# Skúsenosti sestier s nežiaducimi udalosťami v domácej ošetrovateľskej starostlivosti - interpretačná fenomenologická analýza

# *Nurses' experiences with adverse events in home nursing care - an interpretative phenomenological analysis*

Viera HULKOVÁ

*Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín*

**ABSTRAKT**

*Východiská: Globálny nárast dopytu po službách domácej starostlivosti akcentuje tému bezpečnosti v komunitnej a domácej starostlivosti nielen z aspektu bezpečnosti pacientov, ale aj bezpečnosti sestier a ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.*

*Cieľ: Analyzovať pomocou interpretačnej fenomenologickej kvalitatívnej analýzy skúsenosti sestier v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s nežiadúcimi udalosťami.*

*Súbor a metodika: Štúdie sa zúčastnilo sedem participantiek, ktoré pracovali ako sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Priemerný vek sestier bol 46 rokov a priemerná dĺžka praxe v ADOS bola 8,8 rokov. Pološtruktúrované rozhovory so sestrami sa uskutočnili v marci 2025. Údaje boli analyzované interpretačnou fenomenologickou analýzou (IPA) podľa Smith, Osborn, (2015). Pomocou IPA sme opísali skúsenosti participantiek s rôznymi formami nežiadúcich udalostí, ako ich prežívali a interpretovali vlastnými slovami.*

*Výsledky: Z analýzy vyplynuli štyri spoločné tematické kategórie: strach, pocit bezpečia a istoty, emocionálna záťaž, psychologická podpora sestrám. Sestry najčastejšie opisovali skúsenosť so sexuálnym obťažovaním, s fyzickým napadnutím a napadnutie domácim zvieraťom.*

*Záver: Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí prináša špecifické riziká a nebezpečenstvá, keďže je nekontrolované a rozmanitejšie ako v zdravotníckom zariadení.*

**Kľúčové slová:** Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Nežiaduce udalosti. Sestry.

**ABSTRACT**

*Background: The global increase in demand for home care services emphasizes the topic of safety in community and home care not only from the aspect of patient safety, but also the safety of nurses and other healthcare providers.*

*Objective: To analyze the experiences of nurses in home care with adverse events using interpretive phenomenological qualitative analysis.*

*Subject and methodology: The study involved seven participants who worked as nurses in home care agencies. The average age of the nurses was 46 years and the average length of practice in agency for home care was 8,8 years. Semi-structured interviews with the nurses were conducted in March 2025. The data were analyzed using interpretive phenomenological analysis (IPA) according to Smith, Osborn, (2015). Using IPA, we described the participants' experiences with various forms of adverse events, as they experienced and interpreted them in their own words.*

*Results: The analysis revealed four common thematic categories: fear, feeling safe and secure, emotional burden, psychological support for nurses. Nurses most frequently described experiences with sexual harassment, physical assault, and attacks by pets.*

*Conclusion: Providing nursing care in the home environment carries specific risks and dangers, as it is uncontrolled and more diverse than in a healthcare facility.*

**Key words:** Home nursing care. Adverse events. Nurses.

## ÚVOD

Celosvetovo rastie počet osôb, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí prináša špecifické riziká a nebezpečenstvá, keďže je nekontrolované a rozmanitejšie ako v zdravotníckom zariadení (Gross et al., 2013). Význam

bezpečnosti pacientov v domácej starostlivosti sa zvýšil v súvislosti s presunom zdravotnej starostlivosti z nemocničnej do komunitnej a domácej, pretože umožňuje ľuďom s chorobami a/alebo zdravotným postihnutím zostať vo svojom domácom/prirodzenom sociálnom prostredí (Morioka, Kashiwagi, 2021). Domáca starostlivosť by mala byť poskytovaná v bezpečnom prostredí so zreteľom na bezpečnosť pacientov a poskytovateľov (Berland et al., 2012). Bezpečnosť pacienta v domácej starostlivosti je mnohostranný koncept, ktorý zahŕňa fyzický, psychický, sociálny a praktický rozmer (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008).

Práca sestier v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje vysokú mieru odbornosti, empatie a schopnosti identifikovať a manažovať rôzne riziká, ktoré môžu ovplyvniť bezpečnosť pacientov, ale aj bezpečnosť sestier samotných. Sestry musia byť schopné zvládať nepredvídateľné situácie, ktoré sú spojené s emocionálnou záťažou, stresom, strachom, frustráciou a adaptovať sa na rôzne prostredia.

Sestry pracujúce v domácej starostlivosti sú vystavené vyššiemu riziku násilia na pracovisku vrátane slovného urážania, vyhrážok a fyzického napadnutia, ktoré môže pochádzať od pacientov, rodinných príslušníkov a môže viesť k problémom s duševným zdravím sestier. K špecifickým atribútom bezpečnostných hrozieb v domácej ošetrovateľskej starostlivosti patria agresívne domáce zvieratá.

Bezpečnosť pacienta v domácom prostredí predstavuje identifikáciu, analýzu a manažment rizík súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti s cieľom dosiahnuť čo najbezpečnejšiu starostlivosť. Nežiaduca udalosť je akákoľvek neočakávaná udalosť, ktorá spôsobila alebo mohla spôsobiť neúmyselné poškodenie pacienta postupom zdravotníkov. Je klasifikovaná ako preventabilná a nepreventabilná. Príčinou môže byť chyba zdravotníckeho pracovníka alebo chyba v systéme. Nežiaduca udalosť môže súvisieť priamo s výkonom, vynechaním výkonu, porušením smerníc, štandardov, omylom, nedbanlivosťou (Kožuchová, 2014; Kožuchová, 2019; Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; Shahrestanaki et al., 2022; Hughes, 2008).

Definícia nežiaducej udalosti v prostredí domácej starostlivosti nie je jednoznačná. Podľa WHO bola nežiaduca udalosť definovaná ako udalosť, ktorá spôsobí neúmyselné poškodenie pacienta, ku ktorému dôjde počas poskytovania starostlivosti (Kilíková et al., 2020).

