

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Markéta Hřebíčková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Morální distres zdravotníků

Markéta Hřebíčková

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Hřebíčková**  
Osobní číslo: **Z15014**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Morální distres zdravotníků**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.
3. MAREŠ, Jiří, 2016. Morální distres: terminologie, teorie a modely. Kontakt [online]. 18(3), 151 - 159 [cit. 20.5.2017]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20161012105345253246.pdf>.
4. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv, 2014. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.
5. RUSOVÁ, Jitka, 2017. Moral distress - morální tíseň. Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny [online]. 64(1): 54-57 [cit. 20.5.2017]. Dostupné z: [https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR\\_2017\\_1.pdf](https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_1.pdf).

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Rusová, DiS.  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Hozáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. 5. 2019

Markéta Hřebíčková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat Mgr. Jitce Rusové, Dis. za odborné vedení mé práce, za její cenné rady a připomínky, za výbornou spolupráci a čas, který mi byla ochotna poskytnout. Chtěla bych poděkovat i respondentům za pomoc při zpracování průzkumné části a v neposlední řadě mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na morální distres zdravotníků. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část se zaměřuje na definování pojmu morální distres, metody zjištění, zdroje, následky a prevenci morálního distresu. V průzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, pro které byl zvolen anonymní dotazník. Cílem bylo zjistit, zda zdravotníci zažívají morální distres ve vybraných situacích a v jaké intenzitě na ně morální distres působil. Bylo zjištěno, že například s předstíranou resuscitací v přítomnosti rodiny a/nebo blízkých osob se setkalo 17 respondentů z 30. Žádný z nich ale nezažil morální distres o 5. nejvyšší intenzitě. Naopak 5. nejvyšší intenzitu označovali respondenti v situacích: neprovedení aktivní identifikace pacienta, podání infuze druhému pacientovi bez výměny infuzních setů, neřešení možných alergií u pacienta, nenahlášení pochybení jako nežádoucí situace, nácvik výkonů na pacientech prováděných studenty, spolupráce s nekompetentními kolegy, narušení intimity pacienta, zahájení kardiopulmonální resuscitace u pacienta s dříve vysloveným přáním neresuscitovat a získání neplatného informovaného souhlasu u pacienta, který následně podstoupil vyšetření/léčbu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Morální distres, morální dilema, morální reziduum, crescendový efekt, etické poradenství.

## **TITLE**

Moral distress of health care providers

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis focuses on moral distress of health care providers. The thesis is divided into theoretical and exploratory part. The theoretical part focuses on the definition of the term moral distress, methods of finding, sources, consequences and prevention of moral distress. The research part presents the results of the research for which an anonymous questionnaire was chosen. The aim was to find out whether the health workers are experiencing moral distress in selected situations and the intensity of their moral distress. It has been found that 17 respondents from 30 have encountered, for example, mock resuscitation in the presence of family and / or close persons. None of them experienced moral distress of the 5th highest intensity. On the contrary, respondents reported the fifth highest intensity in situations: non-active patient identification, infusion to another patient without exchange of infusion sets, failure to resolve possible allergies in the patient, failure to report misconduct, student performance exercises, collaboration with incompetent colleagues, intimacy disruption patient, initiating cardiopulmonary resuscitation in a patient with a previously expressed wish not to resuscitate and obtaining invalid informed consent from a patient who subsequently undergoes examination/treatment.

## **KEYWORDS**

Moral distress, moral dilemma, moral residue, crescendo effect, ethical counseling.



# OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce .....	12
I. Teoretická část .....	13
1. Morální distres .....	13
1.1 Definice morálního distresu .....	13
1.2 Determinanty ovlivňující morální distres .....	14
2. Modely morálního distresu .....	16
3. Metody zjištění morálního distresu.....	17
3.1 Kvantitativní přístupy .....	17
3.2 Kvalitativní přístupy .....	17
3.3 Smíšené přístupy .....	18
4. Zdroje morálního distresu .....	18
4.1 Zdroje morálního distresu z literatury .....	18
4.2 Zdroje morálního distresu použité v modelových situacích v dotazníku .....	20
5. Etický kodex .....	25
6. Dopady a následky morálního distresu.....	26
7. Zvládání morálního distresu .....	27
II. Průzkumná část .....	29
8. Metodika výzkumu .....	30
9. Prezentace výsledků.....	30
10. Diskuze.....	48
Závěr .....	52
Použitá literatura .....	53
Přílohy.....	56

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 1. modelová situace – otázky a), b), c).....	32
Obrázek 2 1. modelová situace – otázka e) .....	33
Obrázek 3 1. modelová situace – otázky d), f), g) .....	34
Obrázek 4 1. modelová situace – otázky h), i), j) .....	35
Obrázek 5 1. modelová situace – otázky k), l), m) .....	36
Obrázek 6 2. modelová situace – otázky a), b), c).....	37
Obrázek 7 3. modelová situace – otázky a), b), c), d) .....	38
Obrázek 8 4. modelová situace – otázky a), b), c).....	39
Obrázek 9 5. modelová situace – otázky a), b), c).....	40
Obrázek 10 6. modelová situace – otázky a), b), c).....	41
Obrázek 11 7. modelová situace – otázky a), b), c).....	42
Obrázek 12 8. modelová situace – otázka b) .....	43
Obrázek 13 8. modelová situace – otázky a), c), d).....	44
Obrázek 14 9. modelová situace – otázky a), b), c).....	45
Obrázek 15 10. modelová situace – otázky a), b), c).....	46
Obrázek 16 11. modelová situace – otázky a), b), c).....	47
Tabulka 1 Identifikační tabulka respondentů.....	30
Tabulka 2 Pracovní pozice a specializace všeobecných sester .....	31

## **SEZNAM ZKRATEK**

AACN	Americká asociace sester pro intenzivní péči (American association of critical – care nurses)
ARIP	Anestézie, resuscitace, intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
DNAR	Do not attempt resuscitation
DNR	Do not resuscitate
ERC	European Resuscitation Council
JIP	Jednotka intenzivní péče
ICN	International Council of Nursing
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
SAK – ČR	Spojená akreditační komise České republiky
Sb.	Sbírka zákonů

## ÚVOD

Povolání zdravotníků patří mezi nejnáročnější. Toto povolání vyžaduje neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Zdravotníci se potýkají s různými stresory různého druhu, setkávají se s bolestí trpícími a nevléčitelně nemocnými, s umírajícími pacienty a se smrtí. Každý den se setkávají s nemocnými lidmi, kteří mají různé reakce na nemoc, hospitalizaci a mohou vyvolávat konflikty. (Venglářová, 2011)

Morální distres (morální tíseň) je problém, který postihuje zdravotníky, pokud je jim bráněno jednat v určitých situacích eticky správně. Tento distres se od jiných distresů (somatických, psychologických a spirituálních) liší svým etickým rozměrem. To, co by v dané chvíli bylo nejvhodnější, nepřipadá v úvahu. Může se jednat například o překračování kompetencí, ke kterému jsou mnohdy zdravotníci nuceni okolnostmi, nebo třeba o předstírání resuscitace. Často pak zdravotník čelí sebeobviňování, co udělal, nebo neudělal, ale měl udělat, což u některých jedinců vede k utrpení. Důležitou roli hraje hodnotový systém, morální senzitivita a morální odvaha zdravotníka. Mezi prvotní příznaky morálního distresu se řadí vztek, úzkost, frustrace, sebeobviňování, apod. V české literatuře se o tématu morálního distresu mnoho nepíše, dobře známý je syndrom vyhoření, jenž může být jedním z důsledků působení morálního distresu. Dalšími důsledky jsou odchod zdravotníka ze své profese, rezignace zdravotníka, zhoršení ošetrovatelské péče a další. Pro jedince potýkajícím se s morálním distresem je důležité, co nejdříve se tohoto negativního jevu zbavit. K pomoci mu mohou sloužit strategie ke zvládnutí morálního distresu, nebo etické poradenství spočívající ve službě, která řeší etické konflikty nejen se zdravotníky, ale i s pacienty a/nebo jejich rodinou. Morální distres však nemusí mít pouze negativní vliv na jedince. V tomto případě lze hovořit o pozitivním efektu morálního distresu, který může jedinci otevřít cestu pro sebereflexi, morální odvahu bránit zájmy pacientů a jejich rodin a pro úsilí poskytovat nejvyšší kvalitu péče. Všechny tyto faktory mohou vést k rozvoji osobnosti jedince. (Mareš, 2016; Rusová, 2017, Matějek, 2015)

Problematikou o morálním distresu se v ČR nejvíc zabývá profesor Mareš, proto je jeho literatura stěžejním zdrojem pro tuto práci.

## **CÍLE PRÁCE**

### **Cíle teoretické části:**

Přehledně popsat problematiku morálního distresu zdravotníků.

### **Cíle průzkumné části:**

Zjistit, jak respondenti z řad nelékařských zdravotnickým pracovníků (etiky) hodnotí vybrané situace, zda se s nimi setkávají a zda jim přinášejí morální distres.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. MORÁLNÍ DISTRES

V této kapitole bude definován morální distres. Následně budou popsány modely morálního distresu.

### 1.1 Definice morálního distresu

Morální distres je významný fenomén, který se poprvé objevil v odborné literatuře v roce 1984. V současnosti existuje množství definic morálního distresu. Mnohá pojetí jsou značně rozdílná a neexistuje ani jednotná terminologie. (Rusová, 2017)

Andrew Jameton napsal, že tento typ distresu vzniká v situacích, kdy člověk ví, co je správné udělat, ale určité překážky mu znemožňují jednat správným způsobem. (Mareš, 2016)  
Je to utrpení, které zažívají zdravotníci, když nemohou jednat eticky správně. (Rusová, 2017)

Rusová (2017) popisuje definici autora Collena Varcoe a kolektivu. Morální distres je fenomén zažívaný jedincem, který narušuje identitu a integritu jedince, je formovaný charakteristikami jedince, ale i interpersonálními vztahy a prostředím. Jako morální distres se nedá označit každodenní stres z práce, ani utrpení, které je důsledkem soucitu s trpícím člověkem nebo syndrom vyhoření pramenící z podmínek pracovního prostředí.

Jde o nepříjemné bolestivé pocity zdravotníka, jenž jsou vyvolány určitými situacemi. Zdravotník ví, co je z morálního hlediska v této situaci správné udělat, ale je mu zabráněno, aby to uskutečnil. Tým amerických pediatriů shrnul podstatu morálního distresu zdravotníků jako pocit bezmocnosti. (Mareš, 2016)

Morální distres je subjektivní jev, prožitek daného zdravotníka, jeho individuální zkušenost. Je ovlivněn žebříčkem hodnot, který se u jednotlivých zdravotníků může lišit a může být podmíněn jejich pocitem zodpovědnosti za pacienta, a nedostavuje se tedy automaticky. Závisí na tom, zda je zdravotník přesvědčen o tom, co je správné a co ne. (Mareš, 2016)

Mareš (2016) napsal, že Kim Lüténová tuto specifickou vlastnost označuje jako morální senzitivitu (citlivost). Definuje ji pochopením a porozuměním tomu, že určitá situace je pro pacienta ohrožující. Je třeba si uvědomit, jaké budou morální důsledky u rozhodnutí, která byla učiněna u pacienta.

Morální distres byl původně popsán u sester. Ukázalo se, že se ale vyskytuje i u pracovníků jiných profesí, u lékařů, fyzioterapeutů, klinických psychologů, zdravotnických manažerů, stážistů a mediků. Objevuje se ale také v oblasti domácí péče a farmacie. (Mareš, 2016)

Morální distres se liší od podobných jevů. **Morální nejistota** nastává, když jedinec neví, co je v podobných situacích eticky správné udělat. Danému jedinci chybí potřebné znalosti a zkušenosti. **Morální dilema** je rozhodování v určité situaci, v níž existuje několik možných řešení. Tato řešení mají svá pozitiva a negativa. Jedinec se tedy rozhoduje, která z variant bude „nejmenším zlem“. Je to jeho osobní rozhodnutí, není na něj vyvíjen žádný nátlak a nese za své rozhodnutí zodpovědnost. **Morální rozhořčení** prožívá jedinec v situaci, kdy pozoruje, že se někdo jiný chová nemorálně. (Mareš, 2016)

Andrew Jameton rozlišil dvě podoby morálního distresu. **Prvotní morální distres** (initial moral distress) navozuje negativní emoce (např. vztek, úzkost) v situaci, když zdravotník čelí institucionálním překážkám a konfliktům se spolupracovníky. V tomto případě jde o konflikt hodnot, zdravotník se rozhoduje, že buď neudělá nic, nebo bude jednat a poté vybere z řady nabízejících se alternativ. **Reaktivní morální distres** (reactive moral distress) nastává s časovým odstupem. Zde se už nejedná pod vlivem prvotního distresu, ale v duchu se k celé situaci vrací. Obvykle se jedinec trápí tím, co udělal nebo co neudělal, ale udělat měl. (Mareš, 2016)

## 1.2 Determinanty ovlivňující morální distres

Morální distres se může projevit důsledkem prožití různých situací, které mohou být specifické pracovním prostředím a pracovní pozicí. Záleží však na individuálním vnímání situace jedincem. U někoho daná situace vyvolá morální distres, ale na někoho taková situace může působit tak, že ji nevnímá jako etický problém. Příčiny a determinanty morálního distresu mohou být rozděleny na vnitřní, vnější a situační. (Fialová, 2018)

### 1.2.1 Vnitřní příčiny a determinanty

Individuální vnímání morálního distresu závisí na hodnotovém systému jedince, na zkušenostech s určitými situacemi a na odvaze jedince projevit nesouhlas s rozhodnutím. Tyto faktory mohou být nedostatek sebedůvěry, strach a rozpor s náboženským a spirituálním přesvědčením. (Fialová, 2018)

Další příčinou může být bezmocnost všeobecných sester, ze které vyplývá neochota a neschopnost řešit vzniklé etické problémy. Může to být ale i nedostatek znalostí sester

a nedostatečné porozumění příběhu pacienta a celé situace a nespokojenost s vykonáváním práce. (Fialová, 2018)

Všeobecné sestry se zvýšenou morální senzitivitou zažívají morální distres častěji, jestliže se setkávají s nerespektováním, neřešením a nezvládáním etických problémů na pracovišti. Autor Hamric v této souvislosti upozornil na vysoké požadavky zdravotních škol a na morální senzitivitu studentů, kterým v praxi nebývá umožněno, aby se vyjádřili k etickým otázkám. (Fialová, 2018)

### **1.2.2 Vnější příčiny a determinanty**

Morální distres má své příčiny pro vznik i v dané organizaci. Nevhodné pracovní podmínky, nedostatek personálu, nedostatek času pracovníků, nedostatek administrativní podpory a celkové nastavení priorit instituce jsou v konfliktu se zájmy pacienta. Omezením proplácení výdajů, omezením financí a tlakem na snižování nákladů se zhoršuje kvalita péče o pacienta. Další příčinou MD může být odlišný pohled spolupracovníků na situaci a nekompetentní spolupracovníci. (Fialová, 2018)

Vnější determinanty rozlišil Mareš (2016) do 4 podob. Determinanty související se spolupracovníky – nejčastějším problémem je nekvalifikovanost nebo nekompetentnost spolupracovníků a neochota řešit pracovní a etické konflikty. Determinanty v souvislosti s institucí a jejím řízením – problémem je nedostatek pracovního personálu a v důsledku toho vyvíjející se tlak na ostatní pracovníky vykonávající práci za chybějící personál. Determinanty související se společensko-politickými a kulturními zvláštnostmi dané země – problém vzniká nárůstem administrativní činnosti, alibistického chování personálu, který se snaží se krýt proti podaným stížnostem, a důsledkem státní legislativy v souvislosti se soudním sporem. Determinanty související se specifickou rozhodovací situací – problém vzniká množstvím morálních dilemat, která jsou obtížná v jejich řešení. Závisí na tom, jakou jedinec zastává sociální roli, protože může ovlivnit konečné rozhodnutí, na které má vliv i dané pracoviště. (Fialová, 2018)

### **1.2.3 Situační příčiny a determinanty**

Morální distres vzniká tehdy, když je léčba pacienta vnímána jako utrpení a prodlužování umírání. Další příčinou může být neplatný informovaný souhlas pacienta, překračování kompetencí na pracovišti, zatajování informací pacientovi a poskytování falešné naděje. (Fialová, 2018)



## 2. MODEL Y MORÁLNÍHO DISTRESU

Bylo navrženo několik teoretických modelů, které se snaží vysvětlit strukturu, vzájemné vazby a celý proces včetně výstupů morálního distresu. Pouze dva z nich jsou nejbliže praxi, protože umožňují rychlý vhled do této problematiky. (Mareš, 2016)

Prvním z nich je model morálního zvažování A. K. Nathanielové, jenž vznikl pomocí kvalitativního výzkumu. Autorka vedla rozhovory s 21 všeobecnými sestrami, jejichž vyprávění o morálně náročných situacích analyzovala pomocí „zakotvené teorie“. Tento model předpokládá, že se zdravotník po vstupu do profese zapracovává, při tom se setkává s různě náročnými situacemi a prochází třemi stádii, které na sebe navazují. V prvním stádiu pohody, vyrovnanosti a snadnosti se jedinec po vstupu do praxe postupně stává zdravotníkem, profesionalizuje se, stává se součástí zdravotnického zařízení, přijímá sociální normy, pracuje a získává odborné i lidské zkušenosti. Pokud je tento vývoj narušen morálně náročnou situací, dojde k tomu, že se jeho hodnoty dostanou do rozporu s tím, co se po něm požaduje. V této situaci zdravotník prožívá morální distres z důvodu konfliktu loajality vůči morálním hodnotám, ale také vůči kolegům, pracovišti, pacientovi a jeho rodině. Ve druhém stádiu rozhodování se jedinec potýká s tím, co udělat a jak řešit vzniklý problém. Zde se rozlišují dvě základní tendence, a to buď jít do toho a něco podniknout, nebo jít od toho a nekomplikovat si život. Do třetího stádia reflexe patří to, co se stalo, co zdravotník udělal a jak situace dopadla. V tomto stádiu se obvykle promítá zapamatování si této situace; nutnost vypovídat se, podělit se s někým o tento zážitek; znovu rozebrat celou situaci; naučit se žít s následky, které vznikly po této situaci, a to s pozitivními či negativními. (Mareš, 2016)

Druhý model se snaží vysvětlit situace, kdy zdravotník prožívá morální distres opakovaně. Jedná se o model G. Webstera a F. Baylisse. Předpokládají, že zdravotník zažije morálně náročnou situaci, při které prožívaný distres vystoupá k vysokým hodnotám. Zdravotník se snaží o zvládnutí této situace, vyrovnává se s ní a tím se distres postupně snižuje. Podstatou tohoto modelu je, že se zdravotník nevyrovná s morálním distresem úplně, po distresu vždy zůstane v psychice nějaká negativní stopa, pocit nesprávného jednání, morální reziduum. Čím více se zdravotník setkává s takovými situacemi, tím více narůstá negativních zážitků, jejichž morální rezidua se hromadí. Tento mechanismus, kdy se negativní pocity a morální rezidua hromadí, se nazývá crescendový efekt. Je to výraz, který vyjadřuje nejen kumulaci reziduí, ale i zesilování intenzity a stoupání účinku morálního distresu. Morální reziduum je to, co s sebou v životě nese každý z nás, když v morálně náročné situaci zradil sám sebe nebo se rozhodl, že se bude podílet na něčem, s čím nesouhlasil. (Mareš, 2016)

### **3. METODY ZJIŠTĚNÍ MORÁLNÍHO DISTRESU**

Metody zjištění morálního distresu lze rozdělit na kvantitativní, kvalitativní a smíšené přístupy.

