborné studie zveřejněné v rozmezí let 2013 až 2023, a to z důvodu zachycení nejaktuálnějších poznatků k tématu práce.

### **3.1.3 Informační zdroje a databáze**

Na základě stanovených klíčových slov jsme provedli rešerši prostřednictvím databází týkajících se zdravotnických oborů, jako je PubMed a CINAHL. Dále jsme čerpali z obecných databází, jako je Scopus a Google Scholar.

## **3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů**

### **3.2.1 Hodnocení kvality studií**

Nezbytným krokem kvalifikační práce bylo kritické zhodnocení kvality jednotlivých studií. Cílem tohoto kritického zhodnocení bylo vybrat takové studie, aby byly relevantní a použitelné pro zodpovězení naší výzkumné otázky ve znění:

*Jaké existují překážky, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče?*

Vybrané odborné studie musely odpovídat určeným kritériím pro zahrnutí do výběru a určeným klíčovým slovům pro vyhledávání. Celkově bylo zahrnuto 6 studií. Z toho byly 2 kvalitativní průzkumné studie, 1 systematický přehled, 1 systematický přehled s meta-syntézou, 1 literární přehled a 1 integrativní přehled. Úroveň kvality důkazů byla určena dle modifikovaného schématu hierarchie důkazů Melnyk, Fineout-Overholt, 2005 (in Jarošová a Zeleníková, 2014).

### **3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria**

Zařazujícími kritérii byly odborné studie a zdroje z období let 2013 až 2023 psané v anglickém jazyce, volně dostupné studie s dostupným abstraktem, plným textem a práce

věnující se problematice překážek a faktorů, které brání pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče.

Mezi vylučovací kritéria patřilo nesplnění výše uvedených kritérií. Vzhledem k omezenému počtu publikovaných studií o překážkách a faktorech bránících v zapojení pacientů do bezpečné zdravotní péče byly zahrnuty studie z různých sociokulturních podmínek a z různých zemí.

### **3.3 Review/Přehledový text**

#### **3.3.1 Vyhodnocení získaných dat**

Přehled veškerých studií užitých v bakalářské práci je zpracován v níže uvedené tabulce č. 1 Seznam užitých studií. V tabulce je uveden název studie, rok jejího vydání a země původu práce, dále její autoři, výzkumná otázka nebo cíl práce, počet participantů/respondentů, kterých se práce týkala, počet zařazených studií, klíčové teoretické pojmy a použítá metodologie výzkumu.

Autor práce a země původu studie	Název práce a rok vydání	Cíl studie	Klíčové teoretické pojmy	Typ studie	Počet participantů/ respondentů	Počet zařazených studií
Isolde Martina Busch et al. Mezinárodní	Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement <b>2021</b>	Identifikovat překážky, které brání zapojení pacientů do vyšetřování bezpečnosti pacientů a navrhnout strategie k jejich překonání.	incident reporting and analysis, patient-centered care, adverse events, patient involvement, patient participation, patient empowerment, transparency	Literární přehled	-	6
Zahra Chegini et al. Írán	Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis <b>2021</b>	Prozkoumat překážky a faktory usnadňující zapojení pacientů do bezpečnosti pacientů.	meta-synthesis patient involvement, patient safety, systematic review	Systematický přehled a meta-syntéza	-	19



Zahra Chegini et al. Írán	Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals? A qualitative study  <b>2020</b>	Zjistit, jaké překážky brání zapojení pacientů do poskytování bezpečné nemocniční péče.	expert opinion, Iran, nurses, patient engagement, patient involvement, patient participation, patient safety, qualitative research	Kvalitativní průzkumná studie	-	35
Josephine Ocloo et al. Spojené království	Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews  <b>2021</b>	Prozkoumat důkazy o teoriích, překážkách a faktorech podporujících zapojení pacientů a veřejnosti ve zdravotnictví, sociální péči a bezpečnosti pacientů.	systematic review of reviews, patient and public involvement, theory, barriers and enablers, health, social care and patient safety	Systematický přehled	-	42
Andrieli Daiane Zdanski de Souza et al. Portugalsko	Facilitators and barriers of patient involvement in hospital services: Integrative review	Zjistit, jaké jsou usnadňující faktory a překážky, které ovlivňují zapojení pacientů do nemocničních služeb.	patient experience, patient involvement, facilitators, barriers, health services	Integrativní přehled	-	32

	<b>2022</b>					
Mikaela Ridelberg et al. Švédsko	Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions <b>2014</b>	Prozkoumat důležité faktory ovlivňující bezpečnost pacientů, jak je vnímají registrované zdravotní sestry ve všeobecné nemocniční péči ve Švédsku.	implementation, intervention, multifaceted, nurse, patient safety, qualitative content analysis	Kvalitativní studie	12	-

Tabulka č. 1 Seznam užitých studií

Zdroj: vlastní

**1) *Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement – Isolde Martina Busch et al. (2021)***

Tato studie měla za cíl identifikovat překážky, které brání zapojení pacientů do vyšetřování bezpečnosti pacientů a navrhnout strategie k jejich překonání. Byla provedena rešerše literatury o aktivní účasti pacientů na vyšetřování bezpečnosti s cílem vytvořit rámec, který by zdravotnická zařízení mohla používat při oslovování pacientů ohledně potenciální role při vyšetřování bezpečnosti v péči o ně. Rešerše proběhla pomocí tří elektronických databází (PubMed, PSNet, Web of Science) a výše uvedených klíčových slov. Studie poskytla 10 624 záznamů s potencionálně 30 vhodnými články, zahrnuto bylo však pouze 6 relevantních článků. Na základě těchto 6 článků byl vytvořen navrhovaný rámec, který nastiňuje překážky na třech různých úrovních (úroveň pacienta, lékaře a instituce), které je třeba překonat pro zapojení pacientů do vyšetřování bezpečnosti pacientů.

Výsledky zkoumaných studií ukázaly, že i přestože má většina zdravotnických organizací zavedeny postupy, které vyžadují zveřejňování informací, nemocnice ne vždy adekvátně komunikují s pacienty po výskytu nežádoucích událostí a mohou se dokonce pokoušet o jejich utajení. Bylo však prokázáno, že pacienti a jejich rodiny hodnotí zveřejnění událostí pozitivně a pokud jsou řádně informováni, je méně pravděpodobné, že proti příslušné instituci podniknou právní kroky. Vyšetřování bezpečnosti pacientů má zásadní význam pro identifikaci, analýzu a prevenci lékařských chyb. Pro dosažení bezpečné péče je klíčové aktivně sdílet informace a poskytovat pacientům větší možnost účasti při vyšetřování těchto chyb.

Aktivní zapojení pacientů a jejich pečovatелů do těchto investigací by mohlo zvýšit důraz na pacienta, jeho autonomii, transparentnost a mohlo by efektivně přispět k analýze bezpečnosti tím, že přinese jedinečné a potencionálně využitelné informace (Busch et al., 2021).

2) *Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis – Zahra Chegini et al. (2021)*

Cílem této studie bylo prozkoumat překážky a faktory, které pacienti a zdravotníci vnímají jako překážky a faktory usnadňující zapojení pacientů do bezpečnosti pacientů. Byl proveden systematický přehled a meta-syntéza prostřednictvím pěti elektronických databází (PubMed/Medline, Embase, Web of Science, Scopus a PsycINFO). Do přehledu bylo zahrnuto 19 studií z celkového počtu 2616. Zahrnuty byly všechny kvalitativní a smíšené studie, které zkoumaly překážky a faktory vnímané pacienty a profesionály ve zdravotnictví (HCP) při zapojení pacientů do bezpečnosti pacientů.

Celkově byla identifikována tři témata překážek a pět témat usnadňujících zapojení pacientů v oblasti bezpečnosti pacientů. Témata spojená s překážkami zahrnovala neochotu pacientů, neochotu poskytovatelů zdravotní péče a nedostatečnou infrastrukturu. Naopak témata usnadňujících faktorů zahrnovala povzbuzování pacientů, sdílení informací s pacienty, budování důvěryhodného vztahu a implementaci péče orientované na pacienta a zdokonalení organizačních zdrojů. Tento přehled ukázal, že existuje několik překážek bránících aktivnímu zapojení pacientů do řešení bezpečnostních otázek. Z výsledků je zřejmé, že jen malá pozornost byla věnována procesu ovlivňování, požadavkům a situacím nezbytným k tomu, aby pacienti mohli převzít roli v oblasti bezpečnosti, včetně jejich schopností a přání.

Výsledky také zdůrazňují důležitost poskytovatelů zdravotní péče při posílení zapojení pacientů. Systematický přístup zaměřený na všechny úrovně zdravotní péče je nezbytný pro zlepšení účasti pacientů v zapojení do bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních. Efektivní řízení, pokrok v oblasti péče o pacienta a klinických postupů, posílení spolupráce mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče a odpovídající zdroje jsou klíčové pro úspěšné zapojení pacientů do jejich bezpečnosti (Chegini et al., 2021).

### 3) *Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals? A qualitative study – Zahra Chegini et al. (2020)*

Tato studie se zaměřila na překážky, které brání zapojení pacientů do poskytování bezpečné nemocniční péče. Cílem studie bylo zjistit postoje zdravotnických pracovníků, pokud jde o překážky zapojení pacientů do poskytování bezpečné péče. Byla provedena kvalitativní studie s 35 zdravotnickými pracovníky íránské nemocnice pomocí polostrukturovaných rozhovorů s cílem zjistit jejich názory na danou problematiku. Data rozhovorů byla posuzována pomocí rámcové analýzy. Výsledky odhalují mnohovrstevnatou povahu překážek, které brání v zapojení pacientů do poskytování bezpečné péče a poukazují na potřebu společného přístupu mezi poskytovateli a příjemci péče, výzkumníky a tvůrci politik, majili být tyto překážky překonány.

Výsledky výzkumu odhalily překážky, které byly rozděleny do čtyř témat. První kategorie se týkala bariér souvisejících s pacienty, jako je nízká úroveň zdravotní gramotnosti, neúčinná edukace, neochota pacientů a kulturní bariéry. Druhá kategorie zahrnovala překážky související s personálem, jako je existence negativních postojů k zapojení pacientů do záležitostí týkajících se bezpečnosti, neefektivní komunikace, vysoká pracovní zátěž a neochota personálu zapojit pacienty. Třetí kategorii tvořily překážky způsobené omezenými zdroji a nedostatečným školením na pracovišti a čtvrtá kategorie zahrnovala překážky související s komunitou, jako je nedostatečné šíření informací prostřednictvím masmédií a nedostatek komunitních služeb.

Tato studie přináší podstatné důkazy podporující zapojení pacientů do poskytování bezpečné péče v nemocničních zařízeních a potvrzuje potřebu strategií k překonání překážek bránících zapojení pacientů. Takové strategie by se měly zaměřit na spolupráci v mnohých odborných oblastech jako je politika, komunita, organizace a mezilidské teorie. Informovanost pacientů, posilování jejich postavení stejně jako lepší školení a větší spolupráce mezi poskytovateli příznivě ovlivní zapojení pacientů do bezpečnosti zdravotní péče (Chegini et al., 2020).