Riziká v domácej starostlivosti sa líšia od rizík v inštitucionálnej starostlivosti. Podľa Vaartio-Rajalin et al. (2022) je miera výskytu incidentov ohrozujúcich bezpečnosť pacientov o 60 % vyššia v neinštitucionálnom prostredí ako v zdravotníckych zariadeniach.

V prevencii nežiadúcich udalostí zohrávajú sestry v domácej starostlivosti dôležitú úlohu manažovaním a skríningom bezpečnostných rizík (Morioka, Kashiwagi, 2021).

The Joint Commission publikovala pre rok 2025 Národné ciele bezpečnosti v domácej starostlivosti. Organizácie domácej starostlivosti by mali mať integrovaný prístup k bezpečnosti pacientov, aby bolo možné poskytnúť bezpečnú starostlivosť každému pacientovi v každom prostredí. Súčasťou integrovaného bezpečnostného systému je aj kultúra bezpečnosti. Spoločná komisia poskytuje agentúram domácej starostlivosti manuál - Komplexnú akreditačnú príručku pre domácu starostlivosť, ktorá obsahuje štandardy súvisiace s národnými cieľmi (The Joint Commission, 2025a; 2025b).

**CIEĽ**

Analyzovať pomocou interpretačnej fenomenologickej kvalitatívnej analýzy skúsenosti sestier v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s nežiadúcimi udalosťami.

**SÚBOR A METODIKA**

Štúdia mala kvalitatívny dizajn založený na interpretačnej fenomenologickej analýze (IPA) - hĺbkovom opise emócií, názorov, zažitej skúsenosti, rozprávaní sestry, opis jej skúsenosti s nežiadúcou udalosťou z hľadiska bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti. Výskumný výber pozostával zo siedmich participantiek, ktoré pracovali ako sestry v ADOS. Na zber údajov sme použili pološtruktúrovaný rozhovor. Rozhovory boli realizované v marci 2025. Záznamy rozhovorov boli transkribované a analyzované. Kategorizácia odpovedí bola založená na opakujúcich sa tematických jednotkách. Získané údaje boli analyzované interpretačnou fenomenologickou analýzou. IPA zaujíma fenomenologické, hermeneutické a idiografické stanovisko; objasňuje, ako participanti dávajú zmysel

svojim skúsenostiam, ako ich prežívajú a ako o nich rozprávajú (Smith, Osborn, 2015). Interpretačná fenomenologická analýza je kvalitatívny prístup, ktorého cieľom je poskytnúť podrobné skúmanie osobnej prežitej skúsenosti. Vytvára opis prežitej skúsenosti vo vlastných pojmoch. IPA Smith, Osborn (2015) odporúčajú na skúmanie tém, ktoré sú zložité, nejednoznačné a emocionálne zaťažené. Idiografické zameranie znamená, že cieľom IPA je poskytnúť pohľad na to, ako daná osoba v danom kontexte dáva zmysel danému javu. Zvyčajne sa tieto javy týkajú skúseností určitého osobného významu. Odporúčaný postup pri analýze údajov deskriptívnou fenomenologickou metódou je nasledovný: (1) dôkladné preskúmanie zozbieraných údajov, prepisy nahrávok rozhovorov, opakované prečítanie prepisov; (2) analýza textu; (3) identifikácia kľúčových prvkov, významných výrokov, ich farebné rozlíšenie. Vety s podobným významom boli označené rovnakou farbou, aby sa identifikovali spoločné asociácie, znaky a rozdiely. (4) extrahovanie významových jednotiek textu; (5) zoskupenie, usporiadanie významov do tém; (6) pomenovanie kategórií. Pri príprave a realizácii štúdie sme postupovali podľa kontrolného zoznamu Konsolidovaných kritérií pre podávanie správ o kvalitatívnom výskume (COREQ) (Tong et al., 2007).

Po opakovanom čítaní a dôslednom oboznámení sa s textom sme si vypracovali počiatočné poznámky. Využili sme vlastný hovorový štýl sestier a vyhľadávali kľúčové slová či výrazy ako strach, emocionálna záťaž na vytvorenie významových jednotiek textu, z ktorých sme generovali systém kategórií, zoznam identifikovaných tém. Po individuálnej analýze nasledovala krížová analýza, v ktorej boli medzi jednotlivými prípadmi identifikované podobnosti, rozdiely, vzájomné vzťahy, ako i opakujúce sa témy. Kvalitatívna analýza ôsmich pološtruktúrovaných rozhovorov priniesla štyri hlavné témy, ktoré sa vzťahovali k skúsenostiam sestier s nežiadúcimi udalosťami v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Naše interakcie vo výskume neboli ovplyvnené osobnou skúsenosťou, ale len teoretickými poznatkami o skúmanej téme. Individuálne opisy skúseností participantiek slúžia na vykreslenie ich jedinečných skúseností tak, ako sa objavili v rozhovore a spoločné témy na poukázanie podobností a rozdielností medzi skúsenosťami participantiek. V tabuľke 1 sú uvedené základné charakteristiky participantiek.

*Tabuľka 1* Demografické údaje sestier

| Participantky | Charakteristika nežiadúcej udalosti | Vek | Vzdelanie | Dĺžka praxe v ADOS |
|---|---|---|---|---|
| Participantka 1 | skúsenosť so sexuálnym obťažovaním | 44 | stredoškolské | 5 |
| Participantka 2 | skúsenosť s fyzickým napadnutím | 58 | stredoškolské | 14 |
| Participantka 3 | skúsenosť s fyzickým napadnutím; napadnutie zvieraťom | 48 | stredoškolské | 4 |
| Participantka 4 | smrť pacienta následkom požiaru | 57 | stredoškolské | 4 |
| Participantka 5 | skúsenosť s fyzickým napadnutím a sexuálnym obťažovaním | 35 | vysokoškolské I. st. | 5 |
| Participantka 6 | skúsenosť s fyzickým napadnutím | 45 | vysokoškolské I. st. | 25 |
| Participantka 7 | skúsenosť so zanedbaným domácim prostredím | 35 | vysokoškolské I. st. | 5 |

Priemerný vek sestier bol 46 rokov; najmladšia sestra mala 35 rokov, najstaršia 58 rokov. Priemerná dĺžka praxe v ADOS bola 8,8 rokov; najkratšie 4 roky a najdlhšie 25 rokov.