#### **3.1 Kvantitativní přístupy**

Ke kvantitativním přístupům se především řadí dotazníky, jejichž respondenty bývají většinou nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci. (Mareš, 2016)

V pediatrickém výzkumu může být příkladem dotazník Moral Distress Scale (MDS-R) nebo Hospital Ethical Climate Survey (HES) od R. Allenové a E. Buttlarové. (Mareš, 2016)

M. Butzová, B. K. Redmanová a S. T. Fryová vytvořily dotazník o morálním distresu. Respondenty byli zdravotníci v ambulantní sféře. (Mareš, 2016)

Corley Moral Distress Scale je standardizovaný dotazník, který použila Melinda Mobley spolu se svými kolegy při zkoumání morálního distresu u všeobecných zdravotních sester. (Rusová, 2017)

#### **3.2 Kvalitativní přístupy**

V kvalitativním přístupech se pro výzkum používají čtyři metody. Individuální rozhovory se zdravotníky, jejich vyprávění, diskuze v ohniskové skupině a případové studie. (Mareš, 2016)

První metodou jsou rozhovory. Například J. Leeová a C. Dupreeová vedly rozhovory s 29 zdravotníky (všeobecnými sestrami i lékaři). D. Maguirová s týmem použili rozhovor s 16 všeobecnými sestrami z novorozenecké jednotky intenzivní péče. (Mareš, 2016)

Druhou metodou pro kvalitativní výzkum je vyprávění. W. J. Austinová se svými kolegy shromáždili a analyzovali vyprávění 22 zdravotníků o morálně stresujících situacích. (Mareš, 2016)

Třetí metodou je diskuze v ohniskové skupině. R. Allenová a E. Butlerová vedly výzkum u skupiny osmi zkušených dětských sester z anesteziologicko-resuscitačního oddělení a z pediatrické jednotky intenzivní péče. (Mareš, 2016)

Čtvrtou metodou jsou případové studie. (Mareš, 2016) Jedná se o detailní studium jednoho nebo více případů. Výsledkem může být kazuistika. (Kutnohorská, 2009)

### 3.3 Smíšené přístupy

Smíšené přístupy jsou kombinací kvantitativních a kvalitativních přístupů. Například výzkum R. Allenové a E. Butlerové, ve kterém byly použity tři metody, diskuze v ohniskové skupině, dotazník Moral Distress Scale a dotazník Hospital Ethical Climate Survey. (Mareš, 2016)

## 4. ZDROJE MORÁLNÍHO DISTRESU

Morální distres může být vyvolán různými situacemi, které jsou specifické pracovní pozicí a pracovním prostředím. Záleží však na tom, jak je situace vnímána jedincem. Jde o to, co jedinec vnímá za etický problém. (Fialová, 2018) Následně budou popsány zdroje morálního distresu z literatury a zdroje použité v modelových situacích v dotazníku.

### 4.1 Zdroje morálního distresu z literatury

V pediatrickém výzkumu může být příkladem dotazník Moral Distress Scale (MDS-R) od R. Allenové a E. Butlerové, které použily tři proměnné, a to individuální odpovědnost, není to v pacientově zájmu a klamání pacienta. Zdravotníci své odpovědi zobrazovali na sedmistupňové škále, kdy 0 znázorňovala žádný morální distres a 6 maximální morální distres. (Mareš, 2016)

Hospital Ethical Climate Survey (HES) od R. Allenové a E. Butlerové je dotazník zjišťující kontext morálního distresu na pracovišti v pětistupňové škále, kdy 1 znázorňovala minimální morální distres a 5 maximální morální distres. Zde se autoři zajímali o tematické okruhy, jako jsou vztahy všeobecné sestry s dalšími sestrami, vztahy všeobecné sestry s lékaři, vztahy všeobecné sestry s pacienty, vztahy všeobecné sestry s managementem, vztahy všeobecné sestry k nemocnici. (Mareš, 2016)

M. Butzová, B. K. Redmanová a S. T. Fryová napsaly, že se věnuje málo pozornosti morálnímu distresu u zdravotníků v ambulantní sféře. Ve výzkumu zmíněné autorky oslovily 559 sester pracujících na dětských ambulancích s prosbou o spolupráci v dotazníkovém šetření. Tento dotazník vyplnilo 401 dětských sester, z nichž 118 uvedlo, že při poskytování péče zažívají etické problémy. Odpovědi autorky rozdělily do čtyř kategorií. **1. Kontext etických problémů** – vztahy mezi rodiči, dětmi a zdravotníkem (nesouhlas se způsobem léčby, který prosazují rodiče), nesouhlas rodičů s plánem péče, nesouhlas zdravotníka s péčí, kterou poskytují další zdravotníci (zbytečně prováděná péče, chybná rozhodnutí, absence souhlasu rodičů s léčbou dítěte, nedodržování doporučené léčby). **2. Konflikt různých etických principů** – non maleficence, beneficence, justice, profesionální etika, rozpor právního a etického pohledu. **3. Prožívání konfliktu zdravotníkem** – morální dilema, morální distres,

morální nejistota, právní problém. **4. Způsob řešení etického konfliktu** – bez řešení konfliktu, diskuze nebo spolupráce s jinými zdravotníky/rodiči/rodinou dítěte, obrana zájmů dítěte, odmítnutí zdravotníka podílet se na určitém postupu (přenesení problému na někoho jiného), předložení problému etické komisi. (Mareš, 2016)

Rusová (2017) uvedla příklad Corley Moral Distress Scale. Jedná se o standardizovaný dotazník, který použila Melinda Mobley spolu se svými kolegy při zkoumání morálního distresu u sester. Situace, které byly uvedené v dotazníku, byly rozděleny do šesti kategorií.

- 1. jednání lékařů** – vyšetření či léčba bez informovaného souhlasu, ignorace nedostatečného poučení při získávání informovaného souhlasu, ignorace na podezření zneužívání pacienta ošetřujícím, nácvik bolestivých výkonů na pacientech z důvodu procvičování dovedností studenty, nácvik výkonů u pacientů po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci, neléčení pacienta z důvodu obavy lékaře (útlum dechu pacienta) a spolupráce s nekompetentními kolegy.
- 2. jednání sester** – překračování kompetencí, ignorace chyb, práce při nedostatku zdravotnického personálu, porušování práva na soukromí, práce s nekompetentními kolegy.
- 3. institucionální faktory** – ukončení léčby z důvodu nedostatku financí pacienta, předčasné propuštění pacienta, nadstandardní péče, zamlčení léčby (pojištění by nepokrylo náklady).
- 4. marná léčba** – marná léčba na žádost rodiny z obavy ze soudního sporu, ordinace lékaře zbytečných diagnostických procesů a léčby, prodlužované umírání (zahájení kardiopulmonální resuscitace).
- 5. klamání** – předstíraná kardiopulmonální resuscitace, zamlčení informací pacientovi.
- 6. euthanázii** – navyšování dávek léků z důvodu urychlení pacientovi smrti, vyhovění pacientovi o euthanázii nebo lékařem asistovanou sebevraždu.

Fialová (2018) popsala výzkum Mänttari-van der Kuip u sociálních pracovníků. Zjistila, že tito pracovníci zažívající morální distres mají menší ochotu pokračovat ve své práci, měli v práci absence z důvodu častých nemocí a méně často měli pozitivní pracovní zážitky než jejich kolegyně, kteří morální stres nezažívali.

J. Leeová a C. Dupreeová vedly rozhovory s 29 zdravotníky. Diskutovaly o tom, co zdravotníci prožívali v situaci, kdy došlo k úmrtí 8 dětských pacientů. Zjistily pět témat, a to důležitost citlivé komunikace, možnost přítomnosti rodinných příslušníků u dítěte do jeho poslední chvíle života, používání technologických zařízení při udržování životních funkcí dítěte, prožívání smutku a emoční opora rodinným příslušníkům. (Mareš, 2016)

Tým, který vedla D. Maguirová, vedl rozhovor s 16 všeobecnými sestrami z novorozenecké jednotky intenzivní péče. V tomto výzkumu měly všeobecné sestry pocit, že je nedostačující

péče o děti s abstinenčním syndromem a nezahrnuje snahy o změnu chování matek alkoholiček, na které měly vztek a projevovaly bezmoc a obavy o osud léčených novorozenců, kteří byli propuštěni z nemocnice domů. (Mareš, 2016)

W. J. Austinová se svými kolegy navštívila šest pediatrických jednotek intenzivní péče v Kanadě. Jejich respondenty byli lékaři a sestry z jednotek intenzivní péče, dietní sestry, odborníci na řízenou ventilaci, sociální pracovníci a stážisté. Společně shromáždili a analyzovali vyprávění 22 zdravotníků o morálně stresujících situacích. Zjistili témata, která nebyla vázána na konkrétní profesi. Jednalo se o odpor některých zdravotníků, manažerů nebo rodiny vůči navrhovanému plánu péče, dále důvěra a odvaha zdravotníků, tajné domluvy mezi zdravotníky, situace ovlivňující budoucí rozhodování a zážitky distresu dosud nikomu nevyprávěné. (Mareš, 2016)

R. Allenová a E. Butlerová vedly výzkum u skupiny osmi zkušených dětských sester z anesteziologicko-resuscitačního oddělení a z pediatrické jednotky intenzivní péče. V diskuzi identifikovaly témata, jako jsou platy sester, charakteristiky dobrých sester na těchto odděleních, zdroje morálního distresu, trápení se dětských sester, snížení případů morálního distresu a dosažení moudrého nadhledu. (Mareš, 2016)

#### **4.2 Zdroje morálního distresu použité v modelových situacích v dotazníku**

Do dotazníku byly vybrány zdroje morálního distresu, které zmiňuje Rusová (2017).

**1. modelová situace: Všeobecná sestra přichází na pokoj a má připravené infuze k podání. Bez provedení identifikace podá infuzi pacientovi. Poté přichází k dalšímu pacientovi a uvědomí si, že infuze podaná prvnímu pacientovi má být pro toho druhého. Vráť se k prvnímu, infúzi odpojí a tu samou infuzi bez výměny setů podá druhému pacientovi. Neřeší, zda první pacient nemá možné alergie na látky obsažené v infuzi pro druhého pacienta. Chybu nehlásí.**

Dodržení povinnosti identifikace pacienta je významným prvkem při poskytování péče ve zdravotnickém zařízení u hospitalizovaných, ale i ambulantních pacientů. Při neprovedení aktivní identifikace dochází ke ztrátě bezpečnosti pacienta při poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče. Doporučení o aktivní identifikaci je v souladu s požadavky národních a mezinárodních akreditačních institucí a organizací. (Pokorná a kolektiv, 2019)

Pro aplikaci infuze je základní pomůckou infuzní set spojující infuzní vak a vedoucí infuzní roztok cévním vstupem do těla pacienta. Nejčastěji je vyráběn z plastu, a proto je určen k jednorázovému použití. Infuze se připravují dle ordinace lékaře a aseptickým způsobem bezprostředně před jejich podáním. Kompletní připravená infuze musí být označena identifikačním štítkem, který obsahuje jméno pacienta, složení infuze, datum a čas nařazení razítko s podpisem zdravotníka připravujícího a podávajícího tuto infuzi. Před aplikací je nutné provést aktivní identifikaci pacienta a kontrolu připravené infuze a tím se ujistit, že je podávána správná infuze správnému pacientovi. Během infuzní terapie je třeba sledovat celkový stav pacienta, místo vpichu a správné odkapávání infuze. (Vytejková a kolektiv, 2015)

Aplikaci infuzních roztoků by měl provádět kompetentní zdravotnický personál seznámený s nežádoucími účinky, komplikacemi a alergickými reakcemi, které se mohou projevit jak v průběhu, tak i po aplikaci infuzní terapie. Proto by mělo být každé zdravotnické zařízení dostatečně přístrojově i medikamentózně vybavené pro řešení možných vzniklých alergických reakcí. V takovém případě se musí okamžitě přerušit nebo úplně zastavit podaná infuze a podat léky tlumící alergickou reakci (antihistaminika), zajistit oxygenoterapii a monitoraci fyziologických funkcí. (Vlček, Fialová a Vytřískalová, 2014)

Nežádoucí události jsou situace, kterým bylo možné se vyhnout, ale v jejich důsledku došlo k poškození nebo ke zhoršení stavu pacienta. (Šupšáková, 2017) Každá nežádoucí událost by měla být neodkladně nahlášena, zaznamenána a řešena. (Bartůněk, Jurásková, 2016)

**2. modelová situace: Na oddělení došlo k nácviку nepotřebných invazivních a/nebo bolestivých výkonů studenty v přítomnosti sestry/mentora/mentorky (např. zavádění nasogastrické sondy, zavádění periferního žilního katétru nebo permanentního močového katétru).**

Zdravotníci by neměli provádět neindikované výkony, a to i za okolností, že by to bylo z nějakého důvodu výhodné (např. finanční výhodnost, ale i nácviк praktických dovedností). Důležité je si uvědomit, že každý výkon je spojen s možnými komplikacemi. Provádění neindikovaných výkonů je v rozporu se základními etickými principy nonmaleficence (neškodění) a beneficence (dobřečinění). (Ptáček, Bartůněk, 2011)

Práva a povinnosti pacienta upravuje čtvrtá část, hlava I., kde je uvedeno, že má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, na úctu a důstojné zacházení,

právo znát jméno a příjmení osob přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb včetně studentů, právo odmítnout přítomnost osob připravujících se na povolání zdravotnického pracovníka. (Zákon 372/2011 Sb.)

V. část tohoto zákona zmiňuje, že je poskytovatel zdravotnických služeb povinen zajistit, aby studenti prováděli při klinické a praktické výuce a odborné praxi pouze činnosti, které jsou součástí výuky nebo praxe, pod vedením zdravotnického pracovníka v pracovněprávním vztahu s odbornou kompetencí vykonávat tuto činnost. Dále je povinen zajistit, aby učitelé praktického vyučování/mentori, kteří nejsou v pracovněprávním vztahu, neposkytovali žádné zdravotní služby, pouze ve spolupráci se zdravotnickým pracovníkem v pracovněprávním vztahu. (Zákon 372/2011 Sb.)

**3. modelová situace: Na oddělení došlo k tomu, že si zdravotnický personál procvičoval výkony na pacientech po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci (např. zajištění dýchacích cest).**

VII. část zákona o zdravotních službách pojednává o nakládání s tělem zemřelého. Úkony na těle zemřelého (s výjimkou prohlídky těla zemřelého) lze provádět se souhlasem pacienta nebo rodinných příslušníků nejdříve 2 hodiny po úmrtí, a to na patologicko-anatomickém oddělení. (Zákon 372/2011 Sb.) Tělo zemřelého může být využito za účelem pro lékařskou vědu, výzkum nebo k výukovým účelům a dalším účelům, které stanovuje právní předpis. (Zákon 372/2011 Sb.)