**4) *Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews – Josephine Ocloo et al. (2021)***

Tato studie měla za cíl prozkoumat důkazy o teoriích, překážkách a faktorech podporujících zapojení pacientů a veřejnosti (PPI) ve zdravotnictví, sociální péči a bezpečnosti pacientů, které by mohly být využity k posílení PPI a k řešení vnímaných mezer ve znalostech a teoriích o zapojení pacientů a veřejnosti v oblasti bezpečnosti pacientů. Byla provedena rešerše pomocí tří elektronických databází (MEDLINE, EMBASE a PsycINFO). Také byly prohledány studie v databázi PROSPERO za účelem identifikovat všechny systematické přehledy související s cílem studie. Dále proběhla analýza studií pomocí narativního přístupu a údaje byly syntetizovány deskriptivní metodou. Vyhledávací strategie poskytla celkem 5744 článků, ale v rámci tohoto přehledu bylo použito pouze 42 studií, které se týkaly teorií, rovnosti a rozmanitosti a které identifikovaly překážky a faktory PPI.

Výsledky identifikovaly překážky a faktory na různých úrovních jako například osobní/individuální, postoje, zdravotničtí pracovníci, role a očekávání, znalosti, informace a komunikace, financování a zdroje, školení, metody PPI a práce s komunitami a řešení dynamiky moci.

Z výsledků studie vyplývá, že závazek k PPI a partnerské spolupráci závisí na přístupu k celému systému. Je nutno zohlednit individuální a organizační faktory, které tento proces podporují či omezují. Bylo zjištěno, že různé skupiny pociťují nerovnováhu moci, a ze studie vyplývá, že řešení rovnosti a rozmanitosti/individuality a využívání teoretického přístupu k řízení PPI jsou opomíjené oblasti. Povědomí o přínosech PPI ve výzkumu stále roste a zapojení pacientů a veřejnosti do zdravotnictví a sociální péče významně přispívá do zlepšení bezpečnosti pacientů (Ocloo et al., 2021).

5) *Facilitators and barriers of patient involvement in hospital services: Integrative review – Andrieli Daiane Zdanski de Souza et al. (2022)*

Cílem této studie bylo identifikovat usnadňující faktory a překážky, které ovlivňují zapojení pacientů do nemocničních služeb. Byly provedeny rešerše v elektronických databázích PubMed, Web of Science, Scopus, LILACS a CINAHL s použitím výše uvedených klíčových slov a Booleovských operátorů. Z celkového počtu 1436 vyhledaných článků bylo do přehledu zařazeno celkem 32 článků, které se vztahovaly k výzkumné otázce a cíli, jehož má být touto studií dosaženo.

Výsledky studie poukázaly na faktory a překážky, které byly rozděleny na tři kategorie. První kategorie se zaměřila na zapojení pacientů a komunikaci, druhá kategorie se týkala aktérů zapojení, kterými jsou pacienti a odborníci. Třetí kategorie popisovala, jaké má organizační kultura a pracovní prostředí důsledky pro zapojení pacientů. V každé kategorii jsou vyobrazeny faktory a překážky zapojení pacientů.

Hlavní zjištění studie byla syntetizována do teoretického modelu, která umožňují překročit rámec teoretických poznatků do praxe. Aby se tento teoretický návrh proměnil v praxi začleněnou do služeb, je nezbytné, aby pacienti, odborníci a zdravotnická zařízení spojili své síly a vzájemně spolupracovali (Zdanski de Souza et al., 2022).

6) *Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions – Mikaela Ridelberg et al. (2014)*

V této studii bylo cílem prozkoumat důležité faktory ovlivňující bezpečnost pacientů, jak je vnímají registrované zdravotní sestry ve všeobecné nemocniční péči ve Švédsku. Byla provedena kvalitativní studie pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů s 12 registrovanými zdravotními sestrami. Data rozhovorů byla analyzována pomocí kvalitativní obsahové analýzy. Sestry pocházely z osmi všeobecných nemocnic ve Švédsku. Jejich průměrný věk byl 48 let (rozmezí 27-63 let) a jako zdravotní sestry pracovaly v průměru 19 let (rozmezí 4-40 let). Záměrem výběru vzorku bylo získat heterogenitu s ohledem na demografické údaje, věk, pohlaví a také na počet let praxe.

Dle výsledků bylo sestrami identifikováno 22 faktorů, které ovlivňují bezpečnost pacientů v sedmi kategoriích: faktory pacienta, faktory jednotlivých pracovníků, faktory týmu, faktory úkolů a technologií, faktory pracovního prostředí, faktory organizace a řízení a faktory institucionálního kontextu. Mezi faktory související s pacienty se řadí například interakce s pacientem a zapojení pacienta. Mezi faktory související s jednotlivými pracovníky patří například zájem a znalosti, dovednosti, schopnosti a pocity pracovníků. Týmové faktory popisují důležitost spolupráce v multiprofesních týmech a komunikace a spolupráce s kolegy. Mezi faktory úkolů a technologií se řadí shromažďování, uchovávání a sdílení údajů a informací týkajících se pacientů, lékařské záznamy a hlášení událostí. Dále využívání počítačových technik, písemných protokolů a vhodný pracovní plán. Mezi faktory prostředí vztahující se k pracovišti patří struktury a fóra pro učení se z chyb, pracovní doba, počet personálu, složení kompetencí a fyzické prostředí. Organizační a řídicí faktory se týkaly vedení a finančních zdrojů. Faktory institucionálního kontextu vyzdvihují důležitost dostupnosti využívat znalosti z externích zdrojů, komunikovat s lidmi mimo pracoviště a společenský zájem o bezpečnost pacientů.

Dvanáct z 22 faktorů fungovalo jako překážky a stejně tak jako faktory usnadňující, šest faktorů bylo vnímáno pouze jako překážky a čtyři pouze jako usnadňující.

Mnohostranná systémová povaha faktorů a překážek bezpečnosti pacientů naznačuje, že řešení budou muset být stejně komplexní jako problém a zaměřená na různé úrovně jako jsou jednotliví zdravotníci, týmy, oddělení a organizace. Zjištění naznačují, že sestry měly víceúrovňový pohled na bezpečnost pacientů a vnímaly faktory usnadňující a bránící bezpečnosti pacientů z hlediska několika systémových úrovní (Ridelberg et al., 2014).



## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Překážky související s pacienty

#### 4.1.1 Sociodemografické a kulturní charakteristiky

Chegini et al. (2021) ve své studii uvádí, že demografické rysy pacientů, jako je pohlaví, věk, vzdělání, velikost místa bydliště, země narození pacienta, včetně kultury, osobnosti, jazyka, intelektu, fyzického a duševního stavu pacienta způsobily, že pacienti nebyli ochotni se zapojit. Studie Zdanski de Souza et al. (2022) zjistila, že ženy mají větší schopnost navazovat kontakt se zdravotními pracovníky a stejně tak i lidé s vyšší úrovní vzdělání nebo lidé, kteří netrpí ekonomickou deprivací. Naopak bylo zjištěno, že někteří pacienti mají tendenci se zapojovat méně, protože se více spoléhají na tým odborníků. Mezi tyto pacienty se řadí osoby s nižším vzděláním, osoby ze sociálně nižších vrstev, osoby s nízkou gramotností, osoby z venkovského obyvatelstva, starší lidé nebo pacienti příliš finančně odpovědní, kteří se vyhýbají zdravotním službám, aby omezili své náklady. Dle autora je také očividné, že čím konzervativnější budou společenské normy, tím méně je pravděpodobné, že se pacienti budou chtít podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu (Zdanski de Souza et al., 2022).

Dalším faktorem, který může mít vliv na zapojení pacienta je jeho kulturní identita. Naši pacienti pocházejí z různých regionů a mají odlišnou kulturu. Podle Chegini et al. (2020) mají tyto rozdíly vliv na přijetí léčby, spolupráci a na celkové zapojení do zdravotní péče. Faktorem, který výrazně ovlivňuje zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče jsou pacienti patřící k různým etnickým menšinám a pacienti mluvící jiným mateřským jazykem. V případě cíleného zapojování pacientů do vyšetřování vzniklých nežádoucích událostí byly identifikovány překážky, které také souvisely se sociodemografickými rysy a kulturními charakteristikami. Bylo zjištěno, že nerovnost pohlaví byla vnímána tak, že dovednosti pacientů byly znehodnoceny v prostředí s převahou mužů a že socioekonomický status komunity, jako je nízké vzdělání, nezaměstnanost a chudoba, ovlivňoval míru účasti pacientů. Je náročné shromáždit dobře vyváženou skupinu, která reprezentuje různé věkové, socioekonomické a etnické skupiny a která se skládá z pacientů v různých stádiích onemocnění. Podle Ocloo et al. (2021) ale v oblasti bezpečnosti neexistují přesvědčivé důkazy s ohledem na věk, pohlaví nebo vzdělání, které by predikovaly ochotu nebo schopnost pacientů zapojit se do své vlastní bezpečnosti.

#### **4.1.2 Zdravotní gramotnost a informovanost**

Studie Busch et al. (2021) vysvětluje, jak zdravotní gramotnost pacientů a jejich porozumění bezpečnosti pacientů může negativně ovlivnit jejich ochotu zapojit se do bezpečné zdravotní péče nebo se účastnit ve vyšetřování různých nežádoucích událostí. Podle této studie se pacienti s nižší úrovní zdravotní gramotnosti mohou vyhýbat diskusím týkajících se zdravotní péče z důvodu obav, že neposkytnou podstatné a pravdivé informace. Do kategorie zdravotní gramotnost a informovanost pacienta se dle autora Zdanski de Souza et al. (2022) řadí například nedostatečné povědomí o zdravotním pojištění, nedostatečné znalosti pacientů o jejich právech, neznalosti o tom, kdy a za jakých okolností se mohou obrátit na pohotovostní služby a další. Pokud mají pacienti nízkou zdravotní gramotnost, mají otázky týkající se zdravotní péče a nejsou dostatečně informováni, jejich schopnost zapojit se je výrazně snížena. Studie potvrzují, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti je překážkou pro zapojení pacientů do řešení bezpečnosti pacientů (Chegini et al., 2020). Zdravotničtí pracovníci v této studii vyjádřili názor, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti má negativní dopad na ochotu lékařů v podpoře zapojení pacientů.

Rozhovory se zdravotníky poukázaly na skutečnost, že pacienti nejsou dostatečně a efektivně vzděláváni v otázkách zdravé a bezpečné péče. Tato skutečnost zapříčiňuje absenci hodnocení, zda pacient rozumí informacím o své diagnóze a léčbě. Pacienti vyjádřili obavy z nedostatečného průběžného informování od přijetí pacienta do nemocnice až do jeho propuštění. Dle autorů také neflexibilní a neindividuální edukace a vzdělávání pacientů zapříčiní neuspokojení potřeb pacientů. Studie Ocloo et al. (2021) ukazuje, jak mohou omezené znalosti, používání odborného jazyka a rychlost, s jakou diskuse mezi pacientem a odborníkem probíhají, velice snížit zapojení pacienta do své vlastní péče. Podle Chegini et al. (2021) nedostatek informací také snižuje povědomí o právu zapojit se do péče. Ve studii Chegini et al. (2020) většina zdravotníků vyjádřila názor, že absence jasného obrazu o zapojení vytváří překážku. Zdravotníci se také domnívali, že personál pacientům zcela nevysvětlil dopad účasti pacientů v bezpečnostních aktivitách a že právě toto selhání způsobilo, že nebyla zcela zachycena důvěra a ochota pacientů zapojit se. Výzkumy naznačují, že pokud jsou pacienti zapojeni do své léčby, lépe rozumí své nemoci, tak častěji dodržují léčebný plán a jsou méně úzkostní, depresivní či zranitelní. Zapojení pacientů do bezpečnostních aktivit zvýší jejich spokojenost i výsledky zdravotní péče (Chegini et al., 2021). Ve studii Ocloo et al. (2021) bylo zjištěno, že pokud má pacient přístup k informacím, zvyšuje se sebeuplatnění a vnímání

rizika, což posiluje záměr jednat bezpečně, a pacienti jsou schopni sledovat a případně odhalovat vzniklé chyby. Výsledky studií také odhalují, že mnoho pacientů důvěřuje zdravotnímu personálu tím způsobem, že mají všechny záležitosti týkající se jejich zdravotního stavu pod kontrolou, což snížilo jejich zájem zapojit se (Chegini et al., 2021).