**VÝSLEDKY**

Z analýzy vyplynuli štyri spoločné tematické kategórie: strach, pocit bezpečia a istoty, emocionálna záťaž, psychologická podpora sestrám. Sestry najčastejšie opisovali skúsenosť so sexuálnym obťažovaním, s fyzickým napadnutím a napadnutie domácim zvieraťom.

**Strach**

Participantka 3 bola napadnutá domácim zvieraťom; následkom zranenia bola šesť mesiacov práceneschopná. Po uhryznutí psom bol opakovane potrebný chirurgický zákrok. Sestra mala strach zo psov aj pred touto udalosťou, preto vždy žiadala majiteľku psov, aby ich nenechávala voľne pobehovať po dvore, aby mohla sestra bezpečne vojsť do domu.
Majiteľka psov ich opakovane odmietala zavrieť alebo priviazať počas návštevy sestry v dome pacienta. *„Jeden zo psov na mňa zaútočil a pohrýzol ma do nohy. Veľmi ma to bolelo, spadla som na zem, začala som kričať a aj plakať. Rana krvácala, tak bolo potrebné privolať záchranku. Pes nebol očkovaný.“* Incident riešila manažérka ADOS s majiteľkou psov súdnou cestou a ukončením spolupráce.
*„Rana sa zle hojila, bola opuchnutá, mala som strach o svoje zdravie a bála som sa následkov.“*

Participantka 4 zažila viacero nepríjemných udalostí, na základe ktorých sa rozhodla ukončiť pracovný pomer v ADOS. Opisovala zážitok, keď našla zuhoľnatelé telo pacienta po požiari, ktorého navštevovala v ťažko prístupnej chatovej oblasti na lazoch. Pacient býval v nevyhovujúcich podmienkach. Mal ulcus cruris, ale o ranu sa nestaral. Sestra našla počas jednej návštevy pacienta mŕtveho. Telo bolo na gauči, zuhoľnatené, ostala iba časť tela od trupu nahor a v ruke mal cigaretu.
*„Bola som vystrašená, zavolala som políciu. Asi týždeň po tejto udalosti som mala zlé sny, prenasledovalo ma to, budila som sa. Potrebovala som týždeň voľna, aby to mohla spracovať. Nikdy predtým som sa s podobnou udalosťou nestretla. Podporovala ma moja rodina a po návrate do práce aj kolegyne.“*
Komunikácia so spolupracovníkmi, zdieľanie emócií, skúseností môžu výrazne zmierniť psychickú traumu a stres z náročných situácií v teréne. Vytvorenie podporného pracovného prostredia je dôležité pre duševnú pohodu sestier.

Participantku 6 ohrozoval nožom syn pacientky. *„Syn pacientky ma zavolal do kuchyne, že sa chce so mnou rozprávať. Postavil sa tak, že mi zatarasil cestu z miestnosti. Chytil nôž so slovami, že ma chce zabiť. Zachránila ma náhoda. Do kuchyne vošla jeho mama. Rýchlo som vybehla z bytu, kontaktovala som zamestnávateľa, políciu, psychiatra.“* Bola to traumatizujúca skúsenosť, sestra bola v šoku, pociťovala strach.

**Pocit bezpečia a istoty**

Participantka 2 bola konfrontovaná s fyzickým atakom. Sestra opisovala negatívnu skúsenosť, keď ju škrtil pacient. *„Ošetrovala som pacienta, ktorý trpel demenciou, jeho stav sa postupne zhoršoval, mal výkyvy nálad. Rozkričal sa na mňa, schytil ma pod krk a začal ma škrtiť. Úplne ma to zaskočilo, útok vo mne vyvolal pocit silného strachu, uvedomila som si reálne nebezpečenstvo, rozplakala som sa. Súčasne som sa snažila zachovať pokoj a začala som na klienta hovoriť. Trvalo dlhý čas, kým sa mi podarilo vyslobodiť z jeho zovretia a vzdialiť sa od neho, aby som zabránila ďalšiemu napadnutiu.“*
Hoci si participantka uvedomila, že útok bol dôsledkom pacientovho zdravotného stavu, táto skúsenosť ju hlboko zasiahla. Dovtedy sa stretávala s verbálnou agresiou, či zo strany pacientov alebo rodinných príslušníkov. Sestra informovala o incidente svojho zamestnávateľa, ktorý bezodkladne reagoval a sestre bol pridelený iný klient. Podľa vyjadrenia sestry jej takéto riešenie dáva pocit istoty a bezpečia pri práci.
*„Môj zamestnávateľ mi hneď po takejto traumatizujúcej udalosti poskytol týždeň voľna a veľmi mi pomohla aj podpora kolegýň.“*
Participantka zdôrazňuje, že je potrebné, aby sestry dostali pred pridelením nového pacienta podrobné informácie o jeho zdravotnom stave, správaní a možných rizikách. Ak má pacient zaznamenané agresívne prejavy, sestra sa môže na zmeny správania čiastočne vopred pripraviť.

**Emocionálna záťaž**

Participantku 5 ohrozovala nožom dcéra klientky. Bola agresívna a obviňovala sestru zo zhoršeného zdravotného stavu matky. *„Dcéra bola nepríjemná, správala sa ku mne odmerane, začala na mňa kričať. V tom sa natiahla po noži, ktorý bol na kuchynskej linke a kričala na mňa, aby som ihneď odišla.*

*Bála som sa, lebo som nevedela, či toho bude schopná."* Po odchode z bytu zavolala políciu a neskôr sa zistilo, že dcéra klientky bola prijatá na psychiatrické oddelenie. Pacientku po tejto skúsenosti prevzala kolegyňa. Sestra opisovala šok, strach, bezmocnosť. Táto udalosť spolu s opakujúcim sa sexuálnym obťažovaním boli dôvody, prečo sestra ukončila pracovný pomer v ADOS. Cítila sa veľmi psychicky aj fyzicky vyčerpaná. Postupne sa u nej prejavovali úzkostné stavy pri návšteve pacientov v ich domácom prirodzenom sociálnom prostredí.