**4. modelová situace: Spolupráce s nekompetentními kolegy z důvodu nedostatku kompetentního zdravotnického personálu.**

V obecných podmínkách o poskytování zdravotních služeb v zákonu o zdravotních službách (II. část, hlava II) je zmíněno, že zdravotní služby mohou vykonávat pouze osoby způsobilé k této činnosti. Právní předpis stanovuje i minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení, které odpovídá oboru, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotních služeb, včetně odborné, zvláštní odborné a specializované způsobilosti zdravotních pracovníků. (Zákon 372/2011 Sb.)

**5. modelová situace: Překračování kompetencí na pracovišti (např. ošetřovatel/ka provádí převazy, praktická sestra zavádí periferní žilní katétr a následně do něj aplikuje léky, všeobecná sestra zavádí permanentní močový katétr u muže bez kompetencí k tomuto výkonu).**

Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání je obsažena ve II. části, hlava II zákona o zdravotních službách. Právní předpis stanovuje způsobilost lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Pokud není schopen vykonat samostatně výkon, je povinen pověřit odborného zástupce se stejnou odbornou způsobilostí k tomuto výkonu. (Zákon 372/2011 Sb.)

Způsobilost k poskytování zdravotních služeb může být příslušným správním orgánem pozastavena nebo odejmuta v případě, že poskytovatel závažně nebo opakovaně poruší povinnosti dané pro poskytování zdravotních služeb související s tímto zákonem nebo jiným právním předpisem. (Zákon 372/2011 Sb.)

**6. modelová situace: Na pokoji lůžkového oddělení jsou hospitalizovány dvě pacientky. V odpoledních hodinách má jedna z nich návštěvu. Druhé pacientce je indikován permanentní močový katétr. Vaše kolegyně (všeobecná sestra) zavádí permanentní močový katétr na tomto pokoji v přítomnosti cizích lidí bez použití plenty.**

Každý zdravotník je povinen respektovat a chránit práva pacienta, zejména lidskou důstojnost patřící k etickým povinnostem. Pokud se tato povinnost dostane do konfliktu s ostatními hodnotami a právy, může dojít ke vzniku etických problémů. Z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy má každý právo na ochranu soukromí, včetně ve vztahu k informacím o zdravotním stavu. (Kutnohorská, 2007) Ve znění zákona 372/2011 Sb. § 28 má pacient právo na důstojné zacházení a respektování jeho soukromí při poskytování zdravotních služeb. (Zákon 372/2011 Sb.)

**7. modelová situace: U pacienta s platným dříve vysloveným přáním neresuscitovat byla zahájena kardiopulmonální resuscitace.**

Pokud by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, bralo by se na zřetel případné dříve vyslovené přání. Poskytovatel bude respektovat dříve vyslovené přání, které následovalo písemnému poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutím a které má písemnou



formu úředně ověřeným podpisem pacienta. Dříve vyslovené přání může pacient vyslovit při příjmu, ale i během hospitalizace. V tomto případě se vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace, kde záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, jestliže by došlo k ohrožení jiné osoby nebo aktivnímu způsobení pacientovy smrti. Nelze ho také respektovat u nezletilých pacientů a u pacientů s omezenou svéprávností. (Zákon 372/2011 Sb.)

Příkaz DNR (Do Not Resuscitate) nebo někdy také DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) je lékařský příkaz, který dává poskytovatelům zdravotní péče pokyn neprovést KPR, pokud ji pacient vyžaduje. Tento příkaz může být také stanoven jako dříve vyslovené přání, kdy má způsobilý pacient právo odmítnout jakýkoliv výkon nebo léčbu. Problematika je složitější z etického a právního hlediska v tom případě, kdy o DNR může rozhodnout lékař. (Beranová, 2018)

#### **8. modelová situace: Ukončování léčby u pacienta bez jisté příznivé prognózy a bez jistého navrácení pacienta do plnohodnotného života k zajištění volného lůžka na oddělení.**

V některých situacích dochází k tomu, že použité léčebné postupy u pacienta opakovaně selhaly a neodstranily příčinu onemocnění. V takovém případě lze hovořit o marné léčbě. (Beranová, 2018) Představenstvo České lékařské komory č. 1/2010 definuje marnou léčbu jako léčbu nevedoucí k záchraně života, udržení zdraví nebo zachování kvality života. Tato léčba není v zájmu pacienta, nepomáhá mu a zatěžuje ho rizikem komplikací. Marná léčba může být buď kvantitativní, kdy jde o pravděpodobnost, že určitý postup bude úspěšný, nebo kvalitativní, kdy uvažovaná terapie není přijatelná z důvodu finančních nákladů nebo neočekávání kvality života pacienta. (Matějek, 2014)

#### **9. modelová situace: U pacienta dojde k předstírané resuscitaci z důvodu přítomnosti jeho rodiny a/nebo jiných blízkých osob.**

Předstíraná resuscitace je resuscitace, která usiluje o neúčinnost, je vedena příliš pomalu nebo příliš dlouho. (Rusová, 2018) ERC 2015 doporučuje vhodnost nabídnout rodině pacienta, aby byli přítomni během provádění KPR. (Beranová, 2018) Přítomnost rodiny během resuscitace zajišťuje informovanost a nemožnost pochyb o tom, že pro záchranu pacientova života bylo uděláno maximum. (Uher, 2013)

**10. modelová situace: U kompetentního pacienta byl získán neplatný informovaný souhlas (pacientovi se nedostaly žádné informace, pouze mu byl tento formulář předložen k podpisu). Poté pacient podstoupil vyšetření/léčbu.**

Informovaný souhlas podrobně definuje Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. U pacienta může dojít k výkonu jen tehdy, pokud poskytl svobodný a informovaný souhlas. Informovaný souhlas zahrnuje poučení pacienta o příčinách vzniku nemoci, o léčbě, o důsledcích a komplikacích. Tyto informace může poskytnout zdravotnický pracovník způsobilý poskytnout příslušnou zdravotní péči. Ústně projevovaný souhlas se zaznamenává do zdravotnické dokumentace, písemný souhlas je součástí zdravotnické dokumentace. (Pokorná a kolektiv, 2019)

**11. modelová situace: Pacientovi pod vlivem omamných/návykových látek (např. drogy, alkohol, premedikace) byl předložen informovaný souhlas k podpisu. Poté pacient podstoupil vyšetření/léčbu.**

Pokud zdravotní stav pacienta nedovoluje vyjádřit souhlas o poskytnutí zdravotních služeb, zaznamenává se nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace. Zdravotnický pracovník uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil a zdravotní důvody, které pacientovi brání vyjádřit se. Záznam o této skutečnosti podepisuje zdravotnický pracovník a svědek. (Zákon 372/2011 Sb.)

## **5. ETICKÝ KODEX**

V roce 1953 byla stanovena základní etická pravidla pro všechny sestry, která jsou obsažena v Etickém kodexu Mezinárodní rady sester (International Council of Nursing – ICN). Roku 2003 byl akceptován i v ČR, a to Českou asociací sester (ČAS). (Ptáček, Bartůněk, 2011)

Ošetřovatelská etika sestry vymezuje čtyři hlavní povinnosti – péče o zdraví, předcházení nemocem, návrat zdraví a zmírnění utrpení. Důležitost je kladena na respektování lidských práv, zejména právo na život, důstojnost a zacházení s úctou. (Ptáček, Bartůněk, 2014)

Ošetřovatelskou péči nelze dělit podle věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, národnosti, politického přesvědčení, rasy nebo společenského postavení pacienta. (ICN, 2017)

Etický kodex sester má čtyři hlavní články vymezující normy etického chování sestry a lidí/občanů, sestry a její práce/praxe, sestry a jejího povolání, sestry a jejich spolupracovníků. Ke splnění účelu Etického kodexu je třeba, aby si jej každá praktická nebo všeobecná sestra osvojila a používala ho při všech aspektech zahrnující její práci. Měl by být k dispozici všem praktickým a všeobecným sestřím v jejich pracovním životě a studentům v průběhu jejich studia. (ICN, 2017)

## 6. DOPADY A NÁSLEDKY MORÁLNÍHO DISTRESU

Morální distres s sebou přináší řadu negativních příznaků, ale také dopadů na osobnost jedince, který se snaží se s těmito pocity vyrovnat a dosáhnout psychické rovnováhy. Čím častěji jedinec zažívá morální distres, tím více se snižuje pravděpodobnost, že jeho strategie ke zvládnutí distresu budou úspěšné. Dopady se mohou vztahovat k profesi jedince, kdy může jít o ohrožení jeho odborných kompetencí, profesionální autonomii a odpovědnost za poskytnutou péči. Pokud se morální distres opakuje, dochází ke zhoršení vztahů na pracovišti, snižuje se kvalita poskytované péče, zvyšuje se riziko chyb v odborné péči a je tím ohrožena bezpečnost pacientů. Morální distres může vyústit v rezignaci zdravotníka na svoji práci, syndrom vyhoření a odchod z profese. (Fialová, 2018)

Fialová (2018) popisuje dopady morálního distresu, které rozdělila Corley na dopady na sestry a na instituci. Praktická nebo všeobecná sestra potýkající se s morálním distresem prožívá utrpení, vyhýbá se pacientům, rezignuje na svoji práci. Z tohoto utrpení může vyplynout syndrom vyhoření nebo odchod z profese. Pro instituci tyto dopady znamenají kolísavost pracovníků, problém získat nové pracovníky a zhoršená pověst zdravotnického zařízení kvůli zhoršené kvalitě péče o pacienty.

Rushton definoval reakce na morální distres, které mají 4 složky navzájem se prolínající. Mezi **fyzičné reakce** lze uvést například bušení srdce, poruchy trávení, nespavost, bolesti hlavy, únava, vyčerpání, hyperaktivita, kolísání hmotnosti, zvýšená náchylnost k nemocem. **Emocionálními příznaky** je například pocit bezmocnosti, strach, odpor, deprese, úzkost, rozhořčení, vyděšení, šok, smutek, žal, vyhoření. **Spirituální složka** obsahuje narušení náboženských praktik včetně krize víry, útlum morální senzitivity, zhoršení morální integrity, ztráta hodnot, odpojení od práce nebo od společnosti. **Behaviorálními reakcemi** může být narušení myšlení, noční můry, návykové chování, obranné reakce, vyhýbání se, nervozita, depersonalizace. (Fialová, 2018)

Morální distres může mít i pozitivní efekt. Nastává v případě, když není zdravotníkovi lhostejné, jak se na jeho pracovišti zachází s pacientem. Umožňuje zdravotníkovi sebereflexi a morální odvalu bránit zájmy pacientů a jejich rodin. Zdravotník usiluje o nejvyšší kvalitu poskytované péče, a to může vést k rozvoji jeho osobnosti. (Mareš, 2016)

## **7. ZVLÁDÁNÍ MORÁLNÍHO DISTRESU**

Morální distres vyvolává zmíněné důsledky působící na jedince, na systém péče a na instituci, proto by měla být jeho prevence a řešení jeho důsledků v zájmu nejen jednotlivce, ale celé organizace. (Fialová, 2018)

Fialová (2018) zmiňuje upozornění Ratherta, Maye a Chunga. V jejich výzkumu je v rozporu podpora etiky ze strany vedoucích pracovníků a výskyt morálního distresu, kdy podřízení pracovníci necítí podporu v ohledu řešení morálních otázek.

McCarthy a Deady popsali strategie pro všeobecné sestry o vyrovnání se s morálním distresem. Mezi tyto strategie patří péče o sebe sama, zapojit kolektiv do řešení problému a zachovat si etické hodnoty při poskytování ošetrovatelské péče. Uvádí také, že všeobecným sestřím pomáhá k vyrovnání se s morálním distresem asertivita. (Fialová, 2018)

Strategie, které zmiňuje Epstein a Delgado, mají využití nejen ve zdravotnictví, ale i v ostatních oborech. Účinnost strategií se však může odlišovat ve vztahu k danému pracovišti. (Fialová, 2018)

Epsteinová a Hamricová definovaly obecné strategie pro zvládnutí situací, ve kterých se jedinci potýkají s morálním distresem, a to vytvářet podpůrné sociální sítě kolegů, rozpoznávat a pojmenovávat morální distres, zodpovědnost v jednání, rozvážné rozhodování, diskutovat s ostatními na podobné pozici, využívat mentorské a institucionální zdroje, aktivně se účastnit na vzdělávacích aktivitách, které se zaměřují na zvládnutí stresu. Tyto strategie lze považovat i za prevenci morálního distresu. (Rejšek, 2018)

Model 4 A pomáhající zdravotním sestřím efektivně zvládat morální distres definovala Americká asociace sester pro intenzivní péči (AACN). Zaměřuje se na situaci, kdy jedinec poprvé prožil negativní pocit v souvislosti s potýkajícím se morálním aspektem. Tento postup má sloužit jako odpověď na morální distres, který se objeví na jakémkoli pracovišti. 4 A je zkratkou pro tento postup: ptej se (ask) – uvědomění si působící morální distres, potvrď si (affirm) – postavení se k morálnímu distresu, zhodnot' (assess) – vytvoření plánu, jednej (act) – jednat podle plánu a zachovat si morální integritu. (Fialová, 2018)

Ke zvládnutí morálního distresu u zdravotních sester se efektivně projevilo i zapojení se zdravotnických zařízení s využitím systémových řešení, prevence dodatečného a dlouhodobého vzdělávání zdravotníků v etické zodpovědnosti a v etických rozhodnutích. (Rejšek, 2018)

Na řešení etických problému a komunikačně obtížných situací, které souvisí s poskytováním zdravotních služeb, se vyvinula služba, jako je etické poradenství. Od počátku se ve zdravotnických zařízeních zjišťovalo, jaký má tato služba efekt. Studie z 80. let pocházející z USA uvádí, že tam, kde probíhá jakákoli forma etického poradenství, jsou pacienti s poskytovanou zdravotnickou službou spokojenější, zvyšuje se kvalita péče, zkracuje se délka hospitalizace a jsou nižší náklady na léčbu pacientů. Tato služba je výhodná i pro samotné zdravotnické zařízení, díky snazšímu náboru zdravotnickému personálu, který je stabilnější, neboť se méně potýká s morálním distresem a syndromem vyhoření, zvyšuje se výkonnost pracovníků, efektivita a produktivita celé organizace a lepší reputace zdravotnického zařízení. Z toho vyplývá to, že se zdravotnická zařízení méně setkávají se soudními spory a z nich vycházejících finančních závazků. (Matějek, 2015)

Etické poradenství má několik způsobů poskytování. Je na každém zdravotnickém zařízení, aby si vybralo vyhovující způsob provozování, neboť má tato služba své výhody i nevýhody. Poskytovatelem může být jednotlivec, externista nebo přímý zaměstnanec daného zdravotnického zařízení. (Matějek, 2015)

Etické komitě je služba poskytovaná ve větším zdravotnickém zařízení a skládá se z interních pracovníků s patřičným vhladem do dané problematiky a jsou vyškoleni. Pokud je koordinátor pro etické poradenství osloven někým, koho se týká zdravotní péče u pacienta, setká se nejprve s ním a pak nabídne schůzku všem, kteří znají celou situaci, včetně pacienta nebo jeho rodiny. Poté se koordinátor sejde s celým zdravotnickým týmem, potom zvláště s pacientem a/nebo s jeho rodinou. Následovně se sejdou všichni společně, aby se každý mohl svobodně vyjádřit o celé situaci. Tato setkání trvají 30-50 minut a mají svou strukturu a pravidla. Setkání se opakují tak dlouho, dokud nedojde ke shodnému rozhodnutí v souladu s etickými pravidly a právními normami. V českém zdravotnictví existují dilemata, která by etické poradenství pomohlo řešit a tím ulevit pacientů a/nebo jejich rodinám, i zdravotníkům. V ČR se etické poradenství poskytuje v Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech nebo v hospicovém sdružení Cesta domů. (Matějek, 2015)

## **II. PRŮZKUMNÁ ČÁST**

Průzkumná část obsahuje stanovené průzkumné otázky. Bude popsána metodika výzkumu a charakteristika souboru respondentů. Následně budou popsány výsledky dotazníkového šetření.

### **Průzkumné otázky**

1. Jak respondenti eticky hodnotí chování v uvedených modelových situacích?
2. Setkali se respondenti s vybranými modelovými situacemi?
3. Zažívali respondenti v těchto situacích morální distres?
4. Jaké intenzity dosahoval morální distres na respondenty?

## 8. METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkum této práce byla zvolena kvantitativní metoda, a to pomocí anonymních dotazníků, které obsahují jedenáct vybraných situací, viz příloha A. Proběhlo ověření srozumitelnosti dotazníku pilotáží. V rámci pilotáže byl dotazník předložen sanitáři, praktické sestře, všeobecné zdravotní sestře a laikem. Na základě schválení žádosti o povolení výzkumu v nejmenované nemocnici byla zahájena distribuce dotazníků na oddělení anesteziologicko-resuscitační, jednotku intenzivní péče (chirurgickou a interní) a na chirurgické a interní lůžkové oddělení. Na tato oddělení bylo dohromady osobně předáno 30 dotazníků vrchním sestřím s instrukcemi, které jsou poznamenány v úvodu dotazníku. Vyplněné dotazníky byly vyzvednuty v přiložených krabicích pro zachování anonymity. Výzkum byl zahájen v únoru 2019 a byl ukončen v březnu 2019. Sesbíraná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel. V tomto programu byly vytvořeny grafy a tabulky následně přenesené do programu Microsoft Office Word.