#### **4.1.3 Zdravotní stav a individuální faktory**

Důležitým faktorem v procesu zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče je zdravotní stav pacienta. Podle autora Zdanski de Souza et al. (2022) může špatný zdravotní stav pacienta ohrozit jeho účast a představovat překážku v zapojení. Autoři také uvádějí, že míra úzkosti či deprese spolu s nedostatečnými znalostmi o zdraví a aspektech jeho nemoci může být komplikací v rozpoznávání změn jeho klinického stavu. Ve studii byl zmíněn také termín „specializovaní pacienti“, což znamená, že pokud se má pacient aktivně účastnit na bezpečné zdravotní péči, je potřeba, aby měl vyvážené zkušenosti s nemocí a dostatečné znalosti. Úzkosti, kognitivní stavy jako je kognitivní porucha či demence, se kterou souvisí zmatenost, představují zvláštní výzvu pro spolupráci na dosažení určitých cílů. Bylo potvrzeno, že pacienti s těmito stavy mají potíže s uchováváním informací.

Studie uvádí, že pacienti se sluchovými, zrakovými, kognitivními, psychiatrickými deficity jsou řazeny mezi stavy, které rovněž ohrožují zapojení. Výše uvedené stavy a pacienti se syndromem křehkosti mohou bránit zapojení a způsobená onemocnění omezují pacienta například v obavách z výskytu pádů. Dle autorů stejně tak pacienti v intenzivní péči kvůli svému zdravotnímu stavu získávají v zapojení pasivní roli.

Studie Busch et al. (2021) zjistila, že pacienti s progresivními chorobami nebo kognitivními deficity nemusí být vůbec schopni se zapojit, i když by si to přáli. V takových případech mohou pacienta zastoupit rodinní pečovatelé, zástupce pacienta nebo pacientův zmocněnec.

Autoři této studie uvádějí, že vzniklé chyby spojené s poskytováním zdravotní péče jsou pro pacienty i jejich rodiny emocionálně náročné a často narušují důvěru, kterou pacienti k lékařům nebo obecně k systému zdravotní péče měli. Autoři vysvětlují, že pacienti potřebují před účastí na vyšetřování vzniklých chyb dostatek času na emoční zpracování sdělení. Studie zdůrazňuje fakt, že dobře provedené a promyšlené vyšetřování incidentu může uzdravení usnadnit tím, že pomůže pacientům a jejich rodinným příslušníkům zpracovat jejich emoce a obnovit důvěru vůči zdravotnickým pracovníkům. Je nutno podotknout, že i samotné zapojení pacienta do vyšetřování incidentu může mít na pacienta negativní

emocionální dopad. Proto je velmi důležité se pečlivě zabývat pacienty a jejich individuálními okolnostmi před samotným zapojením do vyšetřování. Studie také uvádí, že pokud je emocionální dopad na pacienta a jeho rodinné příslušníky příliš silný, může být místo něj zapojen obhájce, zmocněnec nebo zástupce pacienta.

Autoři studie také došli k závěru, že mnoho škodlivých chyb narušujících bezpečnost pacientů přímo zvyšuje jejich zdravotní potřeby, což také může být překážkou v jejich účasti. Autoři vysvětlují, že i když samotná nežádoucí událost nemusí mít přímé zdravotní důsledky, mohou mít pacienti oslabující stavy, které jim brání v účasti. Aby nebyly ohroženy potřeby pacientů, je podle studie nutné zajistit, aby byly všechny zdravotní potřeby pacientů zajištěny ještě před samotným zapojením do vyšetřování nehody.

#### **4.1.4 Postoj pacienta a časová investice**

Podle autorky Busch et al. (2021) pacienti, kteří svým vlastním chováním přispěli k výskytu chyby, například nedodržením pokynů, mohou poskytnout skvělý vhled do typu a povahy chyby a způsobu, jak zabránit jejímu opakování. V takových případech se však dle této studie pacienti mohou cítit vinni nebo obviňováni za vzniklou chybu a z tohoto důvodu mohou být při vyšetřování chyb zdrženliví. Autoři zdůrazňují jako důležité představit atmosféru bez obviňování a vyšetřování se musí spíše zaměřit na identifikaci nedostatků v systému, než na přisuzování viny osobám, které se na incidentu podílely. Vyšetřovatelé by tak měli ocenit pohled pacientů nezávisle na jejich podílu k incidentu.

Dle Zdanski de Souza et al. (2022) motivace pacienta k zapojení do bezpečné zdravotní péče konfiguruje další soubor výsledků uvedených ve studiích, které se týkají pacienta, přítomnosti rodiny a přátel a zdravotnického týmu. Tato studie zjistila, že v literatuře jsou uvedeny prvky, které působí jako motivace k zapojení, nicméně existují i pacienti, kteří se k zapojení staví pasivně. V rámci tohoto postoje se jedná o pacienty, kteří považují lékaře za odborníky, a proto čekají, až je odborníci zapojí do rozhodování. Podle studie se někteří pacienti také domnívají, že by měli být „dobrým“ pacientem a pouze přijímají roli pasivního příjemce péče. To zahrnuje také nedostatečnou schopnost pacientů zapojit se jako partneři v situacích jako jsou obtíže při kladení otázek lékařům. Pacienti se neptají odborníků, protože je považují za autoritu nebo mají strach z nedostatečné péče, což odráží nedostatečné zapojení pacientů do rozhodování o poskytované zdravotní péči (Zdanski de Souza et al., 2022).

Studie Ocloo et al. (2021) odhalila, že mezi pacienty panovaly nejasnosti ohledně chápání jejich role a odpovědnosti v zapojení do bezpečné zdravotní péče a nejistota ohledně cílů jejich participace. Pacienti měli obavy, zda mají dostatek předchozích zkušeností a znalostí potřebných pro roli pacienta, který svým jednáním přispívá k bezpečnosti poskytované péče. Autoři této studie uvádějí, že zkušenosti a kognitivní charakteristiky pacientů ovlivňují ochotu zapojit se do bezpečnosti. Dle této studie postavení pacientů a vnímání jejich role jako podřízené oproti postavení lékařů a zdravotnického personálu působí jako bariéra. Studie identifikovaly potřebu uznat pacienty jako „experty“ ve své vlastní péči a potřebu změnit přístup od paternalismu k rovnocennému partnerství a k oceňování všech zúčastněných. Ukázalo se, že příbuzní pacientů hrají důležitou roli v oblasti bezpečnosti, při prevenci chyb v medikaci v domácnosti nebo v nemocnici.

Autoři Busch et al. (2021) tvrdí, že zapojení pacientů do vyšetřování bezpečnosti sice může vést k lepšímu rozpoznání a nápravě hlavních příčin chyb, ale vyžaduje také časovou náročnost. Autoři zmiňují, že vyšetřování vzniklých chyb může trvat několik dní nebo dokonce měsíců a jeho trvání lze těžko předvídat. Tato skutečnost může zapříčinit, že pacienti mohou od vyšetřování upustit. Podle této studie plánování časového závazku vyžadovaného od pacientů spolu s flexibilitou nemocnic a týmů pro řízení rizik může pomoci tento problém překonat.

## **4.2 Překážky související se zdravotnickým personálem**

### **4.2.1 Neochota a negativní postoje**

Podle studie Ocloo et al. (2021) zdravotničtí pracovníci zastávají klíčovou roli v umožnění pacientů zapojit se do bezpečnosti pacientů, zejména ve schopnosti lékařů a sestry komunikovat, naslouchat, povzbuzovat nebo instruovat pacienty v kladení otázek nebo v podílení na konkrétních činnostech. Dle této studie je zásadní, aby odborníci chápali, že ne všichni pacienti se chtějí nebo mohou podílet na zapojení do bezpečné zdravotní péče. Autoři Chegini et al. (2020) identifikovali negativní postoje personálu jako jednu z hlavních překážek souvisejících se zdravotnickým personálem, přičemž jako důvod tohoto negativního postoje byla uvedena možnost, že se informovaný pacient bude vměšovat do povinností personálu.

Autoři Chegini et al. (2021) říkají na základě dostupných studií, že existují právní otázky zahrnující obavy zdravotnických pracovníků z možného uplatnění stížností proti nim samotným. V některých případech, aby se vyhnuli stížnostem pacientů, které mohou vést

k potencionálním žalobám, zdravotničtí pracovníci neinformovali pacienty o celém procesu péče, ale poskytovali pouze částečné informace. Studie Busch et al. (2021) zjistila, že lékaři se mohou zdráhat otevřeně hovořit o nežádoucí příhodě a sdělovat důležité informace před pacientem, a to z několika důvodů. Lékaři se mohou obávat přesunu moci na pacienty a považovat pacienty za ohrožující osobu, která se může dozvědět o chybách poskytovatele a podniknout právní kroky. Dle této studie poskytovatelé zdravotní péče navíc nemusí docenit potencionální hodnotu pohledu pacientů a v neposlední řadě se mohou obávat negativního dopadu na fyzické a duševní zdraví pacientů, jako například rozrušení pacienta a zintenzivnění procesu truchlení.

V systémech zapojujících pacienty a příbuzné do procesu eskalace klinického zhoršení byly zjištěny překážky pro zdravotnický personál, které zahrnovaly obavy, že pacienti a příbuzní přivolají tým rychlé reakce z lehkovážných nebo nenaléhavých důvodů (Ocloo et al., 2021). K těmto zjištěním se přidávají tvrzení studie Zdanski de Souza et al. (2022), podle kterých může být zapojení pacientů do pracovního týmu vnímáno jako konfliktní postup a skutečnost, že zdravotničtí pracovníci tvrdili, že nemají rádi, když jim pacienti něco vytýkají, protože jejich připomínky vnímají jako negativní. To způsobuje, že se v těchto situacích zdravotníci cítí pod tlakem přítomnosti pacienta nebo rodinného příslušníka při projednávání případu a přítomnost více než jednoho rodinného příslušníka na schůzkách tlak na zdravotníka ještě zvyšuje. Obtíže, které pocítují zdravotníci při sdílení všech informací s pacienty a rodinnými příslušníky, charakterizují situace, ve kterých pocity zdravotníků působí jako překážky v praxi zapojování. Odborníci sice uznávali, že zapojení pacienta do péče je klíčovým aspektem, ale míra, do jaké byli ochotni a schopni aktivní roli v zapojení pacienta přijmout, byla různá (Zdanski de Souza et al., 2022).