Participantka mala idealistickú predstavu o práci sestry v ADOS, imponovala jej možnosť pracovať samostatne a hlavný význam svojej práce videla v starostlivosti o ľudí v ich domácom prostredí. Jej očakávania konfrontované s realitou sestru postupne frustrovali, bola emocionálne vyčerpaná, sklamaná. Incident s nožom vyvolal u sestry silnú psychologickú reakciu, následkom čoho mala neustály pocit ohrozenia pri každej návšteve pacientov. Hypervigilancia jej spôsobovala, že aj bežné situácie boli pre ňu stresujúce. Participantka postupne strácala pocit bezpečia a istoty. Pociťovala strach pri vstupe do domácností pacientov, čo viedlo k dlhodobému vyčerpaniu. Hoci sa sestra snažila situáciu racionalizovať, emocionálna záťaž bola neúnosná, čo viedlo k vyhoreniu. Sestra prežívala vnútornú dilemu: chcela pomáhať pacientom v ich domovoch na základe osobnej skúsenosti s ošetrovaním svojej starej mamy, táto práca mala pre ňu najmä spočiatku veľký význam verzus uvedomenie si, že ju práca psychicky ničí. Postupne prevažovali strach, vyčerpanie, sklamanie, stres, neistota, čo viedlo k vyhoreniu a rezignácii. Sestra napokon dospela k rozhodnutiu uprednostniť svoje vlastné psychické zdravie. Participantku síce napĺňala pomoc pacientom, ale riziká a náročné situácie prevážili tieto pozitíva. Dlhodobé vystavenie sestier bezpečnostným rizikám ich demotivuje a prispieva k vysokej fluktuácii. Tento opis odhaľuje ako sa vyvíjala skúsenosť participantky s prácou sestry v ADOS, od počiatočného nadšenia až k vyhoreniu. Za kľúčové považuje absenciu bezpečia, neustály stres, frustráciu.

Participantke 7 bola pridelená pacientka s dekubitom. Prvá návšteva v domácnosti a kontakt s príbuznými pacientky boli pre sestru negatívnym zážitkom a skúsenosťou so zanedbaným domácim prostredím a zanedbanou starostlivosťou o príbuznú. V dome bolo cítiť zápach, pacientka ležala v malej izbe, zapáchala, bola zanedbaná a vystrašená. Príbuzní pacientku nepolohovali, zanedbávali jej osobnú hygienu a dekubit „liečili" medom a sudokrémom. Dekubit bol rozsiahly, hlboký, infikovaný. *„Keď som toto všetko videla, musela som sa vyrovnať so svojimi vlastnými emóciami. Vidieť utrpenie pacientky, správanie príbuzných, nevyhovujúce podmienky v dome a zároveň som premýšľala ako to všetko v danom momente zvládnuť. Bola som v šoku. Napriek snahe o zachovanie profesionality, ma vnútorné zdesenie paralyzovalo. Bola som vyčerpaná a frustrovaná. Bolo mi ľúto pacientky, ktorá trpela v nevyhovujúcich podmienkach a nebola jej poskytnutá dôstojná starostlivosť."* Sestra po ošetrení pacientky edukovala príbuzných. Pacientku sa snažila upokojiť a získať si jej dôveru.

Participantka si uvedomovala dôležitosť udržania profesionálneho odstupu, aby emócie neovplyvnili jej rozhodovanie a kvalitu starostlivosti. *„Snažím sa nájsť rovnováhu medzi empatiou a profesionálnou integritou, sústredím sa na potreby pacienta a odkladám svoje emócie. Časom som sa naučila, že nemôžem všetko ovplyvniť. Musím prijať situáciu takú aká je, ale niekedy riešim dilemu."* Práca sestry v ADOS je emocionálne náročná, udržať si profesionálny odstup je neustále výzvou. Sestry balansujú medzi empatiou a potrebou chrániť si svoju vlastnú psychickú pohodu. Významným momentom v sestrinom vyjadrení bol pocit uspokojenia z práce, ktorý pramení z vedomia, že robí pre pacientov maximum. Uvedomuje si psychický tlak a emocionálnu náročnosť, čo naznačuje potrebu prijať tieto náročné situácie, sústrediť sa na ich zvládnutie, zachovať pokoj a profesionálny prístup. K ďalším kritickým aspektom práce sestry v DOS patrí nepredvídateľnosť, rizikové situácie a komplikácie, ktoré si vyžadujú jej okamžitú reakciu a riešenie. Nevhodné domáce prostredie, nedostatočné znalosti rodiny o starostlivosti o chorého pacienta, sestry frustrujú, keďže realita nezodpovedá očakávaniam. Sestry musia riešiť dilemu - poskytovať kvalitnú a bezpečnú ošetrovateľskú starostlivosť v obmedzených, nevyhovujúcich podmienkach. Sestra v ADOS musí byť pripravená na improvizáciu a flexibilné prispôsobenie sa rôznym podmienkam, situáciám v domácnostiach pacientov.

**Psychologická podpora sestrám**

Participantka 1 mala skúsenosti so sexuálnym obťažovaním a vyhrážaním.
*„Sexuálne narážky boli pre mňa najhoršie po psychickej stránke. Dokonca mi klient ponúkal peniaze za iný druh služieb. Bolo to veľmi nepríjemné počúvať a ešte horšie bolo na to reagovať. Klientovi som za takéto slová vynadala, začali sme sa hádať a on sa mi vyhrážal, že z jeho bytu už neodídem. Ihneď som odišla a informovala nadriadeného.“*
Nadriadený podľa vyjadrenia respondentky aktívne situáciu riešil osobne s klientom, ukončil starostlivosť ADOS o tohto klienta a realizoval bezpečnostné opatrenia. Ak bolo potrebné ošetriť klienta, najmä casus socialis, do domácnosti prichádzali dve sestry. Manažér ADOS si pri nových klientoch vopred osobne overil ich sociálnu situáciu a podmienky v domácnosti.