### Charakteristika souboru

Respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci (sanitáři, ošetřovatelé/ošetřovatelky, praktické sestry, všeobecné sestry a všeobecné sestry se specializací). Bylo distribuováno 30 dotazníků s žádostí o pravdivé a upřímné odpovědi. Z 30 rozdaných dotazníků se vrátilo všech 30 kompletně vyplněných.

## 9. PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou postupně prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotce intenzivní péče interní i chirurgické a na interním a chirurgickém lůžkovém oddělení ve vybraném zdravotnickém zařízení.

**Tabulka 1** Identifikační tabulka respondentů

Muži	Ženy	Věk			Délka zaměstnání v oboru (v letech)		
		Průměr	Minimální	Maximální	Průměr	Minimální	Maximální
6	24	40,4	22	58	19,4	0,5	36

V tabulce č. 1 lze vyčíst, že se výzkumu se zúčastnilo 6 mužů a 24 žen ve věku od 22 let do 58 let, bylo tedy 30 respondentů. Minimální doba zaměstnání v oboru byla půl roku a maximální 36 let.

**Tabulka 2 Pracovní pozice a specializace všeobecných sester**

Pracovní pozice	Sanitář/ka	4
	Ošetřovatel/ka	4
	Praktická sestra	0
	Všeobecná sestra	4
	Všeobecná sestra se specializací	18
Zmíněné specializace	ARIP	13
	Chirurgické obory	4
	Interní obory	1

V tabulce č. 2 je zřetelné, kdo byl mezi respondenty. Jednalo se o 4 sanitáře/sanitářky, 4 ošetřovatele/ošetřovatelky, 4 všeobecné sestry a 18 všeobecných sester se specializací. 13 těchto všeobecných sester má specializaci ARIP, 4 všeobecné sestry chirurgické obory a 1 všeobecná sestra interní obory.

**1. modelová situace: Všeobecná sestra přichází na pokoj a má připravené infuze k podání. Bez provedení identifikace podá infuzi pacientovi. Poté přichází k dalšímu pacientovi a uvědomí si, že infuze podaná prvnímu pacientovi má být pro toho druhého. Vráť se k prvnímu, infúzi odpojí a tu samou infúzi bez výměny setů podá druhému pacientovi. Neřeší, zda první pacient nemá možné alergie na látky obsažené v infúzi pro druhého pacienta. Chybu nehlásí.**

**a) Označte, zda neprovedení aktivní identifikace považuje za správné nebo špatné.**

Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

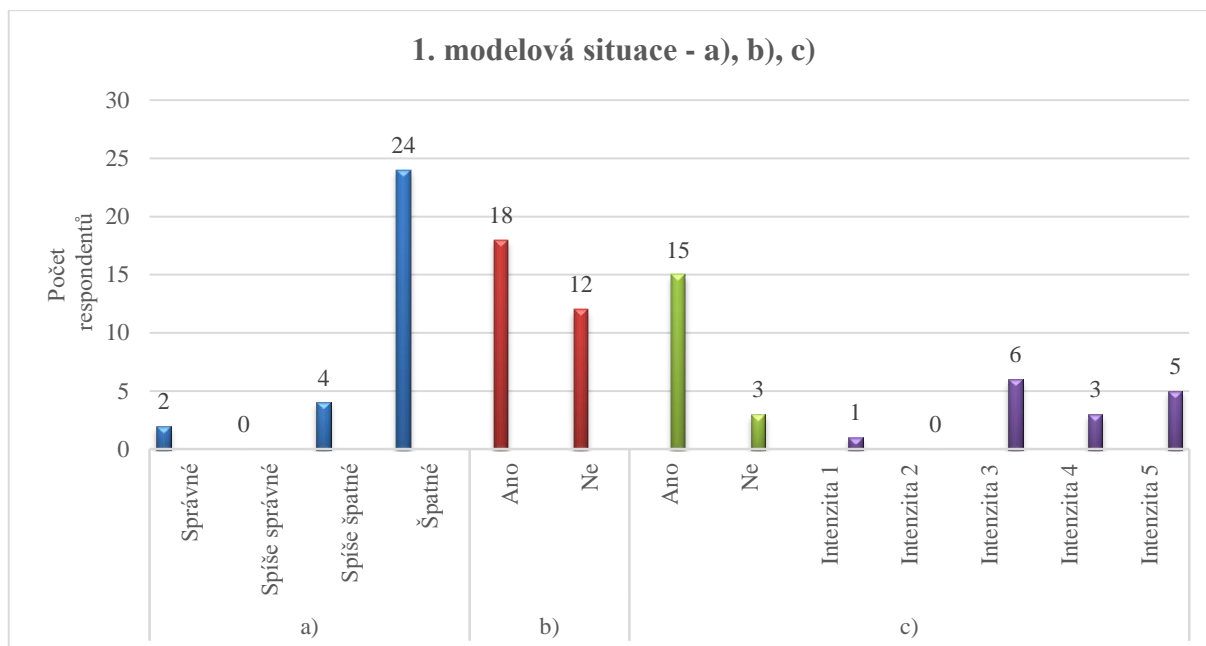
**b) Setkal/a jste se s tím, že by nebyla provedena aktivní identifikace před podáním léků?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).





**Obrázek 1 1. modelová situace – otázky a), b), c)**

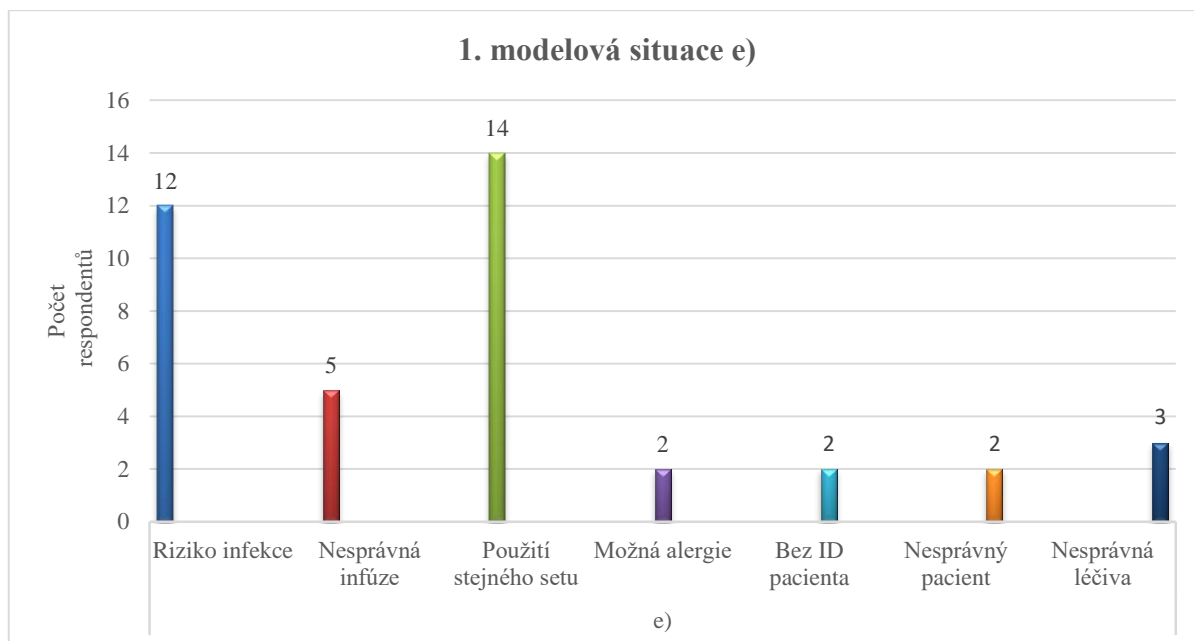
Z obrázku č. 1 lze vyčíst, že pouze 2 respondenti zhodnotili situaci, kdy nebyla před výkonem provedena aktivní identifikace pacienta za správnou (odpověď a. Správné). Žádný z nich neoznačil možnost b. Spíše správné. Možnost c. Spíše špatné označili 4 respondenti a 24 respondentů se shodlo, že situaci považují za špatnou. S touto situací se setkala 18 respondentů, 12 se s ní nesetkalo. Pouze u 3 respondentů, kteří se setkali s touto situací ve své praxi, situace nevyvolala morální distres. U dalších 15 respondentů morální distres působil, a to nejvíce v intenzitě od 3 do 5. Jeden z respondentů označil intenzitu 1 a intenzitu 2 neoznačil nikdo.

**d) Označte, zda to, že ta samá infuze i s původními sety byla podána druhému pacientovi, považuje za správné nebo špatné.**

Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**e) Pokud jste označil/a odpověď c. (Spíše špatně), nebo d. (Špatně), napište, prosím, co konkrétně považujete za chybu, respektive za špatné / spíše špatné jednání.**

U této otázky měli respondenti možnost slovně se vyjádřit se o této modelové situaci, respektive k předchozí otázce d).



**Obrázek 2 1. modelová situace – otázka e)**

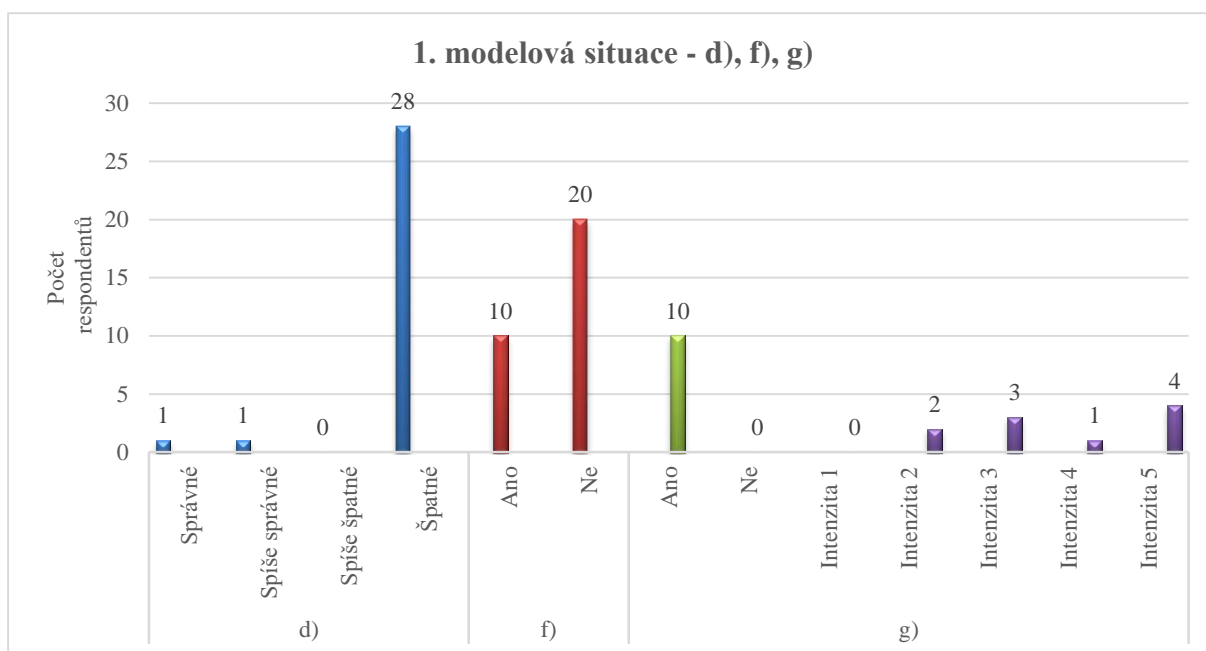
V obrázku č. 2 se objevují proměnné, které respondenti zmiňovali v otázce e). Nejvíce respondenti zmiňovali problematiku použití stejného infúzního setu u dvou pacientů (14x). V důsledku této chyby se 12x objevila problematika rizika infekce. Jako další chyby respondenti uváděli nesprávnou infúzi (5x) a nesprávná léčiva obsažená v infúzi (3x). Dále se u této otázky vyskytly odpovědi: zanedbání možné vzniklé alergie u prvního pacienta (2x), podání infuze bez aktivní identifikace pacienta (2x), podání infuze nesprávnému pacientovi (2x).

**f) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**g) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne, pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 3 1. modelová situace – otázky d), f), g)**

Z obrázku č. 3 jasně vyplývá, že nejvíce respondentů (celkem 28) označilo situaci za špatnou (odpověď d. Špatné). Možnost a. Správně a b. Spíše správně označil jeden respondent, odpověď c. Spíše špatné nezvolil nikdo. Se situací se setkalo 10 respondentů, při níž zažili morální distres, a to nejvíce o 5. (nejvyšší) intenzitě (4 respondenti). Intenzitu 3 označili 3 respondenti, intenzitu 2 2 respondenti, intenzitu 4 pouze jeden respondent a intenzitu 1 neuvedl nikdo.

**h) Označte, zda to, že všeobecná sestra neřešila možné alergie u prvního pacienta, považujete za správné nebo špatné.**

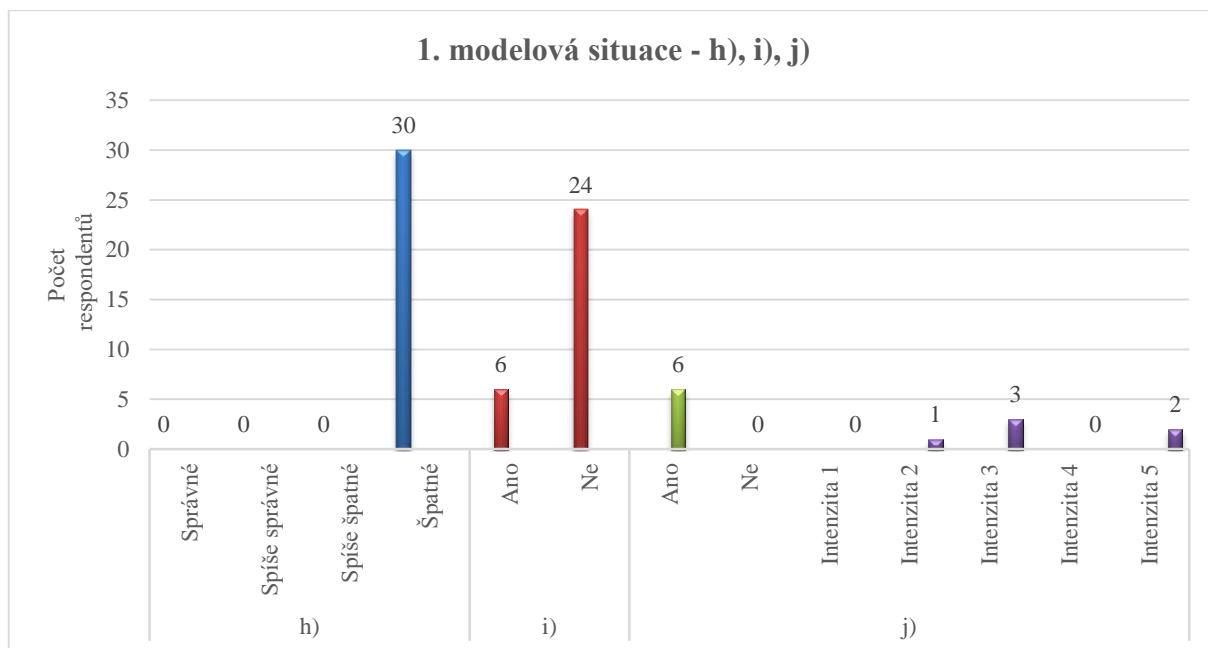
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**i) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**j) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 4 1. modelová situace – otázky h), i), j)**

U obrázku č. 4 můžeme vidět, že situaci vyhodnotili všichni respondenti (30; 100 %) za špatnou. Setkalo se s ní však pouze 6 respondentů, kteří v ní zažili morální distres o intenzitě 3 (3 respondenti), 5 (2 respondenti) a 2 (jeden respondent).