Autoři Ocloo et al. (2021) uvádějí, že pozitivní postoje sester, jejich nabádání, podpora a vzdělávání v oblasti bezpečnostních postupů, vyhýbání se negativním reakcím a přijímání zapojení pacienta zlepšuje pocit pacientů ve vlastní schopnosti. Ze studie vyplývá, že většího zapojení lze dosáhnout tím, že se pacienti a jejich bezpečnost stanou středem zájmu centra zdravotní péče. Manažeři zdravotní péče jsou také nedílnou součástí při zajišťování vhodného pracovního prostředí pro zapojení pacientů do bezpečnosti. To zahrnuje podporu soustředění pacientů prostřednictvím správné komunikace, partnerské spolupráce a vzdělávání, dále pro modelování zapojení pacientů do prevence škod, podpory zpětné vazby a stížnosti a posílení postavení pacientů, aby se dozvěděli o svém zdravotním stavu a mohli hlásit

události. Bylo zjištěno, že pacienti ztrácejí důvěru a vyhýbají se budoucím kontaktům a spolupráci, pokud se poskytovatelé zdravotní péče vyhýbají spolupráci s pacienty anebo pokud nechávají jejich obavy nevyřešené. (Ocloo et al., 2021).

Dalším důvodem neochoty a negativních postojů vůči pacientům byla dle studie Chegini et al. (2021) uvedena ambivalence poskytovatelů zdravotní péče, kteří vyjadřovali nedostatečnou podporu a nekvalifikovanost v zapojování pacientů. Někteří zdravotničtí pracovníci dokonce považovali koncept zapojení pacientů za narušování své profesionální autonomie.

#### **4.2.2 Pracovní zátěž, časový tlak a emocionální stres**

Nejfrekventovanější překážkou, kterou zdravotníci ve studii Chegini et al. (2021) nejčastěji uváděli ve spojitosti s problematikou neochoty, bylo vysoké pracovní vytížení a časový tlak, který na ně působil. Tato situace často způsobuje, že zdravotníci pocítují spěch a mají problém začlenit firemní postupy v oblasti bezpečnosti pacientů do své každodenní praxe. Jeden z iránských zdravotníků ve studii Chegini et al. (2020) naznačil, že pracovní vytížení a omezený čas nemůže být přijatelnou výmluvou a že ho sestry používají jako prostředek k zakrytí vlastních selhání. Dle sester ve studii Ridelberg et al. (2014) může nedostatečná pozornost nebo vědomí různých rizik mít negativní dopad na bezpečnost pacientů. Nedostatečná ostražitost a spoléhání se na návyky by mohly vést ke snížení schopnosti odhalit potenciální problémy (Ridelberg et al., 2014).

Podobně jako pacienti mohou mít i lékaři překážky v časové náročnosti. Pacienti obvykle požadují, aby diskuse o sdělování informací probíhala individuálně. Pokud si lékař nemůže vyhradit čas, aby vyhověl potřebám pacientů, je méně pravděpodobné, že se pacient zúčastní zlepšení péče a nebude mít pozitivní zkušenost. Na úrovni zařízení by měly být vyjasněny zásady, které by kladly prioritu na to, aby se lékaři do těchto diskusí zapojovali, což může pomoci tuto překážku odstranit (Busch et al., 2021).

Podle Zdanski de Souza et al. (2022) mohou zapojení pacientů ovlivnit i pocity odborníků. Aktivní práce, jejímž cílem je zapojení pacientů do vlastní péče, může být novým zdrojem stresu a strachu z toho, že budou stíháni, pokud budou pacienty informovat o chybách nebo se objevuje strach z toho, že se pacienti zraní, což ale vede k omezení autonomie pacientů. Sestry ze švédských nemocnic se domnívaly, že pocity, jako je úzkost a obavy z různých aspektů práce, mohou bránit bezpečnosti pacientů. Také zdůraznily, že pocity studu mohou vést k neochotě přiznat chyby a hlásit incidenty (Ridelberg et al., 2014). Lékaři,

kteří se přímo nebo nepřímo podílejí na nežádoucích událostech, se mohou stát „druhými oběťmi“, což je termín, který zavedl Wu v roce 2000 a který je v poslední době diskutován kontroverzně. Tito zdravotníci pravděpodobně zažívají emocionální stres, který jim může bránit v plné účasti ve vyšetřování nebo v podpoře svých pacientů v zapojení do bezpečnostního procesu. Pokud se i takto emočně nestabilní zdravotník procesu zapojení zúčastní, může být interakce s pacientem ovlivněna vnitřním rozrušením a strachem z následků zdravotníků.

Lékaři i zdravotničtí pracovníci by měli mít snadný přístup k podpůrným programům přizpůsobeným jejich potřebám. Dále by měly být zavedeny vzdělávací programy, které by zvýšily povědomí profesionálů o bezpečnosti pacientů, stresu, kterému poskytovatelé čelí a fenoménu druhé oběti (Busch et al., 2021).

#### **4.2.3 Neefektivní komunikace**

Výsledky studií odhalily, že komunikace je jedním z hlavních prvků, který proniká procesem zapojení pacienta. Komunikace je označována za zdroj s velkým potenciálem zlepšit zapojení pacientů, ale byla také identifikována jako překážka. Lékaři používají slova, kterým pacienti nerozumí, tím nemá schopnost efektivně komunikovat a při propuštění dochází k přetížení informacemi a nejistotě pacientů. Nejasná komunikace mezi odborníky a pacienty, jako je přílišné používání odborné terminologie, může ztížit proces zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče. Komunikace může být také křehká a náchylná k chybám. Chybná komunikace může souviset s konfliktními vztahy mezi pacienty a odborníky, což vede k nepřátelskému a hrubému chování ze strany odborníků a k útočnému postoji pacientů a rodiny. Další překážkou pro úspěšné zapojení pacienta mohou způsobit rozdílné informace poskytované od odborníků. To způsobuje nejistotu pacientů a pocit bezmocnosti podílet se na rozhodování. V těchto případech pacient může zaujmout pasivní roli a nechat o své péči rozhodovat pouze odborníky a nebude se snažit zapojit (Zdanski de Souza et al., 2022).

Podle názoru sester ze švédských nemocnic může interakce s pacientem usnadnit nebo ztížit zvýšení bezpečnosti pacientů. Dobře strukturované informace poskytované ústně nebo písemně přispěly k bezpečnosti pacientů. Na druhou stranu špatná interakce s pacientem v důsledku problémů s komunikací by mohla bezpečnost pacientů omezit. Sestry také popisovaly různé poruchy v komunikaci, jako například mobilní telefony a různá sociální média, která někdy vyžadovala jejich pozornost, což vedlo k neefektivnímu předávání informací a znalostí (Ridelberg et al., 2014).



#### 4.2.4 Omezené znalosti a neefektivní vzdělávání

Sestry ze švédských nemocnic se domnívaly, že osobní zájem o otázky bezpečnosti pacientů má pozitivní dopad na bezpečnost pacientů. Nedostatečné schopnosti a dovednosti by mohly být překážkou pro zvýšení bezpečnosti pacientů. Jako překážka byla uvedena skutečnost, že sestry, které jsou čerstvě vystudované, a to z důvodu obecného nedostatku zkušeností a potřeb učit se mnoha aspektům práce. Jedna ze sester uvedla: „*Věci, které jsou pro nás ostatní přirozenější, jsou pro některé nově vystudované zdravotní sestry nepřirozené, a tak jim sotva zbývá čas na běžné povinnosti*“ (Ridelberg et al., 2014).

Studie Zdanski de Souza et al. (2022) říká, že odborníci způsobilí k zapojení pacientů jsou ti, kteří mají vlastnosti jako jsou přizpůsobivost podle potřeb každého pacienta, samostatnost, dovednosti a flexibilita, povzbuzování pacientů a jejich rodinných příslušníků v oblasti témat, o kterých chtějí hovořit. Důležitá je znalost pacientova anamnézy, znalosti o lécích, dotazování na pacientova přání a preference, naslouchání pacientovi, vstřícný a klidný postoj. Pokud příprava pracovníka postrádá tyto atributy, je to překážkou pro úspěšné zapojení.

Podle zdravotnických pracovníků ve studii Chegini et al. (2020) jsou nedostatečné učební osnovy pro zdravotnický personál. Zdravotničtí pracovníci se domnívali, že bezpečnost pacientů, zapojení pacientů a týmová práce nejsou na univerzitách dostatečně zdůrazňovány (Chegini et al., 2020). Omezené znalosti a zkušenosti zdravotnických pracovníků způsobují překážky, které mohou omezovat zapojení pacientů. Používání odborného jazyka a žargonů, rychlost, s jakou probíhají diskuse, nedostatek odborných znalostí o zapojení pacientů snižuje úspěšné zapojení pacientů do zdravotní péče. Pokud mají odborníci potíže se začleněním zkušenostních poznatků do jinak na důkazech založených pokynů a například raději preferují poskytování rozsáhlých elektronických dokumentů namísto osobních setkání s pacienty, úspěšné zapojení pacientů se nemůže uskutečnit.

Vzdělávání odborníků by mělo zahrnovat důležitost vyhýbání se negativním reakcím na vnímané „výzvy“ a odrazující odpovědi pacientům. Edukaci pacientů sestrami mohou bránit i organizační procesy. Důležité jsou profesionální znalosti o edukaci pacientů, které podporují jeho autonomii, stejně jako pokyny pro provádění eskalace vedené pacientem a příbuznými. Nezbytné je také vyhradit si na interakci přiměřený čas, používat vhodné metody komunikace a dialogů, přičemž informace a sdílení znalostí umožňují přerozdělení moci a tím pádem spolupráci s pacienty (Ocloo, 2021).

## **4.3 Překážky související s infrastrukturou**

### **4.3.1 Multiprofesní a týmová spolupráce**

Spolupráce mezi různými profesemi ve zdravotnickém týmu je podle mnoha sester ve studii Ridberg et al. (2014) klíčovým faktorem pro zvýšení bezpečnosti pacientů. Nicméně některé sestry uvádějí nedostatek spolupráce mezi lékaři a ostatním zdravotnickým personálem jako překážku pro zlepšení bezpečnosti poskytované péče, a to například kvůli vnímaným hierarchickým rozdílům. Studie Zdanski de Souza et al. (2022) popisuje, že pokud je v pracovních týmech přítomna hierarchie s převažující mocí lékařů, rigidní a formální struktury v instituci, nedostatečná kontinuita péče zapříčiněna vysokou fluktuací odborníků nebo pokud o pacienta pečují několik lékařů, tak tyto faktory sťažují sdílení rozhodování a zapojení pacientů. Bezpečnost pacientů je dle Ridberg et al. (2014) ovlivněna dostupností a využíváním znalostí z externích zdrojů, například od zdravotníků zaměstnaných v jiných oblastech zdravotnické organizace nebo dokonce mimo vlastní zdravotnickou organizaci. Podle některých sester, mohou potíže se získáním specialistů z jiných klinik k návštěvě kriticky nemocných pacientů ohrozit bezpečnost pacientů. Sestry se také v souvislosti s bezpečností pacientů negativně zmiňovaly o komunikaci se zdravotníky z jiných pracovišť. Domnívaly se, že informovanost při změně péče je nedostatečná, například při předávání pacientů, a to by mohlo ve zvyšování bezpečnosti pacientů bránit. Jedna zdravotní sestra uvedla, že problémy v komunikaci mezi personálem na různých odděleních sehrály roli při úmrtí jednoho pacienta.