Psychologické dôsledky nežiaducej udalosti, ako sú sexuálne narážky a vyhrážanie, zostávajú vážnym problémom, ktorý môže ovplyvniť nielen emocionálny stav sestry, ale aj jej schopnosť vykonávať prácu v budúcnosti. Z tohto pohľadu je dôležité, aby sa zamestnávatelia venovali nielen prevencii fyzických rizík, ale aj podpore psychickej pohody sestier, vrátane zabezpečenia odbornej pomoci.

*Tabuľka 2* Ilustratívne citáty k tematickým jednotkám

| | |
|---|---|
| Strach | Participantka 2 *„Úplne ma to zaskočilo, útok vo mne vyvolal pocit silného strachu, uvedomila som si reálne nebezpečenstvo.“*<br><br>Participantka 3 *„Mala som strach o svoje zdravie a bála som sa následkov.“*<br><br>Participantka 4 *„Bola som vystrašená.“*<br><br>Participantka 5 *„Bála som sa, lebo som nevedela, či toho bude schopná.“*<br><br>Participantka 6 *„Bola to traumatizujúca skúsenosť, bola som v šoku, pociťovala som strach.“* |
| Pocit bezpečia a istoty | Participantka 2 *„Reakcia môjho zamestnávateľa a riešenie incidentu mi dáva pocit istoty a bezpečia pri práci.“*<br><br>Participantka 4 *„Zavolala som políciu.“*<br><br>Participantka 5 *„Postupne som strácala pocit bezpečia a istoty.“* |
| Emocionálna záťaž | Participantka 4 *„Asi týždeň po tejto udalosti som mala zlé sny, prenasledovalo ma to, budila som sa.“*<br><br>Participantka 5 *„Cítila som sa veľmi psychicky aj fyzicky vyčerpaná. Pociťovala som úzkosť pred každou návštevou pacientov v ich domácom prostredí.“*<br><br>Participantka 7 *„Bola som vyčerpaná a frustrovaná.“* |
| Psychologická podpora sestrám | Participantka 2 *„Veľmi mi pomohla aj podpora kolegýň.“*<br><br>Participantka 4 *„Potrebovala som týždeň voľna, aby to mohla spracovať. Nikdy predtým som sa s podobnou udalosťou nestretla. Podporovala ma moja rodina a po návrate do práce aj kolegyne.“* |

**DISKUSIA**

Podľa Agency for Healthcare Research and Quality (2008) je manažment rizík v domácej starostlivosti obzvlášť problematický, pretože každá domácnosť je v podstate pre sestry „pracoviskom“. Nebezpečná domácnosť môže nepriaznivo ovplyvniť nielen pacienta, ale aj sestru.

Riešením je zber údajov z hodnotenia rizík, aby sa mohli vyvinúť stratégie založené na dôkazoch na zníženie rizika najmä vzhľadom na rastúci význam domácej starostlivosti.