**k) Označte, zda nenahlášení chyby jako nežádoucí události považujete za správné nebo špatné.**

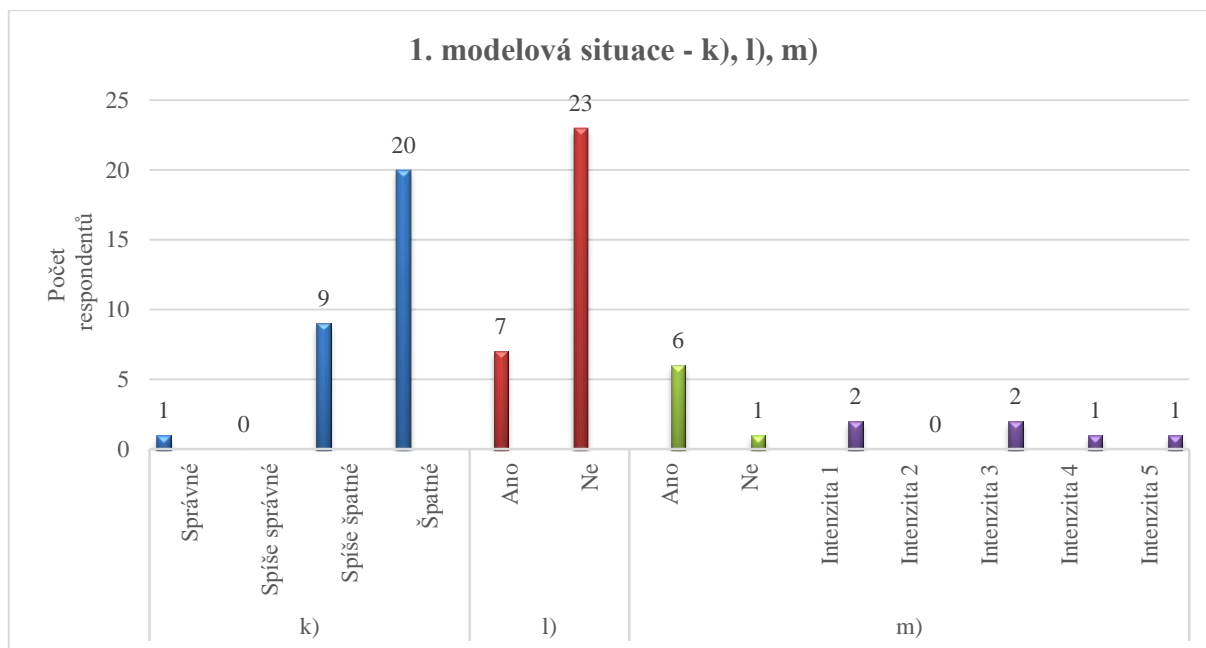
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**l) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**m) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 5 1. modelová situace – otázky k), l), m)**

Z obrázku č. 5 je možné vyčíst, že nejvíce respondentů (20) označilo situaci za špatnou (odpověď d. Špatné). 9 respondentů vybralo možnost c. Spíše špatné, jeden respondent odpověděl a. Správné a b. Spíše správné neodpověděl žádný z respondentů. Se situací se setkalo 7 respondentů. Jeden z nich při ní nezažil morální distres. Ostatních 6 respondentů uvádělo intenzitu 1 – 2x, intenzitu 2 – nikdo, intenzitu 3 – 2x, intenzitu 4 – 1x a intenzitu 5 – 1x.

**❖ Poznámka:**

Do poznámky napsal pouze jeden respondent: „*Pokud jdu k pacientovi několikrát za den, nepovažuji aktivní identifikaci za důležitou.*“

**2. modelová situace: Na oddělení došlo k nácviu nepotřebných invazivních a/nebo bolestivých výkonů studenty v přítomnosti sestry/mentora/mentorky (např. zavádění nasogastrické sondy, zavádění periferního žilního katétru nebo permanentního močového katétru).**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

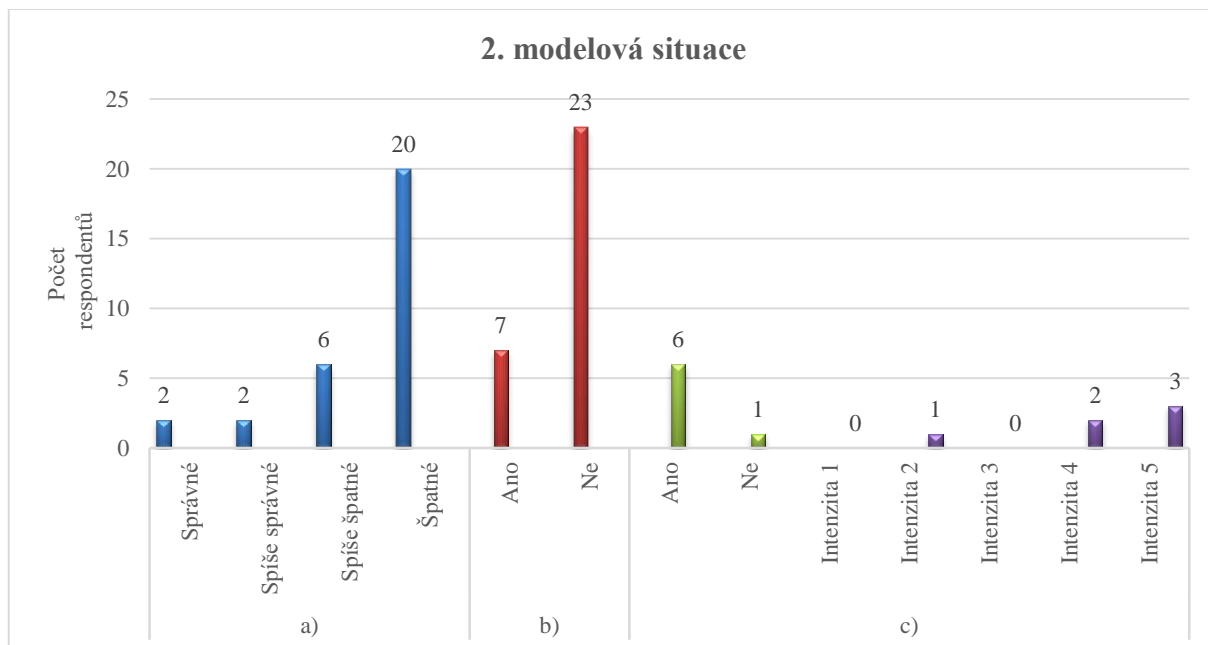
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 6 2. modelová situace – otázky a), b), c)**

Na grafu (obrázek 6) je zřetelné, že většina respondentů zhodnotila situaci za špatnou (možnost d. Špatné). Odpověď c. Spíše špatné označilo 6 respondentů, b. Spíše správné a a. Správné uvedli 2 respondenti. Uvedenou situaci prožilo 7 respondentů, nesetkalo se s ní 23 respondentů. Intenzita působícího morálního distresu u 7 respondentů se pohybovala v rozmezí 2 (1 respondent), 4 (2 respondenti) a 5 (3 respondenti).

**❖ Poznámka:**

V poznámce vztahující se ke druhé modelové situaci se nevyjádřil žádný z respondentů.

**3. modelová situace: Na oddělení došlo k tomu, že si zdravotnický personál procvičoval výkony na pacientech po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci (např. zajištění dýchacích cest).**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Je pro Vás při posuzování této situace podstatné, zda by se jednalo o lékařský či nelékařský zdravotnický personál?**

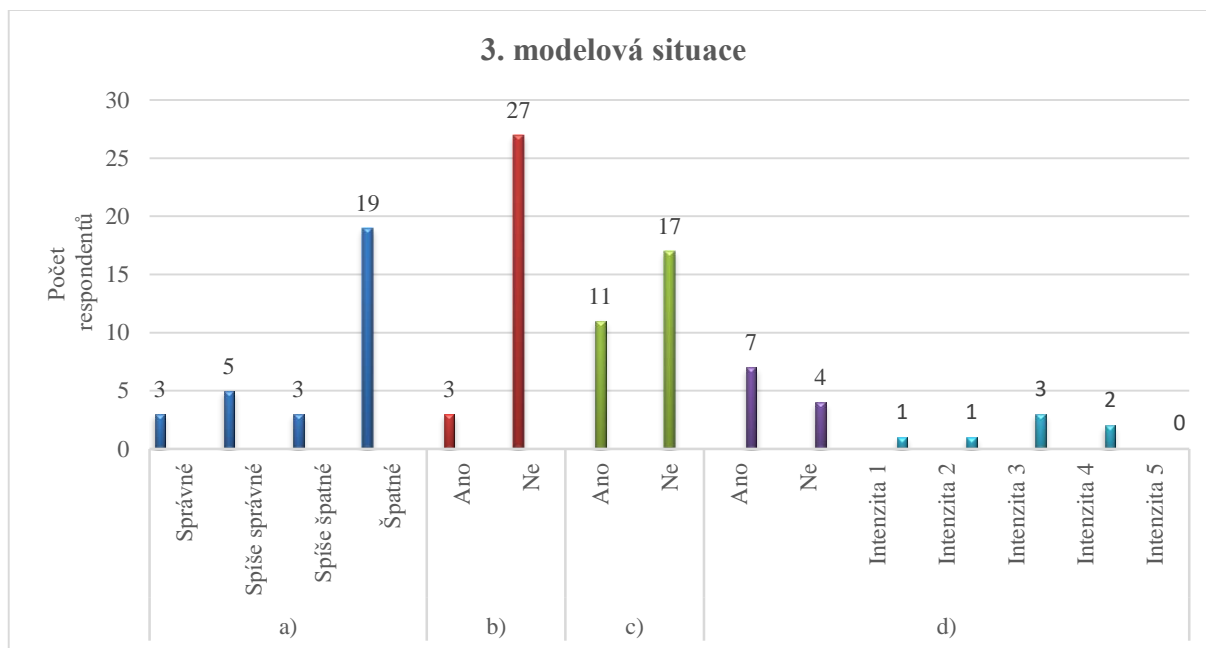
Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**d) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 7 3. modelová situace – otázky a), b), c), d)**

U obrázku č. 7 je patrná převaha odpovědi d. Špatné (19 respondentů). Uvedenou situaci považují za správnou 3 respondenti (možnost a. Správné), b. Spíše správně označilo 5 respondentů a c. Spíše špatně 3 respondenti. Z grafu vyplývá, že pro převážnou většinu respondentů nehraje při posuzování této situace roli to, zda by se jednalo o lékařský či nelékařský zdravotnický personál (27 respondentů označilo odpověď b. Ne a 3 respondenti uvedli možnost a. Ano). Se situací se nesetkalo 17 respondentů a setkalo 11 respondentů, ale žádný z nich neoznačil na přiložené ose intenzitu působícího morálního distresu nejvyšší možnou intenzitou (intenzita 5). Promítaly se intenzity 1 – 1x, 2 – 1x, 3 – 3x a 4 – 2x.

**❖ Poznámka:**

Do poznámky u této vybrané modelové situace se vyjádřil jeden z respondentů: „Nacvičuje se na seminářích na andule.“

#### 4. modelová situace: Spolupráce s nekompetentními kolegy z důvodu nedostatku kompetentního zdravotnického personálu.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

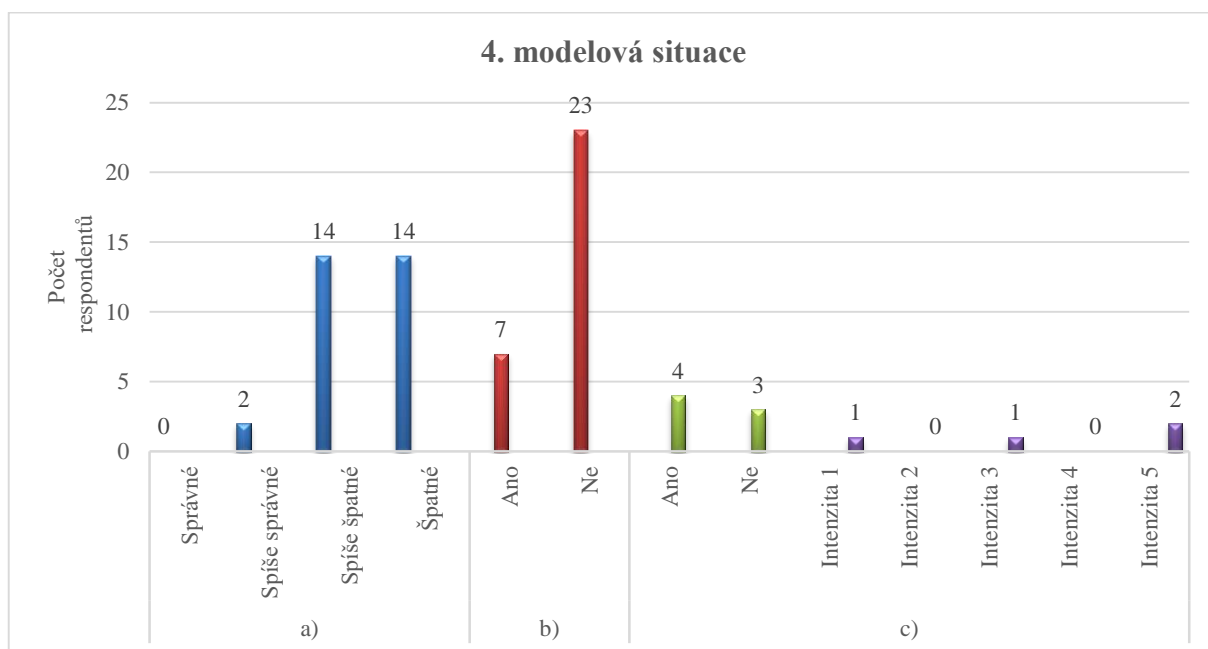
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



Obrázek 8 4. modelová situace – otázky a), b), c)

Z grafu (obrázku č. 8) je jasné, že respondenti odpověděli ve stejném počtu v možnost c. Spíše špatné (14 respondentů) a d. Špatně (14 respondentů) při hodnocení uvedené situace. Chování popsané v této situaci nepovažuje žádný z 30 respondentů za správné (a. Správné), pouze 2 respondenti vybrali možnost b. Spíše správné. Se situací se nesetkala většina, 23 respondentů. 7 respondentů, jenž se se situací setkali, odpovídalo na otázku, zda v této situaci zažili morální distres. 4 respondenti uvedli možnost a. Ano (zažili morální distres) a 3 respondenti označili odpověď b. Ne (nezažili MD). Dva ze čtyř respondentů, kteří prožili morální distres uvedli jeho nejvyšší intenzitu (intenzitu 5). Další dva respondenti uvedli na přiložené ose intenzitu 1 a 3.



❖ **Poznámka:**

U této modelové situace se nevyskytla žádná poznámka.

**5. modelová situace: Překračování kompetencí na pracovišti (např. ošetřovatel/ka provádí převazy, praktická sestra zavádí periferní žilní katétr a následně do něj aplikuje léky, všeobecná sestra zavádí permanentní močový katétr u muže bez kompetencí k tomuto výkonu).**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

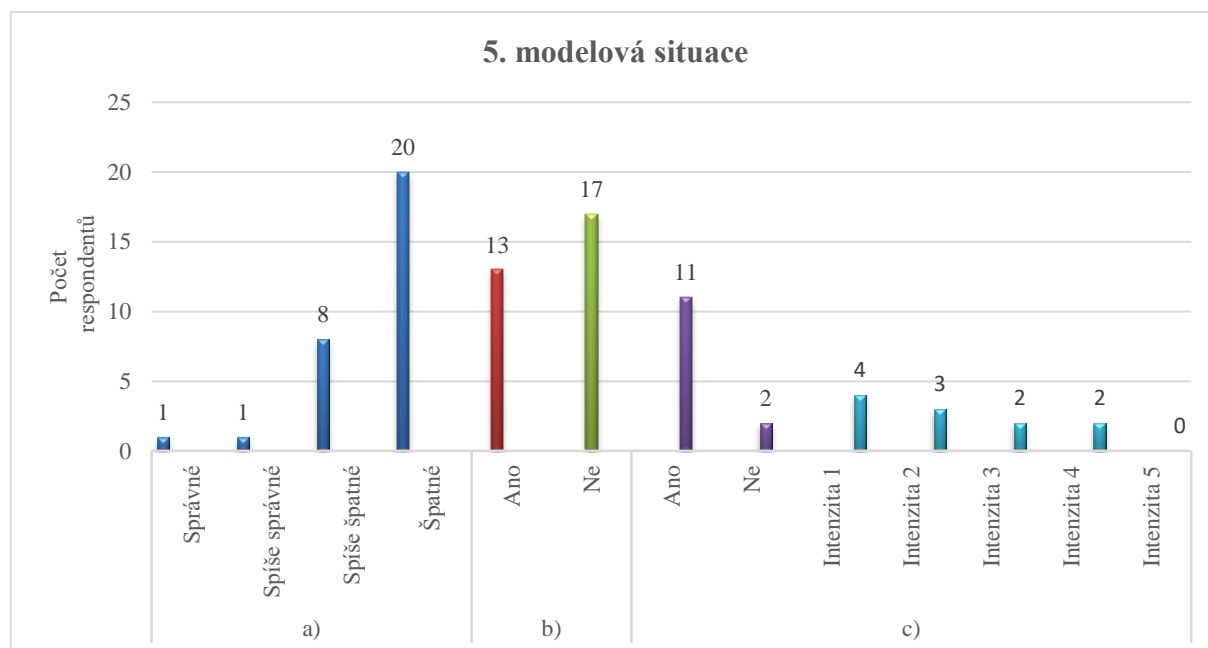
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 9 5. modelová situace – otázky a), b), c)**

Obrázek č. 9 ukazuje převahu odpovědi d. Špatné (20 respondentů) při hodnocení chování v modelové situaci. Možnost c. Spíše špatné uvedlo 8 respondentů, pouze jeden respondent označil odpověď a. Správné a b. Spíše správné. V otázce, zda se respondenti setkali s takovou situací, odpovídali takto: 13 respondentů a. Ano a 17 respondentů b. Ne. Ze 13 respondentů,

kteří se se situací setkali, zažilo morální distres 11 z nich, ale žádný neoznačil nejvyšší možnou intenzitu (intenzitu 5). Intenzita 1 se vyskytla 4x, intenzita 2 3x, intenzita 3 a 4 2x.