Jako důležitý faktor, který může bezpečnost pacientů zvyšovat i omezovat, je vedení. Sestry upozorovaly, že angažovaní vedoucí pracovníci mají pozitivní vliv na bezpečnost poskytované zdravotní péče, protože aktivně spolupracují se zaměstnanci a znají jejich silné a slabé stránky. Naopak pokud mají vedoucí pracovníci negativní postoj k otázkám týkajících se bezpečnosti pacientů nebo pouze deklarují její důležitost, ale nedodržíjí to, co říkají, mohou tím bránit v dosahování vyšší bezpečnosti pacientů (Ridberg et al., 2014).

### **4.3.2 Pracovní prostředí**

Podle Ridberg et al. (2014) bezpečnost pacientů ovlivňují také různé aspekty fyzického prostředí. Bezpečnost pacientů může být ohrožena, pokud sestry pracují v rušném a hektickém prostředí, například když jsou rušeny telefonáty při manipulaci s léky. Neuspořádané prostředí a nestandardní nebo zastaralé vybavení představuje hrozbu pro bezpečnost pacientů. Autoři Zdanski de Souza et al. (2022) tvrdí, že bariéru pro zapojení pacientů může způsobovat nedostatek soukromí pro rozhovory mezi pacienty a odborníky, kdy oddělení

obsahují mnoho lůžek a neposkytují dostatek míst pro důvěrnou komunikaci s pacienty. Autoři také zmiňují, že nemocniční oblečení, které pacienti používají, nemusí být pro pacienty komfortní a také může způsobovat bariéru v zapojení. Dle studie Chegini et al. (2020) může nedostatek odpovídajícího zdravotnického vybavení a léků přispívat ke stresu a konfliktům u pacientů, jejich rodin i personálu, což vede k menšímu úsilí o zapojení pacientů.

Sestry ve studii Ridberg et al. (2014) se domnívaly, že jejich pracovní doba má zásadní vliv na bezpečnost pacientů. Práci na směny s nepravidelnou pracovní dobou označily za něco, co snižuje bezpečnost pacientů, protože vede k nekontinuální péči, a to jak u sester, které musí podávat hlášení mnoha různým kolegům, tak i u pacientů, kteří se setkávají s mnoha různými zdravotníky. Podle zdravotních sester bezpečnost pacientů ovlivňoval také počet zaměstnanců a kombinace jejich kompetencí. Studie poukazují na to, že pokud by byl k dispozici dostatečný počet zdravotnických pracovníků a personál by se skládal z kompetentních a zkušených zdravotníků, bezpečí pacientů by se zvyšovalo.

### **4.3.3 Organizační a technologické faktory**

Ve studii Ridberg et al. (2014) sestry označují proces shromažďování, ukládání a sdílení údajů týkajících se bezpečnosti pacientů za důležitý faktor pro zajištění bezpečnosti pacientů. Tento proces zajišťuje, že jsou rizikové faktory lépe viditelné, což podporuje preventivní opatření. Pokud by například zdravotnická dokumentace nebyla řádně aktualizována, obsahovala zastaralé informace, nezahrnovala důležité informace nebo obsahovala nepřehledné poznámky, mohlo by to negativně ovlivnit bezpečnost pacientů. Většina sester se také shodla na tom, že používání počítačové technologie usnadňuje hlášení a sdílení údajů a informací týkajících se bezpečnosti pacientů, čímž se bezpečnost pacientů zvyšuje. Mnozí si však také stěžovali na potíže s funkčností, jako jsou nekompatibilní systémy, které by podle nich mohly bránit ambicím na zvýšení bezpečnosti pacientů (Ridberg et al., 2014). Nedostatečné šíření informací prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků také může bránit ve zvyšování bezpečné poskytované péče. Ačkoli komplexní zdravotně-výchovné programy využívající sociální média představují strategii pro zlepšení zdravotní gramotnosti pacientů, bylo v tomto ohledu vyvinuto jen malé úsilí (Chegini et al., 2020).

Studie Zdanski de Souza et al. (2022) naznačila, že nesoulad mezi existujícími možnostmi, tj. nesoulad mezi tím, co pacienti hledají a službami, které organizace nabízejí, může vést k překážkám v zapojení pacientů. Rozdíl vyplývající z nesouladu mezi očekáváním uživatelů a nabízenými službami může odůvodňovat nejistotu ohledně bezpečnosti a kvality

péče, což ztěžuje zapojení pacientů. Z tohoto vyplývá, že očekávání pacientů ohledně kvality služeb, výskytu nežádoucích událostí, pochybností o dovednostech, znalostech a procesech dohledu kolem mladších a nově kvalifikovaných lékařů mohou být konfigurovány jako překážky zapojení pacientů. Nedostatek důvěry ve zdravotnický systém a zjištění rozporu mezi informacemi poskytovanými nemocnicí a primární péčí rovněž způsobuje překážky v zapojení pacientů.

Íránští zdravotníci ve studii Chegini et al. (2020) zmiňovali také problém související s komunitními službami. Domnívali se, že v íránském zdravotnickém systému chybí charitativní skupiny nebo lidové organizace, přestože WHO uznala zapojení těchto skupin jako prostředek k zapojení pacientů do záležitostí týkajících se bezpečnosti. Komunitní organizace mají také potenciál umožnit neformálním pečovatelům-rodinným příslušníkům, kteří jsou zodpovědní za péči o nemocné příbuzné, praktikovat bezpečnější péči.

#### **4.3.4 Finanční omezení**

Dopad na zapojení pacientů je negativně ovlivněn nedostatkem nebo omezením finančních zdrojů pro vytváření a udržování projektů zaměřených na zapojení pacientů, stejně jako nedostatkem počítačových a integrovaných datových systémů mezi různými zdravotnickými zařízeními (Zdanski de Souza et al., 2022). Studie Ridelberg et al. (2014) uvádí, že omezené finanční zdroje jsou důležitou překážkou pro dosažení vyšší úrovně bezpečnosti pacientů. Podle sester ovlivňují bezpečnost pacientů v mnoha ohledech. Například nedostatek času a finančních prostředků pro ambiciózní práci v oblasti bezpečnosti pacientů, včetně školení a otázek souvisejících s bezpečnou poskytovanou zdravotní péčí. Nedostatek zdrojů také ztěžuje řešení problémů identifikovaných v analýzách rizik, zdravotnické dokumentaci nebo registrech kvality. Ze studie Zdanski de Souza et al. (2022) je zřejmé, že nedostupnost péče, drahé a neadekvátní ceny služeb rovněž tvoří překážku v zapojení pacientů do bezpečné zdravotní péče. Finanční tlaky, s nimiž se nemocnice potýkají, znamenají, že programy, jako je zapojení pacientů do bezpečnosti, mají pro manažery nejmenší prioritu. Podle jednoho ze zdravotníků ve studii Chegini et al. (2020) se dokonce i při obchůzkách zaměřených na bezpečnost pacientů diskuse obvykle stočily spíše na vybavení oddělení a deficit zařízení, než aby se zabývaly otázkami bezpečnosti.

Finanční náklady a omezení související s účelovým zapojením pacientů do vyšetřování vzniklých nežádoucích událostí popisovala studie zabývající se pacientem ve vyšetřování chyb pacientů. Tato studie nastínila, že zapojení pacientů do analýzy vzniklých chyb a

poskytnutí odpovídající lékařské a psychiatrické podpory bude pravděpodobně vyžadovat náklady. Dle studie by bylo vhodné určit podpůrný personál a možná i kompenzovat čas a úsilí, které lékaři a pacienti vynaloží při účasti v těchto vyšetřováních. Argumentace pro poskytnutí finančních prostředků na takové programy může být náročná, protože zatím nebyla vytvořena důkazní základna pro zapojení pacientů do vyšetřování.

S financemi také značně souvisí právní důsledky pro zdravotnické organizace, což způsobuje další překážku. Potencionální negativní důsledky pro zdravotnickou organizaci zahrnují vyrovnání nebo odměny, související náklady na odškodnění a také kritickou pozornost médií. Ve většině případů jsou ale obavy z těchto rizik přehnané, protože výskyt soudních sporů je obecně nízký. V provedené studii u více než 30 000 pacientů podala žalobu pouze 2 % pacientů, u nichž došlo k nežádoucím příhodám v důsledku zanedbání lékařské péče. Některé studie navíc naznačují, že pacienti ve skutečnosti méně často podávají žaloby, pokud jsou nežádoucí příhody řešeny rychle a transparentně. Důkazy o různých alternativních metodách řešení nároků naznačují, že existují komunikační a ředitelské programy, „programy vyjednávání řízené soudcem“, a další proaktivní metody, které mohou zabránit zapojení soudu nebo urychlit a ušetřit náklady na nároky, než se dostanou do soudního systému (Busch et al., 2021).

Kategorizace překážek	Dílčí překážky	Autor	
Překážky související s pacienty	Sociodemografické a kulturní charakteristiky	Chegini et al.	2020
		Chegini et al.	2021
		Ocloo et al.	2021
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Zdravotní gramotnost a informovanost	Busch et al.	2021
		Chegini et al.	2020
		Chegini et al.	2021
		Ocloo et al.	2021
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Zdravotní stav a individuální faktory	Busch et al.	2021
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Postoj pacienta a časová investice	Busch et al.	2021
		Ocloo et al.	2021

		Zdanski de Souza et al.	2022	
Překážky související se zdravotnickým personálem	Neochota a negativní postoje	Busch et al.	2021	
		Chegini et al.	2020	
		Chegini et al.	2021	
		Ocloo et al.	2021	
		Zdanski de Souza et al.	2022	
	Pracovní zátěž, časový tlak a emocionální stres	Busch et al.	2021	
		Chegini et al.	2020	
		Chegini et al.	2021	
		Ridelberg et al.	2014	
		Zdanski de Souza et al.	2022	
	Neefektivní komunikace	Ridelberg et al.	2014	
		Zdanski de Souza et al.	2022	
			Chegini et al.	2020

	Omezené znalosti a neefektivní vzdělávání	Ocloo et al.	2021
		Ridelberg et al.	2014
		Zdanski de Souza et al.	2022
Překážky související s infrastrukturou	Multiprofesní a týmová spolupráce	Ridelberg et al.	2024
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Pracovní prostředí	Chegini et al.	2020
		Ridelberg et al.	2014
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Organizační a technologické faktory	Chegini et al.	2020
		Ridelberg et al.	2014
		Zdanski de Souza et al.	2022
	Finanční omezení	Busch et al.	2021
		Chegini et al.	2020
		Ridelberg et al.	2014



		Zdanski de Souza et al.	2022
--	--	-------------------------	------

*Tabulka č. 2 Přehled překážek*

Zdroj: vlastní

## 5 DISKUZE

Zapojení pacientů do poskytování bezpečné zdravotní péče je ovlivňováno řadou bránících i usnadňujících faktorů. Cílem práce bylo zjistit, jaké existují překážky, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče. Do práce bylo vybráno 6 zahraničních studií, které se zabývaly překážkami a faktory, které v zapojení pacientů mohou bránit. Tyto studie byly sumarizovány a byl utvořen přehled překážek, které brání pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče, a faktorů, které toto zapojení snižují. Bylo zjištěno, že autoři vybraných studií se v některých zjištěných překážkách shodují, naopak některé studie přinesly jedinečné informace o možných existujících překážkách. Výsledná sumarizace studií tedy poskytuje ucelený přehled dosud identifikovaných překážek a faktorů, které negativně ovlivňují účast pacienta ve zdravotní péči.