Celosvetovo rastie počet pacientov, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť. Zdravotné a bezpečnostné riziká spojené s domácou starostlivosťou sa delia do dvoch hlavných kategórií: tie, ktoré súvisia s násilím alebo hrozbou násilia, a tie, ktoré súvisia s nehygienickými podmienkami v domácnostiach. Nix, Altom (2023) uvádzajú, že sestry v domácej starostlivosti čelia špecifickým bezpečnostným hrozbám: nebezpečné domáce zvieratá, nehygienické podmienky v domácnostiach, agresívni pacienti alebo rodinní príslušníci, návštevy pacientov v lokalitách s vysokou kriminalitou, dopravné nehody pri cestovaní za pacientmi. 78 % sestier v ich štúdii uviedlo, že sa počas návštevy pacienta v jeho domácnosti cítili nebezpečne. Dôvodmi boli agresívni rodinní príslušníci, pacienti s psychickými problémami, agresívne psy, sexuálne obťažovanie a podľa autoriek najalarmujúcejšie bolo ohrozovanie sestier strelnou zbraňou. Odporúčajú, aby sestry absolvovali bezpečnostné školenia pred nástupom do zamestnania a potom každoročne, aby si boli vedomé bezpečnostných hrozieb v domácej starostlivosti. Podobne ako uvádzajú autorky, aj v našej štúdii boli sestry vystavené fyzickému násiliu, sexuálnemu obťažovaniu a napadnutiu agresívnym zvieraťom. Za významné nebezpečenstvo považujeme ohrozovanie sestier nožom príbuznými pacientov. Na špecifiká v oblasti bezpečnosti pracovníkov v domácej starostlivosti poukazujú vo svojej štúdii aj Stevenson, McRae, Murghal (2008). K identifikovaným rizikám zaradili nedostatočné predbežné prehliadky domácností pacientov, akceptovanie vysokého stupňa rizika zdravotníckymi pracovníkmi a skutočnosť, že do domácnosti pacienta prichádza iba jedna sestra. Cieľom štúdie Denton, Zevtinoglu, Davies (2002) bolo zistiť vplyv práce v domácej starostlivosti na duševné zdravie sestier. Do štúdie bolo zapojených 674 sestier v Kanade v troch agentúrach domácej starostlivosti. Výsledky ukázali, že pracovná záťaž, nároční klienti, sexuálne obťažovanie, bezpečnostné riziká a emocionálna záťaž ohrozujú duševné zdravie sestier. Ako vyplýva z výsledkov našej štúdie, emocionálna záťaž sestier pracujúcich v agentúrach domácej starostlivosti je jedným z identifikovaných problémov, ktorý vyžaduje systematické riešenie na národnej úrovni i zo strany vedenia agentúr. Lombardo, Schmitz (2019) sa zamerali na bezpečnostné problémy, ktoré sa vyskytujú pri návštevách v domácnostiach pacientov s domácimi zvieratami, najmä psami. V štúdii zisťovali hrozby pre bezpečnosť sestier. Opisujú obavy sestier z uhryznutia, škrabancov, infekcií. Autorky zdôrazňujú potrebu zamerať sa na zodpovednosť majiteľov domácich zvierat za ich zabezpečenie pri návšteve sestier tak, aby bola zaistená bezpečnosť sestier. Odporúčajú zaviesť do praxe „Dohody o pravidlách pre domáce zvieratá“, podľa ktorej majiteľ domáceho zvieraťa ako pacient nesie zodpovednosť za zaistenie bezpečnosti sestier v domácej starostlivosti. Na základe opísaných skúseností participantkami v našej štúdii, súhlasíme s odporúčaniami autorov a v opatreniach navrhujeme vypracovanie protokolov. Gershon et al. (2008) uskutočnili rozsiahlu štúdiu na vzorke 1561 respondentov, ktorí identifikovali rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie a bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti. Sestry hlásili nehygienické a nebezpečné podmienky v domácnosti, agresívne domáce zvieratá, násilie, prítomnosť zbraní v domácnosti. Slovné napadnutie bolo hlásené ako najčastejšia forma násilia (52 %). Podľa autorov je domáca starostlivosť najrýchlejšie rastúcim segmentom v zdravotníctve; predpokladajú nárast o 66 % v nasledujúcich desiatich rokoch. Vyhrážanie a verbálne urážky boli identifikované ako najčastejšia bezpečnostná hrozba pre sestry aj podľa Agency for Healthcare Research and Quality (2008). 38 % sestier uviedlo hrozby zo strany rodinných príslušníkov a 31 % od pacientov. Podobne aj autorský kolektív de Jong et al. (2014) upozorňuje, že najčastejšie dochádza k násiliu voči sestrám poskytujúcim domácu starostlivosť zo strany pacientov a ich rodinných príslušníkov. Pracovníci poskytujúci domácu starostlivosť mali najdlhšiu práceneschopnosť (30 alebo viac dní do roka) a druhý najvyšší počet absencií. Shahrestanaki et al. (2022) analyzovali bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti v Iráne. Bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti je mnohostranný koncept, ktorý zahŕňa fyzické, psychické, sociálne a praktické rozmery. Bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti závisí aj od environmentálnych faktorov domácností. Bezpečnosť pacienta podľa autorského kolektívu znamená absenciu predvídateľných zranení pacienta počas procesu zdravotnej starostlivosti a zníženie rizika zbytočných zranení súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou na prijateľné minimum. Autori uvádzajú, že bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti zahŕňa zabezpečenie podmienok v starostlivosti

prostredníctvom prevencie, hlásenia a analýzy environmentálnych a ošetrovateľských chýb, ktoré vedú k poškodeniu zdravia pacienta. Bezpečnosť pacientov je účelný a systematický proces, v ktorom sa kontrolujú a eliminujú známe riziká s cieľom dosiahnuť prijateľnú úroveň bezpečnosti pre pacientov a pre sestry. Bezpečnosť pacientov je koncept, ktorý sa skladá z rôznych dimenzií – fyzickej, emocionálnej, sociálnej a funkčnej bezpečnosti. Bezpečnosť pacientov závisí aj od zapojenia rodiny a vzťahu medzi členmi rodiny. Súčasťou bezpečnosti pacientov je aj kultúra bezpečnosti pacientov ako produkt hodnôt, postojov, vnímania a kompetencií ľudí zapojených do domácej starostlivosti (Berland et al., 2012). Vo Švédsku má viac ako 30 % pacientov, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť, skúsenosť s nežiadúcimi udalosťami. V tomto kontexte zohrávajú podľa Silverglow et al. (2023) sestry kľúčovú úlohu v prevencii incidentov a nežiaducich udalostí. Cieľom štúdie bolo analyzovať kultúru bezpečnosti v domácej starostlivosti. Veľký počet nežiaducich udalostí v domácej starostlivosti vo Švédsku vyžaduje realizáciu ďalších štúdií a výskumov so zameraním na identifikáciu ich príčin, ako aj faktorov umožňujúcich bezpečnú domácu starostlivosť. Výsledky štúdie poukázali na potrebu podpory sestier zo strany vrcholových manažérov, na zvyšovanie povedomia o bezpečnosti u sestier, ale i pacientov a proaktívne zaviesť funkčný systém hlásenia udalostí týkajúcich sa bezpečnosti pacientov a sestier v domácej starostlivosti. Morioka, Kashiwagi (2021) uskutočnili počas troch mesiacov v roku 2020 celoštátny prieskum v Japonsku o výskyte nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Faktory súvisiace s výskytom nežiaducich udalostí však neboli analyzované. Proces starostlivosti o bezpečnosť pacientov na úrovni agentúry bol hodnotený na základe existencie manuálu pre bezpečnosť pacientov, existencie výboru pre bezpečnosť pacientov a poskytovania školení ošetrovateľskému personálu v prevencii nežiaducich udalostí. V Japonsku sa počet agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti výrazne zvýšil z 5 000 agentúr v roku 2004 na 9979 v roku 2020. Do výskumu sa však zapojilo iba 400 agentúr. Počet nežiaducich udalostí v každej agentúre sa pohyboval od 0 do 47. 26,5 % agentúr nehlásilo žiadne prípady nežiaducich udalostí. Medián výskytu nežiaducich udalostí bol tri. Celkovo sa za tri mesiace vyskytlo 1937 nežiaducich udalostí, z ktorých najčastejšie boli hlásené dekubity (80,5 %). Nežiaduce udalosti boli zriedkavé a medzi agentúrami sa značne líšili. 37,7 % pacientov využívajúcich služby domácej starostlivosti má skúsenosť s nežiadúcom udalosťou. 70 % sestier v domácej starostlivosti nezažilo nežiaduce udalosti.