❖ **Poznámka:**

Prostor pro poznámku nevyužil u této modelové situace žádný respondent.

**6. modelová situace: Na pokoji lůžkového oddělení jsou hospitalizovány dvě pacientky. V odpoledních hodinách má jedna z nich návštěvu. Druhé pacientce je indikován permanentní močový katétr. Vaše kolegyně (všeobecná sestra) zavádí permanentní močový katétr na tomto pokoji v přítomnosti cizích lidí bez použití plenty.**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

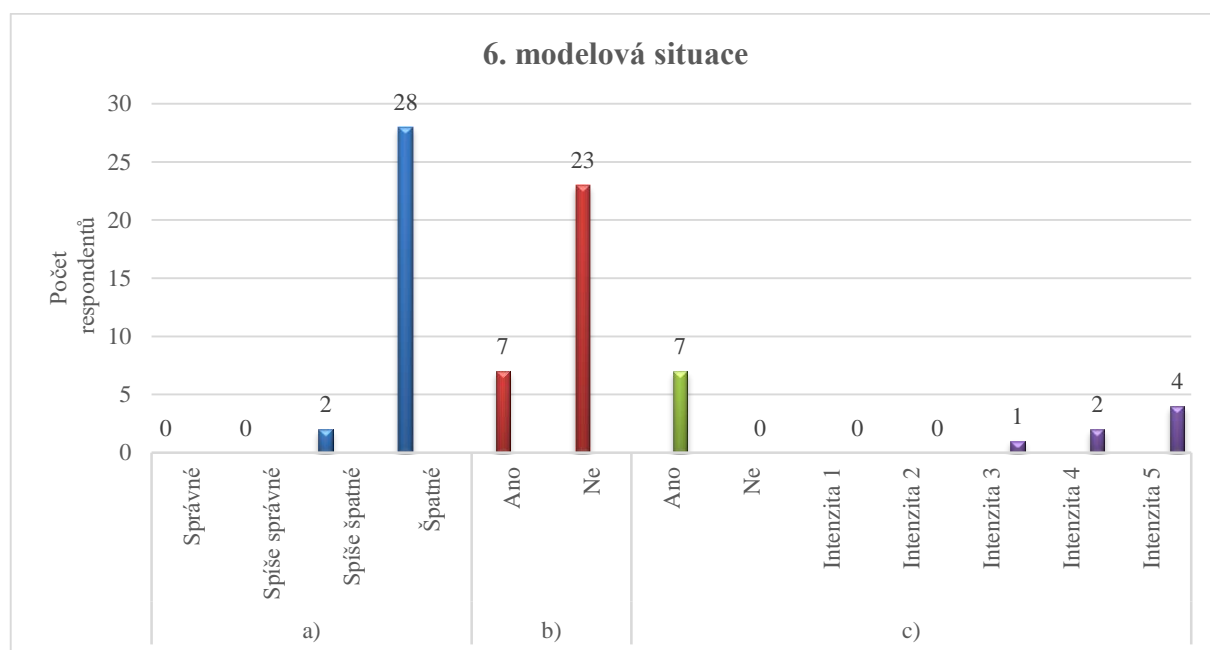
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se ve své praxi s touto, nebo podobnou situací, kdy byla porušena intimita pacienta?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 10 6. modelová situace – otázky a), b), c)**

Na obrázku č. 10 můžeme vidět, že kromě dvou respondentů, kteří označili možnost c. Spíše špatné, se 28 respondentů rozhodlo pro odpověď d. Špatné v situaci, kdy byla porušena intimita pacienta. S touto situací se setkalo pouze 7 respondentů z 30, všech 7 těchto respondentů zažili morální distres, a to v těchto intenzitách: intenzita 3 (1 respondent), intenzita 4 (2 respondenti) a intenzita 5 (4 respondenti).

❖ **Poznámka:**

Zde se vyjádřil jeden respondent: „Bylo to v době před 30-ti lety. Nyní jsem se s tím už nesešla.“

**7. modelová situace: U pacienta s platným dříve vysloveným přáním neresuscitovat byla zahájena kardiopulmonální resuscitace.**

**a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.**

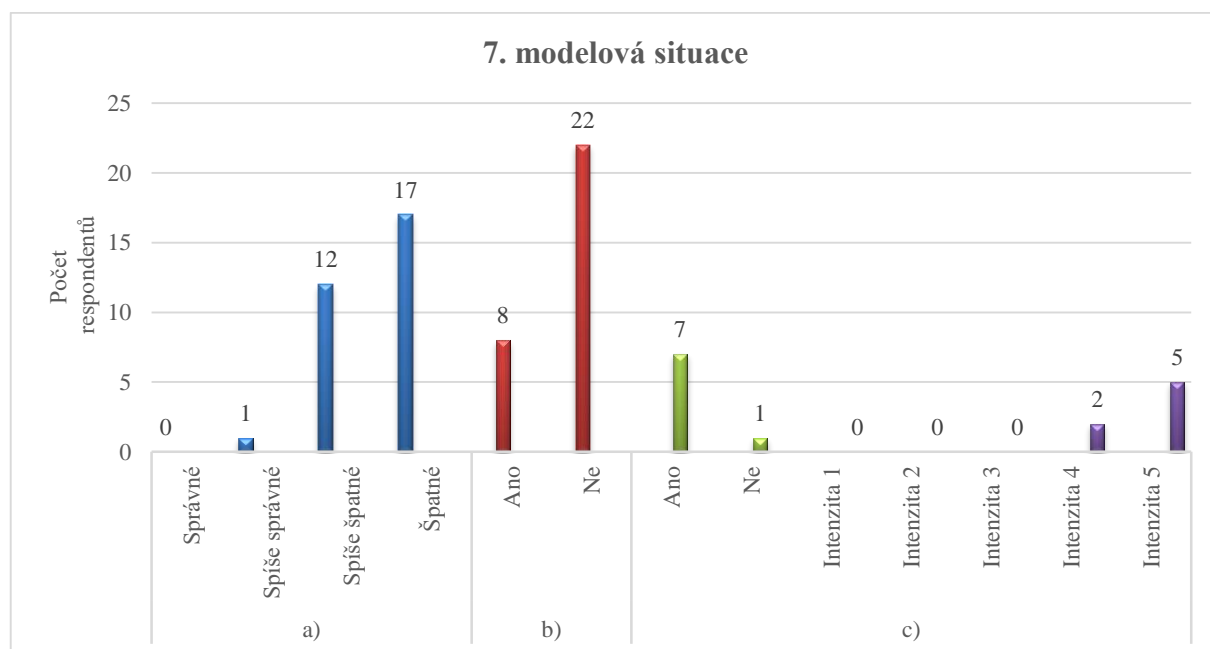
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



Obrázek 11 7. modelová situace – otázky a), b), c)

Z grafu (obrázku č. 11) vyplývá, že popsané chování v modelové situaci označilo 17 respondentů za špatné (možnost d. Špatné). 12 respondentů vybralo odpověď c. Spíše špatné a pouze jeden respondent zvolil možnost b. Spíše správné. S touto situací se setkala 8 respondentů z 30. Jeden z nich však v této situaci nezažil morální distres. Ostatních 7 respondentů uvedlo dvě nejvyšší možné intenzity morálního distresu, a to intenzitu 5 (5 respondentů) a 4 (2 respondenti).

❖ **Poznámka:**

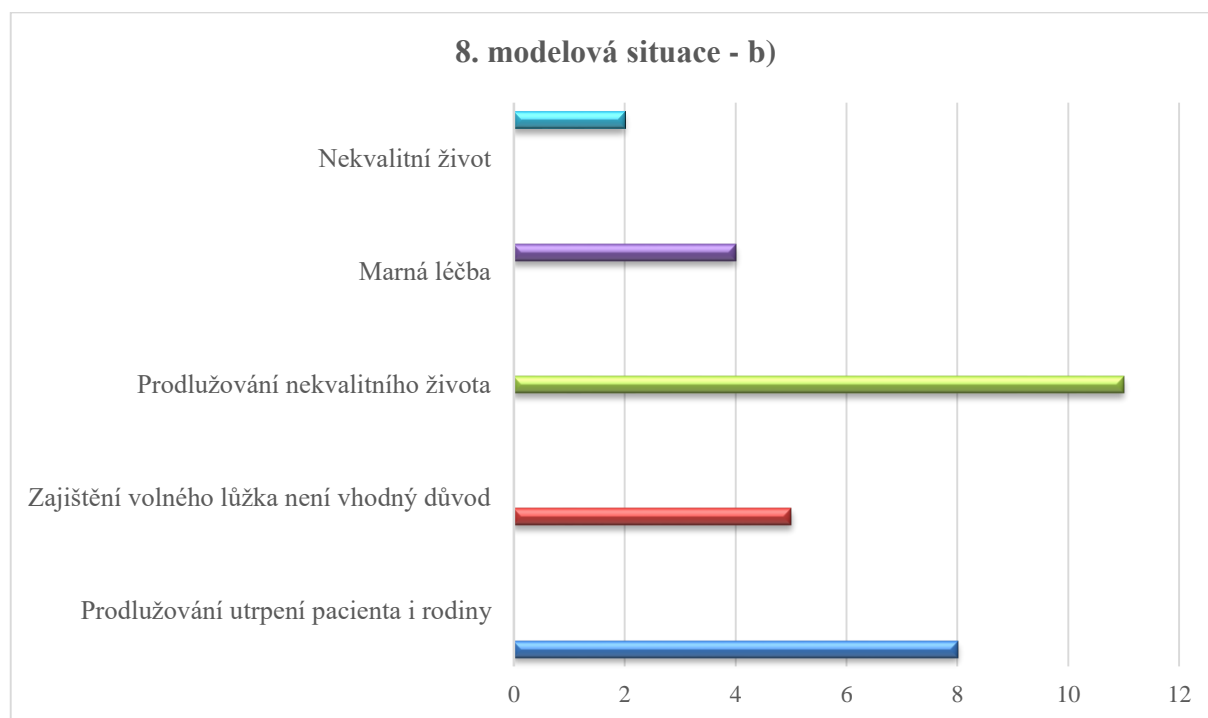
V prostoru pro poznámku se u jednoho z respondentů objevil tento poznatek: „*Opakovaná resuscitace jen prodlužuje utrpení pacienta.*“

**8. modelová situace: Ukončování léčby u pacienta bez jisté příznivé prognózy a bez jistého navrácení pacienta do plnohodnotného života k zajištění volného lůžka na oddělení.**

**a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.**

Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Pokud jste označil/a odpověď a. (Správné), nebo b. (Spíše správné), napište, prosím, proč konkrétně považujete toto jednání za správné / spíše správné.**



**Obrázek 12 8. modelová situace – otázka b)**

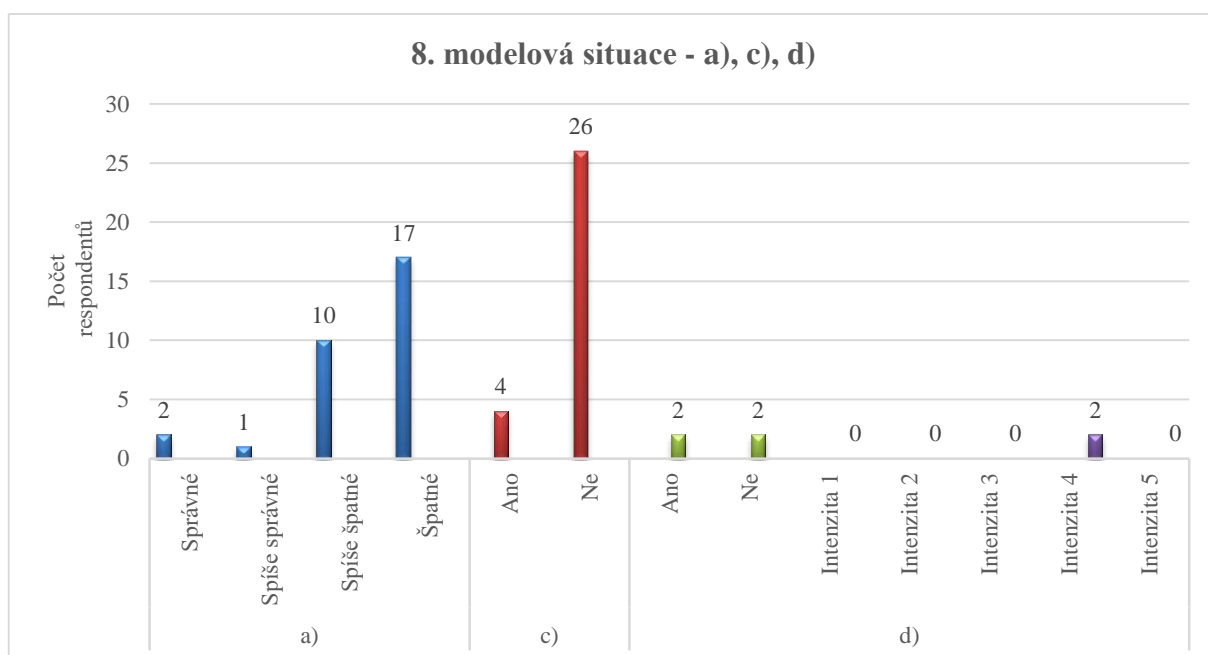
V obrázku č. 12 se promítají odpovědi, které respondenti zmiňovali. Nekvalitní život napsali 2 respondenti, marnou léčbu 4, prodlužování nekvalitního života 11, zajištění volného lůžka není vhodný důvod 5 a prodlužování utrpení pacienta a rodiny 8 respondentů.

**c) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**d) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 13 8. modelová situace – otázky a), c), d)**

Na grafu (obrázek č. 13) lze vyčíst, že ukončení léčby u pacienta s nejistou příznivou prognózou a bez jistého navrácení pacienta do plnohodnotného života k zajištění volného lůžka označují respondenti za špatné a spíše špatné chování (d. Špatné 17 respondentů a c. Spíše špatné 10 respondentů), a. Správné označili 2 respondenti a jeden respondent uvedl možnost b. Spíše správné. S touto popsanou situací se setkali pouze 4 respondenti, z nichž 2 nezažili morální distres a 2 zažili, a to v intenzitě 4.

**❖ Poznámka:**

U této modelové situace nebyla zmíněna žádná poznámka.

**9. modelová situace: U pacienta dojde k předstírané resuscitaci z důvodu přítomnosti jeho rodiny a/nebo jiných blízkých osob.**

**a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.**

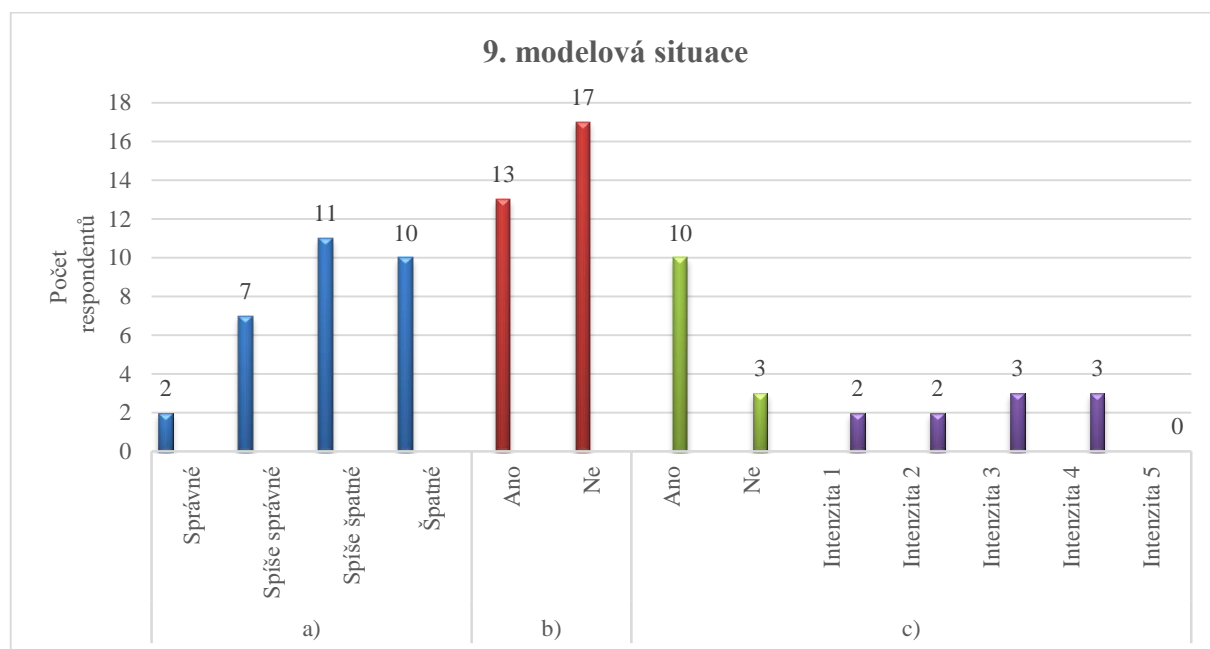
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 14 9. modelová situace – otázky a), b), c)**

Na obrázku č. 14 lze vidět variabilitu odpovědí na problematiku předstírané resuscitace z důvodu přítomnosti pacientovy rodiny nebo blízkých osob. Odpověď a. Správné vybrali 2 respondenti, b. Spíše správné 7 respondentů, c. Spíše špatné 11 respondentů a d. Špatné 10 respondentů. S touto situací se setkalo 13 respondentů, z nichž 10 v dané situaci prožívalo morální distres různé intenzity. Intenzitu 1 a 2 označili 2 respondenti, intenzitu 3 a 4 zvolili 3 respondenti. Nejvyšší možnou intenzitu ne zvolil nikdo.