Byly identifikovány tři kategorie překážek. První kategorie překážek se zabývala těmi, které souvisely s pacientem, jako jsou sociodemografické a kulturní charakteristiky, zdravotní gramotnost a informovanost pacienta, zdravotní stav a individuální faktory pacienta, časová investice a negativní postoje pacienta.

Podle studie Chegini et al. (2021) mohou demografické charakteristiky, jako pohlaví, věk a kulturní pozadí pacientů, představovat překážky pro jejich úspěšné zapojení do zdravotní péče. Tento fakt potvrzuje výzkum Zdanski de Souza et al. (2022), který naznačil, že ženy a jedinci s vyšším vzděláním jsou pravděpodobně schopnější se aktivně zapojit do iniciativ týkajících se poskytování bezpečné péče. Naopak studie Ocloo et al. (2021) se vypořádává s opačným názorem a tvrdí, že neexistují přesvědčivé důkazy o tom, že pohlaví, věk nebo vzdělání ovlivňují ochotu či schopnost pacientů angažovat se.

Kulturní identita je dalším faktorem, který může negativně ovlivnit účast pacientů. Autoři Chegini et al. (2019) zjistili, že rozdílnost v kulturním zázemí pacientů ovlivňuje jejich spolupráci a celkové zapojení do péče. Tento názor je podporován i studií Ocloo et al. (2021), podle které může být spolupráce s pacienty z různých etnických menšin nebo hovořícími jinými jazyky náročnější. Podobné zjištění uvádí i výzkum Schildmeijer et al. (2018), který ukázal, že kulturní zázemí pacientů ovlivňuje jejich motivaci k zapojení.

Všichni autoři našich vybraných studií, kteří se zabývali zdravotní gramotností a informovaností pacienta se shodli na tom, že nízká zdravotní gramotnost tvoří překážku pro úspěšné zapojení pacienta do poskytované péče a do řešení bezpečnosti pacientů. Za stejným

názorem si stojí i studie Vaismoradi et al. (2015), podle které se pacienti znalí bezpečnosti pacientů a obeznámeni s vlastní péčí s větší pravděpodobností zapojí do iniciativ týkajících se bezpečnosti pacientů a budou schopni sledovat a odhalovat případné chyby v praxi související s jejich vlastní péčí. Tento postoj podtrhují i autorky Severinsson a Holm (2015), podle kterých jsou jedinci s vyšší úrovní zdravotní gramotnosti schopni zapojení do různých aktivit zaměřených na posílení svého zdraví.

Další významnou překážkou, která byla identifikována, je nedostatečné a neefektivní školení pacientů v oblasti zdraví a bezpečné péče. Studie Jiang et al. (2021) upozornila na nedostatek povzbuzení a podpory ze strany zdravotnického personálu, což omezuje účast pacientů na jejich vlastní péči. Naqvi a Khan (2013) navrhuje, že vzdělávací programy by měly zvýšit schopnosti a kapacity pacientů. Autoři Zdanski de Souza et al. (2022) zdůraznili důležitost přípravy pacientů na jejich roli pomocí vzdělávání poskytovaného zdravotníky s cílem zvýšit jejich zdravotní gramotnost. Investice do zdravotní gramotnosti přináší prospěch zdravotnickému systému, pacientům i odborníkům a přispívá ke zlepšení zdravotních výsledků. Vzdělávání pacientů během hospitalizace má za cíl podporovat jejich zájem o zdraví, podporovat změny v chování a tím zlepšit bezpečnost pacientů (Zdanski de Souza et al., 2022).

Zdravotní stav pacienta je důležitým faktorem v procesu zapojení do péče. Zjistili jsme, že špatný zdravotní stav pacienta může ohrozit jeho účast na bezpečné péči a tím představovat překážku v zapojení. Mezi nejčastější onemocnění, která mohou narušit zapojení pacientů, patří dle Zdanski de Souza et al. (2022) úzkost a deprese, spadající do kategorie psychiatrických onemocnění. Dále se jedná o pacienty se zrakovými či sluchovými deficity, o pacienty s kognitivními poruchami, demencí nebo o pacienty trpící syndromem geriatrické křehkosti.

Kvalitativní studie autorů Naqvi & Khan (2013), která vedla rozhovory s lékaři, aby zjistila jejich zkušenosti a vnímání procesu zapojení pacienta, uvádí, že fyzická či duševní onemocnění pacientů mohou omezit jejich schopnost se zapojit do vlastní péče. Jeden z lékařů v této studii uvedl, že jsou také pacienti, kteří nemohou vyjádřit svůj názor nebo jsou intelektuálně postižení, kvůli čemuž intelektuálně nechápou, proč jsou kontrolováni, což znamená větší rizika. Studie Busch et al. (2021) navrhuje, že v případě pacientů s progresivními chorobami či kognitivními deficity by mohli být zastoupeni rodinnými pečovateli, zástupcem pacienta nebo jeho zmocnitelem. Dále zmiňuje, že v důsledku nežádoucích událostí

souvisejících s poskytováním péče může být narušen emocionální stav pacienta a v těchto případech může být důležité zastoupení pacienta s cílem vyhnout se negativnímu dopadu na emocionalitu pacienta a tím nezhoršovat jeho celkový stav.

Dle Busch et al. (2021) je klíčové, aby poskytovatelé péče brali v úvahu individuální okolnosti a potřeby pacientů ještě před tím, než dojde k nedorozuměním či chybám souvisejícím s péčí. Podle studie Vaismoradi et al. (2015) je však zastoupení pacienta jeho příbuznými strategie, která by měla být využívána obezřetně, protože zapojení příbuzných do péče může někdy bránit samotnému zapojení pacientů.

Poslední velmi důležitou překážkou v zapojení, která souvisí s pacientem, je jeho samotný postoj. Podle většiny studií byl často uváděným problémem negativní postoj pacientů, kteří slepě důvěřovali zdravotníkům a nechávali veškeré záležitosti ohledně svého zdravotního stavu na nich. (Chegini et al., 2021). Výzkum Zdanski de Souza et al. (2022) naopak ukázal, že pacienti považují lékaře za odborníky a očekávají, že iniciativu ke zlepšení péče projeví právě odborný personál. Někteří pacienti se zase nechtěli angažovat v práci poskytovatelů péče a raději přijímali pasivní roli příjemce. Závěrem studie identifikovaly potřebu uznat pacienty jako experty ve své vlastní péči a zdůraznily důležitost budování rovnocenných partnerství mezi zdravotníky a pacienty nebo veřejností, aby nedocházelo k pocitu podřízenosti lékařům. (Ocloo et al., 2021).

V případě diskuse o pacientech, kteří svým chováním přispěli k nežádoucí události, mohou mít tito pacienti obavy z obvinění za případnou chybu a z tohoto důvodu se mohou zdržovat účasti ve vyšetřování incidentu (Busch et al., 2021). Z výzkumu Busch et al. (2021) vyplývá, že klíčový je přístup zdravotníků, kteří by měli vytvářet prostředí bez obviňování a respektovat pohled pacientů, bez ohledu na jejich roli v incidentu. Studie Ringdal et al. (2017) klade důraz na důležitost pocitu bezpečí u pacientů a na uznání jejich aktivní účasti na vlastní péči. Pacienti, kteří měli možnost se podílet na rozhodování o své péči a zdravotníci projevovali zájem o jejich názory, se cítili bezpečnější a aktivněji se angažovali ve své péči. Pocit bezpečí přispíval k posílení pozice pacienta a motivaci k aktivnímu zapojení.

Druhá kategorie popisovala překážky související se zdravotnickým personálem. Dílčími překážkami byla neochota a negativní postoje zdravotnického personálu, pracovní zátěž, časový tlak a emocionální stres zdravotnických pracovníků, neefektivní komunikace, neefektivní vzdělávání a omezené znalosti zdravotnických pracovníků.

Neochota a negativní postoje zdravotnického personálu představují závažnou překážku pro zapojení pacienta. Podle autorky Chegini et al. (2019) se jako jedna z příčin negativního postojů personálu uvádí obava, že informovaní pacienti budou příliš aktivní a zapojují se do práce personálu. Další studie též autorky naznačila, že zdravotnický personál má obavy z možných stížností, což jim brání otevřeně hovořit o nežádoucích událostech a zapojovat pacienty do řešení situací. Naopak studie autora Ocloo et al. (2021) ukázala, že pacienti a jejich rodiny obvykle oceňují otevřenost při zveřejňování nežádoucích událostí a je tím menší pravděpodobnost, že by podnikli právní kroky, pokud budou dostatečně informováni. V případě skutečného poškození pacienta se doporučuje okamžité zveřejnění události, předání omluvy a poskytnutí rychlé kompenzace před zahájením vyšetřování incidentu. Je však potřeba vzít v úvahu, že zapojení pacienta může být náročnější, pokud k nežádoucí události došlo při zanedbání lékařské péče nebo pokud pacient utrpěl zranění.

Nemůžeme opomenout pracovní zátěž a časový tlak, s nímž se zdravotničtí pracovníci potýkají. Podle studie Chegini et al. (2021) jeden z pracovníků zdravotnického sektoru tvrdil, že pracovní vytížení a časový tlak nelze označit za přijatelnou výmluvu. Namísto toho tvrdil, že personál často používá tyto faktory k zakrytí vlastních selhání. Lékaři v rámci studie autorů Schildmeijer a Nelsen et al. (2018) uznali, že nedostatek času na setkání s pacienty znesnadňuje budování důvěry a řešení všech jejich otázek a obav. Tato studie také zjistila, že lékaři se vyhýbají diskusím o některých aspektech problémů pacientů, pokud si nejsou jisti, zda je dokážou efektivně vyřešit, nebo pokud mají pocit, že na to nemají dostatek času. Podle Bishopa a Macdolanda (2017) se vztah zdravotníků s pacienty vytváří tehdy, kdy je pacient vnímá jako ty, kteří si udělají čas, aby mu naslouchali. Někteří účastníci tuto skutečnost popisovali jako vzájemné přátelství, zatímco jiní vyjádřili, že tím se projevuje úcta jako osobě. Pacienti a ošetrovatelský personál považovali budování vztahů za důležitý krok k zapojení pacienta do péče. Nedostatek času a pracovní vytížení mohou být také spojeny s emocionálním stresem u zdravotnického personálu vyplývajícím ze snahy úspěšně zapojit pacienty do péče. Tento nový zdroj stresu nebo obav může znemožnit zdravotnickým pracovníkům poskytnout podporu pacientům v procesu bezpečnosti (Wu, 2000). Studie Busch et al. (2021) zdůraznila potřebu zavedení vzdělávacích programů, které by zvyšovaly povědomí zdravotnického personálu o bezpečnosti pacientů, stresových situacích, jimž čelí, a fenoménu tzv. druhé oběti.

Z výsledků práce vyplývá, že efektivní komunikace má velký potenciál, jak zlepšit zapojení pacientů. Pokud není komunikace s pacientem zřetelná a správně řízená, může být

celý proces zapojení pacienta výrazně ztížen. Tento závěr potvrzuje i studie od autorů Vahdat et al. (2014), která zdůrazňuje, že pro aktivní zapojení pacientů je nezbytná vzájemná komunikace mezi léčebným týmem a pacienty. Studie také uvádí, že komunikace umožňuje pacientům sdílet informace a znalosti, poskytovat pocit kontroly a zodpovědnosti, a tím pacienty zapojit do aktivit péče, ať už psychických nebo fyzických. Díky takové účasti mohou pacienti zlepšit své zdraví a rehabilitovat se.

Pro úspěšné začlenění pacienta do jeho vlastní péče je klíčové, aby zdravotničtí pracovníci disponovali potřebnými znalostmi a měli odpovídající odbornou kvalifikaci. Studie provedená Ridberg et al. (2014) ukázala, že nedostatek znalostí zdravotních pracovníků může být způsoben obecným nedostatkem pracovních zkušeností. Z výsledků práce je také zřejmé, že v praxi není kladen dostatečný důraz na vzdělávání zdravotnických pracovníků, jehož důsledkem jsou omezené znalosti, které snižují zapojení pacienta do jeho vlastní péče. Dle Ocloo et al. (2021) je pro adekvátní reakce na otázky a potřeby pacientů klíčové odborné vzdělání zdravotníků. Důležitý je tedy pozitivní přístup k otázkám pacientů, jak naznačila Ridberg et al. (2014). S našimi výsledky se ztotožňuje i studie Vaismoradi et al. (2015), která popisuje, že pozitivním přístupem a chováním zdravotníků je reakce na informace pacientů, pochopení jejich zdravotního stavu a uspokojování jejich potřeb.

Třetí kategorie byla zaměřena na překážky související s infrastrukturou. Do této kategorie spadala multiprofesní a týmová spolupráce, pracovní prostředí, organizační a technologické faktory a finanční omezení.

Podle našich výsledků sestry označily nedostatečný počet zdravotnického personálu jako stav, který má zásadní vliv na bezpečnost pacientů. Stejný názor zastávali také zdravotníci a manažeři veřejných fakulturních nemocnic, kteří označili nedostatek lidských zdrojů, zejména ošetrovatelského personálu, za překážku zapojení pacientů do bezpečnosti pacientů. Účastníci studie zároveň uváděli, že nedostatek personálu vede k nedostatku času pro aktivity spojené se začleněním pacientů do péče a komplikuje tím personálu udržení plné pozornosti a soustředěnosti na pacienta (Sarkhosh et al., 2022).

Pracovní prostředí má vliv na bezpečnost péče o pacienty. Byly odhaleny různé situace, které bezpečnou péči snižují. Ať už se jedná o rušivé elementy v práci zdravotnických

pracovníků, nedostatečně uspořádané prostředí nebo nedostatek odpovídajícího zdravotnického vybavení a léků. Například nedostatek soukromí pro konverzace pacientů s odborníky může kvůli vyšším počtům lůžek na pokojích vytvářet nedůvěrné prostředí pro komunikaci s pacienty (Zdanski de Souza et al., 2022). O tomto problému hovořila také studie autorů Vaismoradi et al. (2015) a potvrzuje naše zjištění. Autoři této studie zdůrazňují, že komunikace, jako poskytování rad nebo řešení stížností pacientů prostřednictvím klidné a soukromé konverzace u pacientova lůžka, může být užitečnou strategií pro vytvoření důvěrného prostředí a tím zvýšit bezpečnost pacientů.

Omezené finanční prostředky jsou důležitým aspektem ztěžujícím dosažení vyšší úrovně bezpečnosti pacientů a ovlivňujícím ji v mnoha ohledech (Ridelberg et al., 2014). Dle studie Sarkhosh et al. (2022) někteří pracovníci odpovědní za bezpečnost pacientů upozornili, že nemocnice v současné době trpí finančními potížemi a mohou mít dokonce problémy se zajištěním základních potřeb, jako jsou například osobní ochranné prostředky. Ze studie také vyplynulo, že nedostatek materiálů nezbytných pro poskytování bezpečné péče může vést k tomu, že zdravotničtí pracovníci neberou otázky bezpečnosti pacientů vážně.

## LIMITY VÝZKUMU/PRÁCE

Při zpracování kvalifikační práce bylo hlavním detekovaným limitem nedostupnost studií v jiném než anglickém jazyce. Vyhledány byly pouze studie publikované v anglickém jazyce nebo studie do tohoto jazyka přeložené.

Dalším limitem byla nedostupnost full textových zdrojů, například z důvodu zpoplatnění služeb. I přes snahu využití přístupu ke studiím přes univerzitní systém nebylo možné některé studie získat bez registrovaného placeného přístupu, a proto práce obsahuje pouze studie, které byly veřejně dostupné.

Dalším limitem byla také skutečnost, že jsme zahrnuly pouze takové studie, které jednoznačně souvisely s tématem kvalifikační práce a s určenou výzkumnou otázkou.

Limitem práce bylo také určené časové období let 2013-2023. Studie zabývající se překážkami v zapojení do bezpečné zdravotní péče, které byly publikovány od roku 2012 a dříve již nesplňovaly naše kritéria, a proto nebyly do práce zahrnuty.

V poslední řadě byla limitem práce příliš odborně zaměřená témata překážek schylujících se například k politickým okolnostem, a proto tyto skutečnosti nebyly do práce zahrnuty. Vybrány byly pouze takové překážky, které souvisely se zdravotnictvím a ošetřovatelstvím.



## **DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM**

V bakalářské práci jsme se věnovali překážkám neboli faktorům, které mohou bránit pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče. S tématem zapojení pacientů do poskytování bezpečné zdravotní péče nedílně souvisí kromě překážek a faktorů bránících i faktory, které toto zapojení usnadňují a také strategie, kterými lze vzniklé překážky překonat či eliminovat.

Téma zapojení pacientů do poskytování bezpečné péče je velmi obsáhlé a v České republice, ale i ve světě celkem opomíjené. Proto jsou možnosti dalšího výzkumu velmi rozsáhlé. S ohledem na náš výzkumný záměr doporučujeme pro další výzkum zpracovat přehled usnadňujících faktorů a strategií pro překonání již vzniklých překážek vedoucích ke zlepšení zapojení pacientů a poskytované zdravotní péče s ohledem na bezpečnost pacienta.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI/VÝSTUP Z PRÁCE**

Tato kvalifikační práce může být základním odborným textem pro další autory, kteří se tématem překážek souvisejících se zapojením pacienta do bezpečné zdravotní péče budou zabývat. Přehled může být také využit jako podklad pro management zdravotnických zařízení nebo pro samotné zdravotnické pracovníky či studenty jako studijní materiál pro obor ošetrovatelství.

Výstupem z práce bude představení této bakalářské práce na konferenci s názvem *Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství*, která se bude konat dne 7.5. 2024 ve Fakultní nemocnici Plzeň na Lochotíně.

## ZÁVĚR

V této přehledové bakalářské práci s názvem Překážky v zapojení pacienta do bezpečné zdravotní péče bylo cílem zmapovat a popsat aktuální publikované poznatky o překážkách, které mohou pacientům bránit v zapojení do bezpečné zdravotní péče.

Vhodné studie pro tuto práci jsme hledali prostřednictvím elektronických databází. Nalezeno bylo celkem 6 odborných studií. Všech 6 studií bylo podrobně prostudováno a významné údaje z nich byly použity pro tuto práci. Zjistili jsme, že účast pacientů v rámci dosažení bezpečnější péče naráží na mnoho překážek. Byly identifikovány překážky tří kategorií. Kategorie pacienta, kategorie zdravotnických pracovníků a kategorie infrastruktury.

V kategorii pacienta jsme se dozvěděli, že zdravotní gramotnost pacientů podporuje aktivní přístup k zapojení do bezpečnosti péče. Investice do zvýšení zdravotní gramotnosti pacientů přináší prospěch jak pacientům, odborníkům, tak i celému zdravotnickému systému a přispívá ke zlepšení zdravotních výsledků. V procesu zapojení pacientů do bezpečné zdravotní péče je nezbytné brát v úvahu zdravotní stav pacienta, který může aktivní účasti v péči bránit. Je nutné, aby odborníci zohledňovali individuální okolnosti a potřeby pacientů, které mohou souviset například s jejich kulturou či náboženstvím. Podpora, uznání aktivní účasti pacientů a rovnocenných partnerství mezi odborníky a pacienty, může pomoci zlepšit negativní postoje pacientů, a tím zvýšit jejich angažovanost v zapojení do bezpečné zdravotní péče.

Zdravotnický personál může svým negativním chováním a přístupem k zapojení pacientů do péče tvořit překážku, která aktivní přístup pacientů skutečně sníží. Řešením tohoto problému by mohlo být zavedení vzdělávacích programů zvyšujících povědomí odborníků o důležitosti bezpečnosti pacientů, čímž by se zájem pacientů o aktivní zapojení do péče mohl zvýšit. Takové vzdělávací programy by měly hovořit také o řešeních stresových situací, kterým zdravotničtí pracovníci čelí a v neposlední řadě by se měly zabývat základy správné a efektivní komunikace. Pro úspěšné zapojení pacientů do péče je důležité, aby odborníci disponovali potřebnými znalostmi a měli odpovídající odbornou kvalifikaci.

Třetí identifikovanou kategorií tvořily překážky související s infrastrukturou. Výsledky odhalily nedostatek zdravotnického personálu jako stav, který zásadně ovlivňuje bezpečnost pacientů. Kvůli nedostatku zdravotnického personálu není dostatek času pro aktivity

spojené se začleněním pacientů do péče a plná pozornost a soustředěnost na pacienta je výrazně snížena. Aktivní zapojení pacientů může snižovat také neadekvátní uspořádání pracovního prostředí a nedostatečné finanční prostředky. Zjistili jsme, že některé nemocnice v současné době trpí finančními potížemi, což ztěžuje dosažení vyšší úrovně bezpečnosti pacientů.

Mnohvrstevnatá povaha překážek naznačuje, že k řešení tohoto problému je třeba navrhnout komplexní mnohostranné iniciativy. Tato práce je určena pro odbornou zdravotnickou veřejnost nebo pro management zdravotnických zařízení a může být využita jako základní odborný text pro další autory, kteří se budou tématem překážek souvisejících se zapojením pacientů do bezpečné zdravotní péče zabývat.

Tato bakalářská práce vybízí k dalšímu výzkumu, který by se mohl zaměřit na faktory usnadňující zapojení pacientů do bezpečné zdravotní péče a na strategie k překonání či eliminaci již vzniklých překážek, které brání pacientům v zapojení do bezpečné zdravotní péče.