Nežiaduce udalosti súvisiace s ošetrovateľskou starostlivosťou v domácej starostlivosti v Japonsku sa podľa autoriek vyskytovali zriedkavo. Autorky tento fakt dávajú do súvislosti s tým, že takmer všetky agentúry majú svoj vlastný systém hlásenia. Neexistuje štandardizovaný systém hlásenia nežiaducich udalostí v Japonsku. 20 % agentúr neuchováva dokumentáciu týkajúcu sa nežiaducich udalostí. Shahrestanaki et al. (2023) sa vo svojej kvalitatívnej štúdii zamerali na poskytovanie bezpečnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá závisí od niekoľkých faktorov. Sústredili sa na ľudský faktor a environmentálne faktory. Autori odporúčajú, aby sa hodnotenie pacientov vykonávalo nielen na začiatku, ale aj pravidelne vo všetkých fázach starostlivosti o pacienta, aby sa predišlo možným príčinám ohrozenia bezpečnosti pacientov v domácej starostlivosti. Jedným z cielených opatrení je krízový manažment počas núdzových situácií v domácnosti. Štúdia tiež zistila, že predvídanie zohralo veľmi dôležitú úlohu pri odhadovaní a riešení možných rizík. Cieľom kvalitatívnej štúdie Riley et al. (2025) bolo vyhodnotiť vnímané bezpečnostné hrozby a ich vplyv na sestry poskytujúce domácu ošetrovateľskú starostlivosť. Sestry uvádzali strach a obavy najmä pri starostlivosti o osoby s ťažkými a pretrvávajúcimi duševnými chorobami. Autori poukazujú na potrebu účinných školení pre sestry so zameraním na bezpečnostné hrozby a na opatrenia na zvýšenie bezpečnosti. Cieľom štúdie Vaartio-Rajalin et al. (2022) bolo preskúmať procesy bezpečnosti pacientov v organizáciách poskytujúcich domácu starostlivosť vo Fínsku. 89 % agentúr mala implementovaný plán bezpečnosti pacientov, ktorý obsahoval bezpečnostné stratégie a zodpovednosti. Súčasťou plánu boli procesy fyzickej, psychologickej, sociálnej, informačnej a ekonomickej bezpečnosti. Metódy používané na identifikáciu, prevenciu, minimalizáciu a hlásenie bezpečnostných problémov boli väčšinou proaktívne, čo naznačuje aktívnu, analytickú a učiacu sa kultúru bezpečnosti. Medzi súčasné výzvy v bezpečnosti vo Fínsku patrí zapojenie pacientov, blízkych osôb pacientov, nových zamestnancov a študentov do bezpečnostných procesov s cieľom vytvoriť skutočne komplexnú a udržateľnú kultúru bezpečnosti. Víziou, ktorá je základom novej stratégie bezpečnosti pacientov a jej implementačného plánu na roky 2022-2026, je

„urobiť z Fínska modelovú krajinu pre bezpečnosť pacientov v roku 2026 a predchádzať škodám, ktorým sa dá predísť“, na základe štyroch strategických priorít (Ministry of Social Affairs and Health, 2022. *The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022-2026.* Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:12. Helsinki). V Slovenskej republike nemáme k dispozícii podobné údaje, ani údaje o počte nežiaducich udalostí z dôvodu absencie právnych predpisov a systému národného hlásenia pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako uvádzame v opatreniach. Tieto skutočnosti sú námetom pre ďalšie štúdie zamerané na bezpečnosť sestier a pacientov v domácej starostlivosti. Gross et al. (2013) uskutočnili rozsiahlu štúdiu v 40 kalifornských agentúrach domácej starostlivosti a zamerali sa na dodržiavanie usmernení štátu Kalifornia na zaistenie bezpečnosti a ochrany pracovníkov v zdravotníctve a komunitných službách (California Occupational Safety and Health Administration) [Cal/OSHA/1993]. V záujme podpory bezpečnosti a ochrany pracovníkov v tejto oblasti je pre zamestnávateľov mimoriadne dôležité mať komplexný program prevencie násilia na pracovisku, ktorý musí obsahovať úpravu prostredia; zmeny pracovných postupov; implementáciu politík a postupov; školenia; využívanie bezpečnostných a dozorných orgánov; záväzok manažmentu; hodnotenie rizík a integráciu s bezpečnostným programom a dohľad nad násilnými udalosťami. Iba 22 zo 40 agentúr uviedlo, že majú implementovaný komplexný program. 23 agentúr uviedlo, že majú politiku nulovej tolerancie voči násiliu na pracovisku. Najčastejšie hodnoteným rizikom bola prítomnosť domácich zvierat v domácnosti (87,5 %). Všetkých 40 zúčastnených agentúr uviedlo, že používa ochrannú stratégiu predčasného ukončenia domácich návštev v prípade nebezpečných situácií. Autori poukazujú na závažné zistenie, že vystavenia násiliu silne súvisí s nízkou spokojnosťou sestier s prácou, zámerom zmeniť agentúru alebo úplne opustiť domácu starostlivosť.

**Odporúčania pre prax domácej ošetrovateľskej starostlivosti**

Odporúčania sú adresované štátnym orgánom, aby sa v Slovenskej republike legislatívne upravila téma bezpečnosti aj v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absentuje národný štandardizovaný systém hlásenia nežiadúcich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, legislatívna úprava minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absentujú jednotné bezpečnostné protokoly, manuál pre bezpečnosť pacientov, komplexný program prevencie rizík a nežiaducich udalostí v domácej starostlivosti. Odporúčania adresujeme aj manažmentom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, nakoľko je potrebné prevziať zodpovednosť- záväzok manažmentu k bezpečnosti pacientov a sestier.

Implementovať bezpečnostné opatrenia a stratégie:

- Zavedenie systému hlásení nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Evidencia nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Pravidelne hodnotiť riziká v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Aktualizovať bezpečnostné opatrenia a prijať preventívne opatrenia
- Dôsledné preverenie bezpečnostných rizík pred prvou návštevou pacienta
- Posúdenie bezpečnosti domácnosti s cieľom identifikovať a zmierniť potenciálne riziká.
- Komunikácia s pacientom a jeho rodinou o bezpečnosti v domácnosti – stanoviť jasné komunikačné protokoly s pacientmi, rodinami a agentúrou
- Vytvorenie priaznivejšieho pracovného prostredia pre sestry v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Návštevy dvoch sestier v rizikových domácnostiach
- Supervízia
- Psychologická podpora sestrám
- Implementovať bezpečnostné protokoly
- Krízový manažment v prípade núdzových situácií, plány pre rôzne núdzové situácie vrátane násilia

Vzdelávanie sestier

- Komplexné bezpečnostné školenie vrátane deeskalačných techník a základnej sebaobrany
- Vzdelávanie v oblasti riešenia krízových situácií

- Vzdelávanie o nežiaducich udalostiach

**ZÁVER**

Globálny trend rozsiahlejšieho poskytovania komunitnej a domácej starostlivosti vedie k rastúcemu dopytu po pracovníkoch domácej starostlivosti (De Jong et al., 2014). Psychické dôsledky nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako je emocionálne vyčerpanie a posttraumatický syndróm poukazujú na mnoho systémových nedostatkov a naliehavú potrebu vytvoriť bezpečné podmienky pre sestry. Dimunová (2017) uvádza, že je potrebné vypracovať štandardy bezpečnej starostlivosti, aktualizovať národné politiky bezpečnosti pacientov, podporovať vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov a výskum v oblasti bezpečnosti. Zvyšujúci sa počet nežiadúcich udalostí v domácej starostlivosti je dôvodom, aby sa do manažmentu bezpečnosti aktívne zapájali aj samotní pacienti.

**ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

Agency for Healthcare Research and Quality. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. E book. [online]. [citované 20.06.2025]. Dostupné: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/

BERLAND A., HOLM A.L., GUNDERSEN D., BENTSEN S.B. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management* 2012; 20: 794-801

DENTON M.A., ZEVTINOGLU I.U., DAVIES S. Working in clients' homes: the impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. *Home Health Care Serv Q.* 2002; 21 (1): 1-27

DE JONG T., PAWLOWSKA-CYPRYSIAK K., HILDT-CIUPINSKA K., NICOLESCU G. *Súčasné a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti.* 2014. Luxembursko: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie. 19s. ISBN 978-92-9240-498-7. https://doi.org/10.2802/33116

DIMUNOVÁ L. Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Recenzovaný zborník vedeckých prác „Ošetrovateľstvo 2020 - trendy, zmeny a budúcnosť".* Rožňava : VŠ sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sáry Salkaháziovej v Rožňave, 2017. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 80-87

GERSHON R.M., POGORZELSKA M., QURESHI K.A. et al. Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. 2008. [online]. [citované 20.06.2025]. Dostupné: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249854/

GROSS N., PEEK-ASA C., NOCERA M., CASTEEL C. Workplace Violence Prevention Policies in Home Health and Hospice Care Agencies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 2013; 18 (1):1

HUGHES R.G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* E-book. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. Dostupné: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/

KILÍKOVÁ M. et al. *Bezpečnosť pacienta - ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti.* Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2020. 158 s. ISBN 978-80-88206-18-7

KOŽUCHOVÁ M. et al. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti I.* Martin : Osveta. 2019. s.88 -113. ISBN 878-80-8063-468-1

KOŽUCHOVÁ M. et al. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta. 2014. 245s. ISBN 978-80-8063-414-8

LOMBARDO S., SCHMITZ K. Ensuring Safety When Pets Are in the Home. *Home Health Now.* 2019; 37 (2):111-115

MORIOKA N., KASHIWAGI M. Adverse Events in Home-Care Nursing Agencies and Related Factors: A Nationwide Survey in Japan. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18 (5): 2546

Ministry of Social Affairs and Health. *The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022-2026.* Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:12. Helsinki : Government Administration Department, Publications. 86p. ISBN 978-952-00-9712-7 pdf.

NIX E., ALTOM K. Safety Concerns Associated with Home Care Nursing. *Home Health Now.* 2023; 41 (3): 135-139

RILEY K., CRIMI K., EVANS M.M., FAYBISOVICH N., HUPCEY J.E. Home Health Nurses' Perceptions of Safety. *Home Health Care Management & Practice*. 2025; 0 (0).

SILVERGLOW A., WIJK H., LIDÉN E. *et al.* Patient safety culture in home care settings in Sweden: a cross-sectional survey among home care professionals. *BMC Health Serv Res.* 2023; 23: 998

SHAHRESTANAKI S.K., RAFII F., NAJAFI GHEZELJEH T. et al. Concept analysis of patient safety in home care: a hybrid model. *BMJ Open Qual.* 2022;11 (4): e002077

SHAHRESTANAKI S.K. Patient safety in home health care: a grounded theory study. *BMC Health Services Research.* 2023; 23: (467)

SMITH J. A., OSBORN M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain.* 2015; 9 (1): 41-42

STEVENSON L., McRAE C., MURGHAL W. Moving to a culture of safety in community home health care. *J Health Serv Res Policy.* Suppl 2008; 1: 20-4. The Joint Commission. Home Care: 2025 National Patient Safety Goals. (2025a). [online]. [citované 20.06.2025]. Dostupné: https://www.jointcommission.org/standards/patient-safety-systems-ps-chapter/

The Joint Commission, Patient Safety Systems (PS). Comprehensive Accreditation Manual for Home Care. (2025b). [online]. [citované 20.06.2025]. Dostupné:https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/home-care-national-patient-safety-goals/

TONG A., SAINSBURY P., CRAIG J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007; 19 (6): 349-357

VAARTIO-RAJALIN H., RAUHALA A., KALLIOKOSKI J., IKONEN T.S. Patient/Client Safety Structures and Processes in Home Care: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Patient Safety and Quality Improvement.* 2022; 10 (4): 131-146