**❖ Poznámka:**

Prostor pro poznámku nebyl u této modelové situace využit.

**10. modelová situace: U kompetentního pacienta byl získán neplatný informovaný souhlas (pacientovi se nedostaly žádné informace, pouze mu byl tento formulář předložen k podpisu). Poté pacient podstoupil vyšetření/léčbu.**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

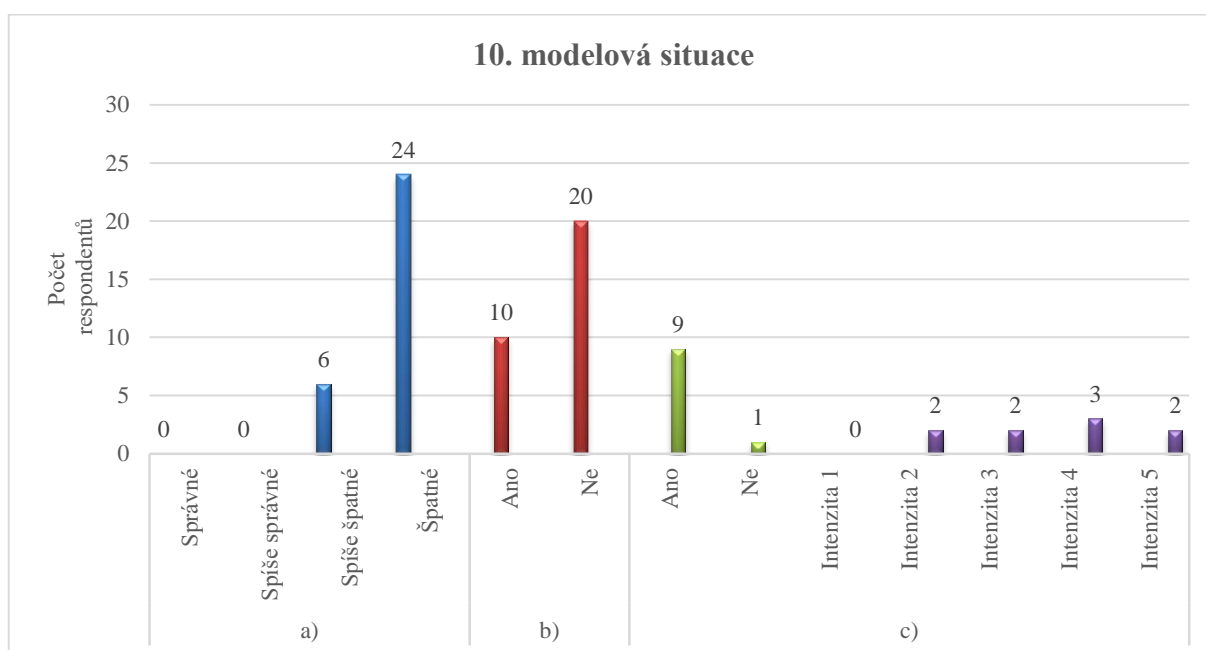
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 15. modelová situace – otázky a), b), c)**

Z grafu (obrázek 15) je zřejmé, že získání neplatného informovaného souhlasu považují respondenti za špatné chování. Možnost c. Spíše špatné uvedlo 6 respondentů a d. Špatné 24 respondentů. S tímto problémem se setkalo 10 respondentů. Pouze jeden z nich neprožíval morální distres. Ostatních 9 respondentů označilo intenzitu působícího morálního distresu takto: intenzita 2, 3 a 5 označili 2 respondenti a intenzitu 4 vybrali 3 respondenti. Intenzita 1 nebyla uvedena žádným respondentem.

**❖ Poznámka:**

Prostor pro poznámku byl využit jedním respondentem. Napsal: „Mám osobní zkušenosti jako pacient (na vyšším pracovišti).“

**11. modelová situace: Pacientovi pod vlivem omamných/návykových látek (např. drogy, alkohol, premedikace) byl předložen informovaný souhlas k podpisu. Poté pacient podstoupil vyšetření/léčbu.**

**a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.**

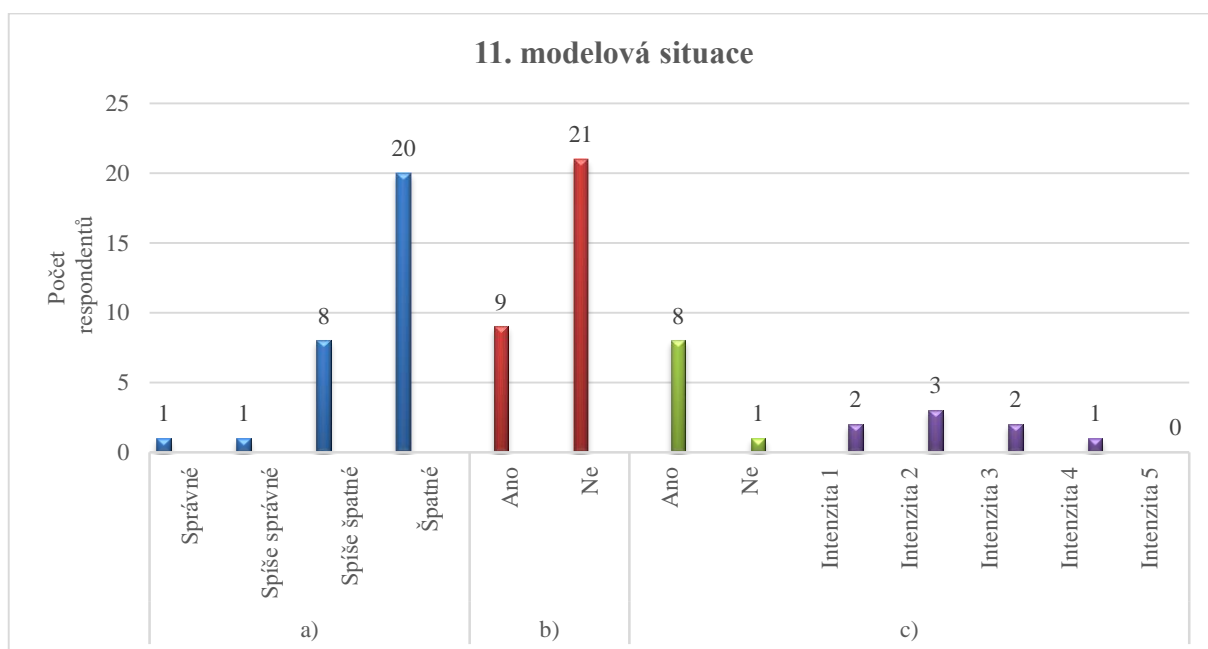
Možné odpovědi: a. Správné, b. Spíše správné, c. Spíše špatné, d. Špatné.

**b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne.

**c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?**

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne. Pokud ano, označte na uvedené ose, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



**Obrázek 16 11. modelová situace – otázky a), b), c)**

Z obrázku č. 16 vychází to, že není správné získat informovaný souhlas od pacienta pod vlivem omamných látek. 20 respondentů uvedlo možnost d. Špatné, odpověď c. Spíše špatné označilo 8 respondentů. a. Správné a b. Spíše správné označili 2 respondenti. S takovou situací se setkala 9 respondentů. 8 z nich zažilo morální distres různé intenzity, ale nejvyšší možnou intenzitu (intenzitu 5) neoznačil nikdo. Intenzita 1 a 3 byla vybrána 2x, intenzita 2 3x a intenzita 4 1x.

**❖ Poznámka:**

K této vybrané modelové situaci se vyjádřil jeden respondent: „Záleží na závažnosti onemocnění pacienta a na důležitosti akutního ošetření.“



## 10. DISKUZE

Neprovedení aktivní identifikace považuje za špatné chování 24 respondentů (80 %). S touto situací se setkalo 18 respondentů (60 %), z nichž u 15 (50 % z 60 %) byl vyvolán morální distres, jeden respondent označil intenzitu 1, intenzitu 3 zvolilo 6 respondentů, intenzitu 4 uvedli 3 respondenti a pro intenzitu 5 se rozhodlo 5 respondentů. Podání infúze druhému pacientovi s původními sety označilo 28 respondentů (93,3 %) za nesprávné jednání. S takovým jednáním se v praxi setkalo 10 respondentů, u nichž byl vyvolán morální distres. Nejvíce respondentů (4) označilo intenzitu 5. Neřešení možné vzniklé alergie uvedlo jako špatné chování 30 respondentů (100 %). Tato situace v realitě postihla 6 respondentů, kteří zobrazili různé intenzity (intenzita 2 – 1 respondent, intenzita 3 – 3 respondenti, intenzita 5 – 2 respondenti). Nehlášení situace jako nežádoucí události považuje za špatné 20 respondentů (66,6 %), počet 7 respondentů ukázal, že se s touto situací setkali, ale pouze u jednoho z nich nedošlo k vyvolání morálního distresu. Nejvíce se v tomto jednání objevil morální distres o intenzitě od 3 do 5. Pokorná a kolektiv (2019) zmiňuje doporučení o aktivní ID související s požadavky národních a mezinárodních akreditačních institucí a organizací. Nejčastějšími pochybeními v ošetrovatelské péči jsou medikační omyly tvořící více než 19 % všech pochybení u všeobecných sester. Například v USA je v důsledku pochybení hlášeno 96 úmrtí za den, předpokladem ale je, že toto číslo bude ještě vyšší, neboť dochází k utajení pochybení. Ve zdravotnických zařízeních dochází k identifikaci nežádoucích událostí pouze v 5-30 %. Podle výzkumu z USA je rozpor mezi pitevním nálezem a klinickou diagnózou 35 - 40 %. (Škrála, Škrlová, 2008) Spojená akreditační komise ČR (2000) například uvádí pochybení zdravotníků při podávání léků. Při poskytování této péče tvoří velkou část diagnostická pochybení, která vedou k poškození pacienta. Důsledkem pochybení jsou stížnosti a soudní řízení.

Nácvik nepotřebných invazivních a/nebo bolestivých výkonů studenty v přítomnosti sestry/mentora/mentorky považuje 20 respondentů (66,6 %) za nesprávné chování. 2 respondenti označili chování za správné. Zde byl morální distres vyvolán u 6 respondentů, na jednoho respondenta morální distres nepůsobil. Z toho vyplývá, že s popsáním chováním setkalo pouze 7 respondentů (23,3 %). Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách stanovuje práva pacienta a povinnosti zdravotníka. Pacient má právo na péči na odborné úrovni a na důstojné zacházení. Má právo odmítnout studenty podílející se na péči o pacienta. Poskytovatel je povinen zajistit, aby při odborné výuce nebo praxi studenti prováděli jen ty činnosti, které jsou její součástí. (Zákon 372/2011 Sb.).

Nácvik výkonů na pacientech po neúspěšné KPR označilo 19 (63,3 %) respondentů za špatné jednání a 5 (16,6 %) za spíše správné jednání. 3 respondenti toto chování považují za správné a 3 respondenti za spíše špatné. Mezi respondenty se našlo 11 respondentů (36,7 %), kteří se setkali s takovým chováním. 7 z nich v této situaci zažilo morální distres o intenzitě od 1 do 4, nikdo však neoznačil intenzitu 5. Zajímavým zjištěním bylo při otázce na respondenty, zda by při posuzování této situace pro ně bylo podstatné to, že by se jednalo buď o nelékařský, nebo lékařský zdravotnický personál. Pro 27 respondentů (90 %) by tyto okolnosti při pohledu na situaci nebyly podstatné. Beranová (2018) uvádí, že se této problematice věnuje doporučení ERC pro resuscitaci z roku 2010 a 2015 upozorňující rozdílnost stran etiky v takovém jednání. Požadující souhlas rodiny nebo pacienta vyžaduje doporučení z roku 2010 a doporučení z roku 2015 se ohlíží na právní normy platné v dané zemi a předpisům dané nemocnice. Tato problematika je obsažena i v Zákonu 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Z průzkumu vyplývá, že situace, kdy kompetentní zdravotnický personál spolupracuje s nekompetentním zdravotnickým personálem z důvodu nedostatku kompetentních zdravotníků, rozdělila respondenty převážně do 2 odpovědí. 14 respondentů (46,6 %) považuje situaci za spíše špatnou a stejný počet respondentů za špatnou. Zbytek respondentů (2) odpověděl, že situaci hodnotí za spíše správnou. 20 respondentů (66,6 %) také uvedlo, že neuznávají překračování kompetencí na pracovišti. Morální distres byl v tomto chování vyvolán u 11 respondentů a se situací se setkalo 13 respondentů. Znamená to, že zbývajících 2 respondenti s touto situací neměli po stránce morálního distresu problém. Tuto situaci, kterou respondenti vyhodnotili za nesprávnou, obhájí Zákon 372/2011 Sb., kde je stanoveno, že i přes nedostatek kompetentního zdravotnického personálu, musí poskytovat zdravotní služby jen ti, co jsou k daným činnostem způsobilí. Mikšovská (2013) ve svém článku o naplňování kompetencí zdravotníku uvádí příklad výzkumu zaměřeného na poskytování bezpečné péče od Havelkové a Mikulkové, že všeobecné sestry provádí výkony nespádající do jejich kompetencí. O tyto výkony jsou požádány lékařem nebo nadřízeným zdravotnickým pracovníkem. Mikšovská ve svém výzkumu zjistila, že všeobecné sestry dělají výkony, které by měl obstarat nižší zdravotnický personál (ošetřovatelé/ošetřovatelky, sanitáři) a naopak tento nižší zdravotnický personál zastával práci všeobecných sester. Výzkum agentury STEM/MARK zjistil, že 84 % české populace souhlasí s tím, aby se výrazně rozšířily kompetence všeobecných sester ve vztahu s vysokoškolským vzděláním.

V souvislosti s porušováním intimity a důstojnosti pacienta odpovídali respondenti následovně: 28 respondentů (93,3 %) označilo jednání za špatné a pouze 2 respondenti (6,7 %) za spíše

špatné. U 7 respondentů, kteří se s touto situací setkali, byl projevěn morální distres, a to o intenzitě 3 (1 respondent), 4 (2 respondenti) a 5 (4 respondenti). Viltová (2015) ve svém průzkumu uvádí, že respondentům nevyhovuje provádění celkové hygieny pacienta na lůžku (54 % respondentů), kdy 95 % respondentů trvá na tom, aby byly zavřené dveře do pokoje.

V situaci, kdy došlo i přes dříve vyslovené přání neresuscitovat k resuscitaci, odpovídali respondenti takto: 17 (56,7 %) respondentů označilo situační jednání za špatné, 10 (33,3 %) respondentů za spíše špatné a pouze jeden respondent (0,3 %) za spíše správné. Tato situace vyvolala morální distres u 7 respondentů, 2 z nich označilo intenzitu 4 a 5 respondentů označilo intenzitu 5. Vyskytl se pouze jeden respondent, který morální distres neprožil. Z toho vyplývá, že se se situací setkalo 8 respondentů. Dříve vyslovené přání stanovuje Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Poskytovatel zdravotnické péče ho proto musí brát na zřetel. Příkaz DNR (neresuscitovat) může být stanovené jako dříve vyslovené přání, pacient má právo odmítnout jakoukoli léčbu. (Beranová, 2018)

V případě, kdy dojde k ukončení marné léčby, respondenti spíše nesouhlasili. 17 respondentů (56,7 %) považuje jednání za špatné a 12 respondentů (40 %) za spíše špatné. Toto jednání v praxi postihlo 4 respondenty, z nich se u 2 projevil morální distres o 4. intenzitě. Marná léčba nevede k záchraně života, k udržení zdraví, ani k zachování kvality života. (Matějek, 2014) Drábková (2016) píše, že australská studie oslovila 96 lékařů zjišťující lékařská rozhodnutí na konci života pacientů, která rozhodnutí považují za nepřínosná, eticky nepřijatelná. 96 % lékařů uvedlo, že považují sami sebe za lékařské faktory, jež ovlivňují marnou léčbu. 98 % uvedlo, že rodina pacienta požaduje, aby léčba pacienta pokračovala. 25 % lékařů uvedlo, jak těžké je ukončit léčbu, významnou roli zde hraje obava z konfliktu. 30 % lékařů se obává stížnosti a právních sporů v důsledku ukončení léčby.