## SEZNAM LITERATURY

1. BAAR, Paul J. a ELWYN, Glyn. *Measurement challenges in shared decision making: putting the “patient” in patient-reported measures*. Online. *Health Expectations*. October 2016. vol. 19, iss. 5, s. 993-1001. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hex.12380>. [citováno 2024-02-10].
2. BATE, Paul a ROBERT, Glenn. *Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient*. Online. *The British Medical Journal Quality Safety*. 30 October 2006. vol. 15, iss. 5, s. 307-310. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>. [citováno 2024-02-13].
3. BISHOP, Andrea C. a MACDONALD, Marilyn. *“Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions.”* Online. *Journal of Patient Safety*. June 2017. vol. 13, no. 2, s. 82–87. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/pts.000000000000123>. [citováno 2024-02-01].
4. BOMBARD, Yvonne; ROSS BAKER, G.; ORLANDO, Elaina; FANCOTT, Carol; BHATIA, Pooja et al. *Engaging patients to improve quality of care: a systematic review*. Online. *Implementation Science*. 26 July 2018, vol. 13, article 98. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>. [citováno 2024-02-13].
5. BROTHERTON, Hope. *Patient participation*. Online. *British Journal of Health Care Management*. 4 April 2018. vol. 24, iss. 4, s. 169. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjhc.2018.24.4.169>. [citováno 2024-02-01].
6. BUSCH, Isolde Martina; SAXENA, Ankita a WU, Albert W. *Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement*. Online. *Journal of Patient Safety*. August 2021, vol. 17, no. 5, s. 358–361. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000699>. [citováno 2024-01-20].
7. CAHILL, Jo. *Patient participation—a review of the literature*. Online. *Journal of Clinical Nursing*. May 1998. vol. 7, no. 2, s. 119–128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00146.x>. [citováno 2024-01-20].
8. CARMAN, Kristin L.; DARDESS, Pam; MAURER, Maureen; SOFAER, Shoshanna; ADAMS, Karen et al. *Patient and family engagement: a framework for un-*

- derstanding the elements and developing interventions and policies*. Online. Health Affairs. February 2013. vol. 32, no. 2, s. 223–31. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>. [citováno 2024-03-13].
9. FUMAGALLI, Lia Paola; RADAELLI, Giovanni; LETTIERI, Emanuele; BERTELE, Paolo a MASELLA, Cristina. *Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships*. Online. Health Policy. March 2015. vol. 119, iss. 3, s. 384-394. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>. [citováno 2024-02-16].
  10. HIGGINS, Tracy; LARSON, Elaine a SCHNALL, Rebecca. *Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis*. Online. Patient Education and Counseling. January 2017. vol. 100, iss. 1, s. 30–36. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>. [citováno 2024-03-10].
  11. CHEGINI, Zahra; ARAB-ZOZANI, Morteza; SHARIFUL ISLAM, Sheik Mohammed; TOBIANO, Georgia a ABBASGHOLIZADEH RAHIMI, Samira. *Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis*. Online. Nursing Forum. October/December 2021, vol. 6, iss. 4, s. 938–949. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/nuf.12635>. [citováno 2024-01-20].
  12. CHEGINI, Zahra; JANATI, Ali; BABAIE, Javad a POURAGHAEI, Mahboub. *Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study*. Online. Nursing Open. January 2020, vol. 7, iss. 1, s. 457–465. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.411>. [citováno 2024-01-20].
  13. JAROŠOVÁ, Darja a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.
  14. JIANG, Nan, SUN, Meng-Meng, ZHOUE, Ying-Ying a FENG, Xiao-Xing. *Significance of Patient Participation in Nursing Care*. Online. Alternative Therapies in Health and Medicine. September/October 2021, vol. 27, no. 5, s. 115–119. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32857729/>. [citováno 2024-02-08].
  15. KHAN, Alisa; FURTAK, Stephannie L.; MELVIN, Patrice; ROGERS, Jayne E.; SCHUSTER, Mark A. a LANDRIGAN, Christopher P. *Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children*. Online. JAMA Pediatrics. 4 April

2016. vol. 170, no. 4, article e154608. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4608>. [citováno 2024-03-13].
16. MAREČKOVÁ, Jana; KLUGAROVÁ, Jitka et al. *Evidence-based health care: zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 93 s. ISBN 978-80-244-4784-1.
17. MAREŠ, Jiří. *Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření*. Online. *Pedagogická orientace*. 2013, roč. 23, č. 4, s. 427–454. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/PedOr2013-4-427>. [citováno 2024-03-14].
18. MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen; STILLWELL, Susan a WILLIAMSON, Kathleen. *Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice*. Online. *The American Journal of Nursing*. January 2010. vol. 110, no. 1, s. 51-53. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2>. [citováno 2024-02-10].
19. MORRIS, Rebeca L.; RUDDOCK, Angela; GALLACHER, Kelly; ROLFE, Carly; GILES, Sally et al. *Developing a patient safety guide for primary care: A co-design approach involving patients, carers and clinicians*. Online. *Health Expectations*. February 2021. vol. 24, iss. 1, s. 42-52. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hex.13143>. [citováno 2024-02-14].
20. NAQVI, S. M. H. a KHAN, M. A. Employees training and organizational performance: Mediation by employees performance. *Institute of Interdisciplinary Business Research*. 2013, vol. 5, no. 4, s. 490–503.
21. OCLOO, Josephine; GARFIELD, Sara; FRANKLIN, Bryony Dean a DAWSON, Shoba. *Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews*. Online. *Health Research Policy and Systems*. 20 January 2021, vol. 19, article 8. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>. [citováno 2024-02-11].
22. PEERALLY, Mohammad Farhad; CARR, Susan; WARING, Justin a DIXON-WOODS, Mary. *The problem with root cause analysis*. Online. *BMJ Quality & Safety*. 18 April 2017. vol. 26, iss. 5, s. 417–422. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005511>. [citováno 2024-01-21].

23. POMEY, Marie-Pascale; LEBEL, Paule; CLAVEL, Nathalie; MORIN, Édith; MORIN, Mireille et al. *Development of patient-inclusive teams: toward a structured methodology*. Online. *Healthcare Quarterly*. December 2018. vol. 21, Special issue, s. 38-44. Dostupné z: <https://doi.org/10.12927/hcq.2018.25640>. [citováno 2024-03-10].
24. PRIOR, Sarah Jane a CAMPBELL, Steven. *Patient and family involvement: a discussion of co-led redesign of healthcare services*. Online. *Journal of Participatory Medicine*. January/March 2018, vol. 10, no. 1, article e5. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/jopm.8957>. [citováno 2024-03-10].
25. RIDELBERG, Mikaela; ROBACK, Kerstin a NILSEN, Per. *Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions*. Online. *BMC Nursing*. 13 August 2014, vol. 13, article 23. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-23>. [citováno 2024-01-20].
26. ROSS BAKER, G. Evidence Boost: A Review of Research Highlighting How Patient Engagement Contributes to Improved Care. In: *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*. Online. CFHI, August 2014. Dostupné z: <https://citeserx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e02502e8b77fe8f2421f2aa72a772cf3dbf525eb> [citováno 2024-02-20].
27. RINGDAL, Mona; CHABOYER, Wendy; ULIN, Kerstin; BUCKNALL, Tracey a OXELMARK Lena. *Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals*. Online. *BMC Nursing*. 21 November 2017. vol. 16, article 69. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0266-7>. [citováno 2024-02-20].
28. SACKETT, David L.; ROSENBERG, William M. C.; MUIR GRAY, John A.; HAYNES, Robert Brian a RICHARDSON, W. Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. Online. *The British Medical Journal*. 13 January 1996, vol. 312, s. 71–72. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>. nebo <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf> [citováno 2024-02-20].



29. SACRISTÁN, José A.; AGUARÓN, Alfonso; AVENDAÑO-SOLÁ, Cristina; GARRIDO, Pilar a CARRIÓN, Juan et al. *Patient involvement in clinical research: why, when, and how*. Online. Patient Preference and Adherence. 27 April 2016, no. 10, s. 631–640. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/ppa.s104259>. [citováno 2024-03-13].
30. SARKHOSH, Samaneh; ABDI, Zhaleh a RAVAGHI, Hamid. *Engaging patients in patient safety: a qualitative study examining healthcare managers and providers' perspectives*. Online. BMC Nursing. 29 December 2022. vol. 21, article 374. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01152-1>. [citováno 2024-02-21].
31. SEVERINSSON, Elisabeth a HOLM, Anne Lise. *Patient's Role in Their Own Safety – A Systematic Review of Patient Involvement in Safety*. Online. Open Journal of Nursing. July 2015, vol. 5, no. 7, s. 642–653. Dostupné z: <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.57068>. [citováno 2024-01-24].
32. SHARMA, Anjana E.; RIVADENEIRA, Natalie A.; BARR-WALKER, Jill; STERN, Rachel J.; JOHNSON Amanda K. a SARKAR, Urmimala. “*Patient Engagement In Health Care Safety: An Overview Of Mixed-Quality Evidence*.” Online. Health Affairs. November 2018. vol. 37, no. 11, s. 1813-1820. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0716>. [citováno 2024-01-24].
33. SCHILDMEIJER, Kristina; NILSEN, Per; ERICSSON, Carin; BROSTRÖM, Anders a SKAGERSTRÖM, Janna. *Determinants of patient participation for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions*. Online. Health Science Reports. October 2018. vol. 1, iss. 10, article e87. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/hsr2.87>. [citováno 2024-03-12].
34. THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION'S LUCIAN LEAPE INSTITUTE. *Shining a Light. Safer Health Care Through Transparency*. Online. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. 43 s. Dostupné z: <https://www.patientlibrary.net/cgi-bin/download/file/157115>. [citováno 2024-03-15].
35. TOBIANO, Georgia; BUCKNALL, Tracey; MARSHALL, Andrea; GUINANE Jessica a CHABOYER Wendy. *Nurses' views of patient participation in nursing care*. Online. Journal of Advanced Nursing. December 2015. vol. 71, iss. 12, s. 2741-2752. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jan.12740>. [citováno 2024-02-11].

36. TRBOVICH, Patricia a SHOJANIA Kaveh G. *Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp*. Online. BMJ Quality & Safety. 18 April 2017. vol. 26, iss. 5, s. 350–353. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006229>. [citováno 2024-03-11].
37. ÚSTAV PRO JAZYK ČESKÝ, ČSAV. *Slovník spisovného českého jazyka*. Online. Praha, 2011. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?db=ssjc> [citováno 2024-03-13].
38. VAHDAT, Shaghayegh; HAMZEHGARDESHI, Leila; HESSAM, Somayeh a HAMZEHGARDESHI, Zeinab. *Patient involvement in health care decision making: A review*. Online. Iran Red Crescent Medical Journal. January 2014. vol. 16, iss. 1, article e12454. Dostupné z: <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>. [citováno 2024-02-20].
39. VAISMORADI, Mojtaba; JORDAN, Sue a KANGASNIEMI, Mari. *Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review*. Online. Journal of Clinical Nursing. March 2015, vol. 24, iss. 5-6, s. 627–639. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.12664>. [citováno 2024-02-21].
40. WHO. *Exploring patient participation in reducing healthcare-related safety risks*. Online. Geneva: WHO, 2013. ISBN 978-92-890-0294-3. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/326442>. [cit. 2024-01-08].
41. WHO. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Online. Geneva: World Health Organization, 3 August 2021. ISBN 978-92-4-003270-5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. [citováno 2024-01-08].
42. WHO. *Patient safety*. Online. In: World Health Organization. 9 March 2019. Dostupné z: [www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/). [citováno 2024-01-09].
43. WU, AW. Medical error: the second victim. *The doctor who makes mistakes needs help too*. Online. The British Medical Journal. 18 March 2000. vol. 320, s. 726–727. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>. [citováno 2024-02-10].
44. ZDANSKI DE SOUZA, Andrieli Daiane; HOFFMEISTER, Louise Viecili a SCHEBELLA SOUTO DE MOURA, Gisela Maria. *Facilitators and Barriers of*

*Patient Involvement in Hospital Services: Integrative Review*. Online. Text & Context Nursing. 2022, vol. 31, article e20200395. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395en>. [citováno 2024-01-20].