O předstírané resuscitaci v přítomnosti rodiny a/nebo blízkých osob pacienta se respondenti ve výzkumu vyjádřili takto: 2 (6,7 %) respondenti považují jednání za správné, 7 respondentů (23,3 %) za spíše správné, 11 respondentů (36,7 %) za spíše špatné a 10 respondentů (33,3 %) za špatné. Se situací se setkalo 13 respondentů (43,3 %) a u 10 z nich se dostavil morální distres. Nikdo z respondentů však neoznačil působící intenzitu jako nejvyšší. Intenzita se pohybovala od 1 do 4. Šeblová (2016) popisuje studii (2013) o přítomnosti rodinných příslušníků u KPR vypovídá, že 54 % respondentů souhlasí s přítomností u KPR, 27 % respondentů nevádí, 4 % respondentů by nechtěli být u KPR přítomni a 15 % respondentů neví. Mareš (2017) uvádí výzkum Leeové a Dupreové, které vedly rozhovory s 29 zdravotníky v souvislosti s úmrtím

dětských pacientů. Během rozhovoru zjistily důležitost, aby byli rodiče dítěte přítomni u dítěte do jeho poslední chvíle života.

Se situací, kdy byl od pacienta získán neplatný informovaný souhlas, respondenti nesouhlasili. 24 respondentů (80 %) označilo chování za špatné a 6 respondentů (20 %) za spíše správné. Při tomto jednání zažilo morální distres 9 respondentů a 1 ne, znamená to, že se se situací setkalo 10 respondentů (33,3 %). Intenzitu působícího morálního distresu respondenti označili od 2 do 5, přičemž intenzita 3 měla největší zastoupení. Podobný výsledek zkoumané problematiky měla i situace, kdy byl získaný informovaný souhlas u pacienta pod vlivem omamných/návykových látek. Reakce respondentů byla taková: 20 respondentů (66,6 %) označilo chování za špatné, 8 respondentů (26,7 %) za spíše špatné, 1 respondent za spíše správné a jeden respondent za správné. Zde ale morální distres působil v intenzitě od 1 do 4 s největším zastoupením u intenzity 2 na 8 respondentů, se situací se však setkalo 9 respondentů (30 %). Veškeré informace o informovaném souhlasu jsou stanoveny v Zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

V souvislosti s prožíváním morálního distresu lze porovnat modelové situace s výzkumy, které popisuje Mareš (2017): Oerlemansová s týmem vedli výzkum, jehož základem byl rozhovor s 36 zdravotníky pečující o novorozence. Zjistili dva hlavní zdroje morálního distresu pramenící z vnějších způsobených konfliktů uvnitř zdravotnického týmu a konflikty jedince související se z rozporných sociálních rolí, nebo z rozporu mezi profesionální rolí a morálními hodnotami. Výzkum Butzové, Redmanové a Fryové byl založen na dotazníku pro 559 všeobecných sester pracujících v dětské ambulanci. Tento dotazník vyplnilo 401 respondentů. Zjištěním bylo, že 118 (29,5 %) všeobecných sester prožívá etické problémy při poskytování zdravotních služeb.

Z průzkumu bylo zjištěno, že například s předstíranou resuscitací se v přítomnosti rodiny a/nebo blízkých osob se setkalo 17 respondentů z 30. Žádný z nich ale nezažil morální distres o 5. nejvyšší intenzitě. Naopak 5. nejvyšší intenzitu označovali respondenti v situacích: neprovedení aktivní identifikace pacienta, podání infuze druhému pacientovi bez výměny infuzních setů, neřešení možných alergií u pacienta, nenahlášení pochybení jako nežádoucí situace, nácvik výkonů na pacientech prováděných studenty, spolupráce s nekompetentními kolegy, narušení intimity pacienta, zahájení kardiopulmonální resuscitace u pacienta s dříve vysloveným přáním neresuscitovat a získání neplatného informovaného souhlasu u pacienta, který následně podstoupil vyšetření/léčbu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce s teoreticko-průzkumným zaměřením se zabývala morálním distresem zdravotníků. Tento jev je aktuální a důležitou etickou problematikou nejen v českém, ale i zahraničním zdravotnictví, ačkoliv v ČR mu není věnována dostatečná pozornost. O zdravotníky potýkajícími se s morálním distresem by měl být projeven zájem a poskytnuta pomoc při řešení etických konfliktů, například vyhledáním etického poradenství.

Teoretická část byla zpracovaná na základě studia odborné literatury. Na začátku práce byl morální distres definován, byly uvedeny dva hlavní modely morálního distresu, jeho diagnostika za použití metod ke zjištění a popsány zdroje morálního distresu z použité literatury a ze situací uvedených v dotazníkovém šetření, na které navázal Etický kodex sester, jako poučení ke správnému chování či jednání. Další důležitá část práce se věnovala dopadům a následkům morálního distresu, strategiím pomáhajícím zvládnout morální distres a etickému poradenství.

Pro základ průzkumné části byla zvolena kvantitativní metoda za pomoci využití anonymního dotazníku, který obsahoval 11 modelových situací. Prvním cílem průzkumné části bylo zjistit, zda respondenti považují situaci za správnou či špatnou. Analýzou dat lze potvrdit, že převážná většina respondentů hodnotí vybrané situace za spíše špatné nebo špatné. Druhým cílem bylo zjistit, zda se respondenti setkali s popsaným jednáním/chováním. Z výsledků dotazníku vyplývá, že se s jednotlivými situacemi setkala alespoň polovina respondentů. Třetím cílem bylo zjistit u těch respondentů, kteří se s modelovou situací setkali, zda prožívali morální distres v souvislosti s popsaným jednáním, či nikoliv. Průzkum potvrdil, že převážná většina respondentů uvedla zažívající morální distres při styku s příslušnou situací. Posledním cílem bylo zjistit u respondentů prožívajících morální distres, v jaké intenzitě na ně působil, pomocí uvedené osy v dotazníku v rozmezí od 1 do 5, kdy 1 značila nejnižší intenzitu a 5 nejvyšší možnou intenzitu. Bylo zjištěno, že u respondentů, kteří zažili morální distres, se jeho působením intenzita pohybovala v různých rozmezích. Nejvíce však respondenti označovali sílu intenzity od 3 do 5.

Celkové výsledky průzkumu potvrdily, že se zdravotnický personál ve své praxi potýká se situacemi, které mohou vyvolat morální distres. Proto je třeba této problematice věnovat více pozornosti.

## POUŽITÁ LITERATURA

- ICN, 2017. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: [https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf).
- BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BERANOVÁ, Stanislava, 2018. *Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71832/BeranovaS\\_EtickePravni\\_JR\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71832/BeranovaS_EtickePravni_JR_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2016. Marná a plná intenzivní terapie – kde jsou její kořeny?. *Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 63(2): 25-26 [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: [https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR\\_2016\\_2.pdf](https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2016_2.pdf).
- FIALOVÁ, Zuzana, 2018. *Morální distres u školních psychologů* [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/bjshc/DP\\_Fialova.pdf](https://is.muni.cz/th/bjshc/DP_Fialova.pdf).
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MAREŠ, Jiří, 2016. Morální distres: terminologie, teorie a modely. *Kontakt* [online]. 18(3), 151 – 159 [cit. 20.5.2017]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20161012105345253246.pdf>.

POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK, 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0720-9.

MATĚJEK, Jaromír, 2014. *Marná léčba a její souvislosti v rozhodování v dětském lékařství* [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/15.pdf>.

MATĚJEK, Jaromír, 2015. Etické poradenství jako nástroj řešení etických konfliktů ve zdravotnictví. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/blog/eticke-poradenstvi-jako-nastroj-reseni-etickyh-konfliktu-ve-zdravotnictvi/>.

MIKŠOVÁ Zdeňka, ŠAMAJ Martin, MACHÁLKOVÁ Lenka, IVANOVÁ Kateřina, 2013. *Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu* [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/02/08.pdf>.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

RUSOVÁ, Jitka, 2017. Moral distress – morální tíseň. *Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 64(1): 54-57 [cit. 20.5.2017]. Dostupné z: [https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR\\_2017\\_1.pdf](https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_1.pdf).

ŠEBLOVÁ, Jana, 2016. Přítomnost rodinných příslušníků. *Etika kardiopulmonální resuscitace* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/10-seblova-etika-kpr-lov.pdf>.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

UHER, Lukáš, 2013. *Etické aspekty rozhodování o resuscitaci pacientů v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči* [online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qqq5i6/BPUher.pdf>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VILTOVÁ, Petra, 2015. *Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/20556/1/Viltova%20Petra%20-%20bakalarska%20prace.pdf>.

VLČEK, Jiří, FIALOVÁ Daniela a VYTRŘÍSALOVÁ Magda, 2014. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4532-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.

Zákon č. 89/2012 Sb. Sdělení č. 209/1992 Sb. [online]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-209?text=Z%C3%A1kon%20%C4%8D.%2089%2F2012%20Sb>.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20190424>.



# PŘÍLOHY

Příloha A – *Dotazník*



## DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI



Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce nesoucí název „Morální distres zdravotníků“.

Morální distres vzniká v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale určité překážky neumožňují jednat tím správným způsobem. Jde o nepříjemné až bolestivé pocity zdravotníka, které jsou vyvolány specifickými situacemi. Zdravotník ví, co je z morálního hlediska v těchto situacích správné udělat, ale je mu zabráněno, aby to uskutečnil.<sup>1</sup>

Dotazník je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky s věkem nad 18 let, je anonymní a Vaše odpovědi mi poslouží jako cenné podklady ke zpracování této práce.

V dotazníku jsou uvedené identifikační otázky, po kterých následuje 11 vybraných modelových situací. Prosím, označte upřímně odpovědi, které nejlépe vystihují Vaše zkušenosti, názory a pocity. Prostor pro poznámku můžete využít pro upřesnění Vaší odpovědi a sdílení Vašich postřehů či zkušeností. Po vyplnění vhažujte, prosím, dotazníky do přiložených boxů, které slouží pro zachování anonymity.

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a upřímnost.

Kontakt: st48415@student.upce.cz

<sup>1</sup> MAREŠ, Jiří. Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči: *Etika v pediatrii* [online]. 2017 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2017/04/12.pdf>.

Jakého jste pohlaví?

- a. Muž
- b. Žena

Napište, prosím, kolik je Vám let:

Označte, na jaké pozici pracujete:

- a. Sanitář/ka
- b. Ošetřovatel/ka
- c. Praktická sestra
- d. Všeobecná sestra
- e. Všeobecná sestra se specializací (napište, prosím, jaká je to specializace)

Napište, prosím, jak dlouho pracujete ve svém oboru:

1. modelová situace: Všeobecná sestra přichází na pokoj a má připravené infuze k podání. Bez provedení identifikace podá infuzi pacientovi. Poté přichází k dalšímu pacientovi a uvědomí si, že infuze podaná prvnímu pacientovi má být pro toho druhého. Vráti se k prvnímu, infúzi odpojí a tu samou infuzi bez výměny setů podá druhému pacientovi. Neřeší, zda první pacient nemá možné alergie na látky obsažené v infúzi pro druhého pacienta. Chybu nehlásí.

a) Označte, zda neprovedení aktivní identifikace považuje za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

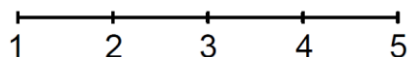
b) Setkal/a jste se s tím, že by nebyla provedena aktivní identifikace před podáním léků?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

d) Označte, zda to, že ta samá infuze i s původními sety byla podána druhému pacientovi, považujete za správné nebo špatné.

a. Správné

b. Spíše správné

c. Spíše špatné

d. Špatné

e) Pokud jste označil/a odpověď c. (Spíše špatně), nebo d. (Špatně), napište, prosím, co konkrétně považujete za chybu, respektive za špatné / spíše špatné jednání:

f) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?

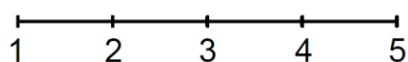
a. Ano

b. Ne

g) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

h) Označte, zda to, že všeobecná sestra neřešila možné alergie u prvního pacienta, považujete za správné nebo špatné.

a. Správné

b. Spíše správné

c. Spíše špatné

d. Špatné

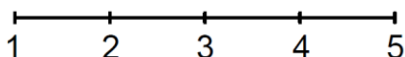
i) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

j) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

k) Označte, zda nenahlášení chyby jako nežádoucí události považujete za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

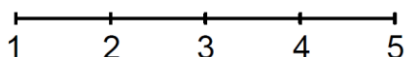
l) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

m) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka:

2. modelová situace: Na oddělení došlo k nácvičku nepotřebných invazivních a / nebo bolestivých výkonů studenty v přítomnosti sestry / mentora / mentorky (např. zavádění nasogastrické sondy, zavádění periferního žilního katétru nebo permanentního močového katétru).

a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

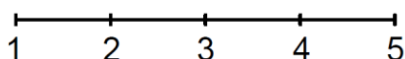
b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka:

3. modelová situace: Na oddělení došlo k tomu, že si zdravotnický personál procvičoval výkony na pacientech po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci (např. zajištění dýchacích cest).

a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

b) Je pro Vás při posuzování této situace podstatné, zda by se jednalo o lékařský či nelékařský zdravotnický personál?

a. Ano

b. Ne

c) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

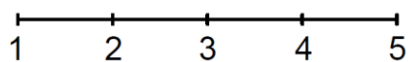
a. Ano

b. Ne

d) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

❖ Poznámka:

4. modelová situace: Spolupráce s nekompetentními kolegy z důvodu nedostatku kompetentního zdravotnického personálu.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

a. Správné

b. Spíše správné

c. Spíše špatné

d. Špatné

b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

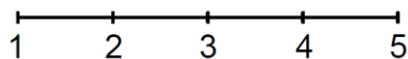
a. Ano

b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

❖ Poznámka:

5. modelová situace: Překračování kompetencí na pracovišti (např. ošetřovatel/ka provádí převazy, praktická sestra zavádí periferní žilní katétr a následně do něj aplikuje léky, všeobecná sestra zavádí permanentní močový katétr u muže bez kompetencí k tomuto výkonu).

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

a. Správné

b. Spíše správné

c. Spíše špatné

d. Špatné

b) Setkal/a jste se s touto, nebo podobnou situací ve své praxi?

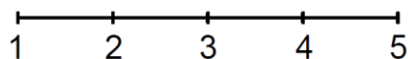
a. Ano

b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

❖ Poznámka:

6. modelová situace: Na pokoji lůžkového oddělení jsou hospitalizovány dvě pacientky. V odpoledních hodinách má jedna z nich návštěvu. Druhé pacientce je indikován permanentní močový katétr. Vaše kolegyně (všeobecná sestra) zavádí permanentní močový katétr na tomto pokoji v přítomnosti cizích lidí bez použití pleny.

a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

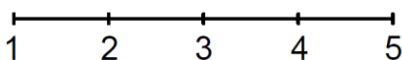
b) Setkal/a jste se ve své praxi s touto, nebo podobnou situací, kdy byla porušena intimita pacienta?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka:

7. modelová situace: U pacienta s platným dříve vysloveným přáním neresuscitovat byla zahájena kardiopulmonální resuscitace.

a) Označte, zda toto chování považuje za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné



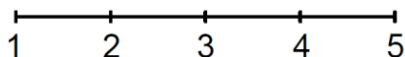
b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka:

8. modelová situace: Ukončování léčby u pacienta bez jisté příznivé prognózy a bez jistého navrácení pacienta do plnohodnotného života k zajištění volného lůžka na oddělení.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

b) Pokud jste označil/a odpověď a. (Správné), nebo b. (Spíše správné), napište, prosím, proč konkrétně považujete toto jednání za správné / spíše správné:

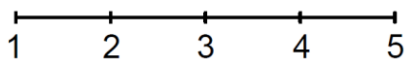
c) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

d) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

❖ Poznámka:

9. modelová situace: U pacienta dojde k předstírané resuscitaci z důvodu přítomnosti jeho rodiny a / nebo jiných blízkých osob.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

a. Správné

b. Spíše správné

c. Spíše špatné

d. Špatné

b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

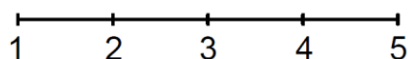
a. Ano

b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



b. Ne

❖ Poznámka:

10. modelová situace: U kompetentního pacienta byl získán neplatný informovaný souhlas (pacientovi se nedostaly žádné informace, pouze mu byl tento formulář předložen k podpisu). Poté pacient podstoupil vyšetření / léčbu.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

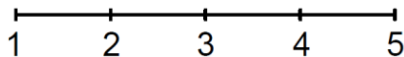
b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka:

11. modelová situace: Pacientovi pod vlivem omamných/návykových látek (např. drogy, alkohol, premedikace) byl předložen informovaný souhlas k podpisu. Poté pacient podstoupil vyšetření / léčbu.

a) Označte, zda toto chování považujete za správné nebo špatné.

- a. Správné
- b. Spíše správné
- c. Spíše špatné
- d. Špatné

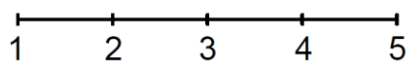
b) Setkal/a jste se s touto situací ve své praxi?

- a. Ano
- b. Ne

c) Pokud ano, vyvolalo to ve vás morální distres (negativní pocity až utrpení)?

- a. Ano

Na uvedené ose označte, jak byly tyto negativní pocity nebo utrpení intenzivní (1 – nejmenší intenzita, 5 – největší intenzita).



- b. Ne

❖ Poznámka: