

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Morální distres perioperačních sester

Bc. Eliška Řípová

2019/2020

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Eliška Řípková
Osobní číslo:	Z18309
Studijní program:	N5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor:	Perioperační péče
Téma práce:	Morální distres perioperačních sester
Zadávací katedra:	Katedra ošetrovatelství

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. Marčá, Jiří. Morální distres: terminologie, teorie a modely. *Kontakt*. 2016, **18**(3), 151- 159. ISSN 1804-7122.
2. RUSOVÁ, Jitka. Moral distress – morální tíseň. *Referátový úběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2017, **64**(1), 54-57. ISSN 1805-4005. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_1.pdf.
3. WICHSOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
4. KILLEN, R Ailler. Stories from the Operating Room: moral dilemmas for nurses. *Nursing Ethics*. 2002, **9**(4), 405-415. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/0969733002nc524oa>.
5. MCCARTHY, J. C. GASTMANS. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015, **22**(1), 131-152. ISSN 0969-7330. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0969733014557139>.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 jsem 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 6. 2020

Řípová Eliška

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Horáčkové Kateřině DiS., konzultantce Mgr. Rusové Jitce, DiS., za odborné vedení mé diplomové práce, užitečné rady, připomínky, a především za její trpělivost při spolupráci a Ing. Pruskovi Ondřejovi Ph.D., za jeho odborné rady ohledně statistického zpracování dat. Chtěla bych poděkovat i své rodině za podporu v průběhu celého studia a v neposlední řadě i respondentům, kteří se podíleli na průzkumné části mé diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na téma morálního distresu perioperačních sester. V teoretické části jsou vybrány některé z mnoha definic morálního distresu z odborné literatury, druhy morálního distresu, determinanty, příčiny a dopady morálního distresu.

V průzkumné části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření od respondentů aktivně vykonávajících povolání perioperační sestry. Cílem průzkumu bylo zjistit, jak perioperační sestry eticky hodnotí vybrané modelové situace, zda se se situacemi setkávají a zda u nich situace vyvolávají morální distres, popř. jaké intenzity. Předložené modelové situace byly v naprosté většině případů hodnoceny jako špatné či spíše špatné. Například překračování kompetencí považuje za špatné 56 a spíše špatné 34 respondentů ze 100, bez ohledu na to, zda pracují v krajské či v oblastních nemocnicích, přičemž 54 sester se s překračováním kompetencí ve své praxi setkala a u 23 z nich to vyvolalo morální distres, který u 2 z nich dosáhl té nejvyšší intenzity. Dále 13 sester uvedlo, že nemají odvahu úkol překračující jejich kompetence odmítnout. Nejvíce se pak morální distres u respondentů odráží v rovině emocionální a behaviorální.

KLÍČOVÁ SLOVA

Crescendový efekt, morální dilema, morální distres, morální reziduum, perioperační sestra

TITLE

Moral distress of perioperative nurses

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the topic of moral distress of perioperative nurses. In the theoretical part, some of the many definitions of moral distress are selected from the literature, types of moral distress, determinants, causes and effects of moral distress.

The exploratory part presents the results of a questionnaire survey from respondents actively performing the profession of perioperative nurse. The aim of the research was to find out how perioperative nurses ethically evaluate selected model situations, whether they encounter situations and whether the situations cause them moral distress, or what intensity. The presented model situations were in the vast majority of cases assessed as bad or rather bad. For example, overestimation is considered bad by 56 and rather bad by 34 respondents out of 100, regardless of whether they work in big or small regional hospitals, while 54 nurses encountered overstepping in their practice and 23 of them caused moral distress, which in 2 of them it reached the highest intensity. In addition, 13 nurses stated that they did not have the courage to reject a task beyond their competence. The most moral distress among the respondents is reflected in the emotional and behavioral level.

KEYWORDS

Crescendo effect, moral dilemma, moral distress, moral residue, perioperative nurse

OBSAH

ÚVOD	12
CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE	13
I. TEORETICKÉ POZNATKY TÝKAJÍCÍ SE MORÁLNÍHO DISTRESU	14
1.1 Definice morálního distresu	14
1.2 Druhy morálního distresu	16
1.3 Determinanty ovlivňující morální distres	16
1.4 Příčiny vyvolávající morální distres u sester	17
1.5 Dopady morálního distresu	19
1.6 Modely morálního distresu	21
1.7 Metody zjištění morálního distresu	21
1.8 Etické normy vztahující se k profesi perioperačních sester	22
1.9 Teoretický rámec pro hodnocení vybraných situací, vyvolávajících morální distres perioperačních sester, použitých v dotazníku	26
II. PRŮZKUMNÁ ČÁST	34
2.1 Metodika výzkumu	35
2.2 Prezentace a interpretace získaných dat	37
2.3 Odpovědi na průzkumné otázky	57
2.4 Diskuze	59
2.5 Limity práce	64
2.6 Doporučení pro praxi	65
ZÁVĚR	66
POUŽITÁ LITERATURA	67
PŘÍLOHY	77

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 1 a podotázky A, B a C.....	39
Obrázek č. 2 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 1 a podotázky D, E a F.....	42
Obrázek č. 3 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 2 a podotázky A, B a C.....	44
Obrázek č. 4 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 3 a podotázky A, B a C.....	47
Obrázek č. 5 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 4 a podotázky A, B a C.....	48
Obrázek č. 6 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 5 a podotázky A, B a C.....	49
Obrázek č. 7 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 6 a podotázky A, B a C.....	50
Obrázek č. 8 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 7 a podotázky A, B a C.....	51
Obrázek č. 9 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 8 a podotázky A, B a C.....	52
Obrázek č. 10 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 8 a podotázka D.....	54
Obrázek č. 11 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 9 a podotázka A, B a C.....	54
Obrázek č. 12 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 10 a podotázka A, B a C.....	55
Obrázek č. 13 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 12.....	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – tabulka znázorňující počet respondentů z vybraných nemocnic.....	37
Tabulka č. 2 – tabulka znázorňující intervaly délky praxe respondentů.....	37
Tabulka č. 3 – tabulka znázorňující údaje o délce praxe respondentů.....	38
Tabulka č. 4 – dvojitý výběrový F-test pro rozptyl.....	40
Tabulka č. 5 – dvojitý výběrový nepárový t-test s rovností rozptylů.....	41
Tabulka č. 6 – tabulka znázorňující délku praxe a pracoviště respondentů, kteří nemají odvahu odmítnout úkol překračující rámec jejich kompetencí.....	43
Tabulka č. 7 – dvojitý výběrový F-test pro rozptyl.....	45
Tabulka č. 8 – dvojitý výběrový t-test s nerovností rozptylů.....	45

SEZNAM ZKRATEK:

ICN	International Council of Nurses
Sb.	Sbírka zákonů
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Morální distres je zejména ve zdravotnictví velmi opomíjený. Jedná se o utrpení, které zažívají zdravotníci, kteří jsou v řešení určitého problému omezení okolnostmi a nabízené východisko nepokládají za morálně správné (Schaefer a kol., 2018). V zahraniční literatuře se pojem morální distres objevuje od roku 1984, díky Andrew Jametonovi, autorovi, který jako první problematiku morálního distresu popsal. U nás se tato problematika dostala do povědomí až díky profesorovi Marešovi a to zásluhou jeho odborných článků.

O morálním distresu se nejčastěji hovoří ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům, pokud je jim bráněno jednat v určitých situacích eticky správně. Situace, kdy sestra zažívá morální distres, se objevují v každodenní praxi a velmi často v neprospěch ošetřovaného pacienta. Např. při nedostatečné komunikaci mezi kolegy či rodinou, nedostatečném personálním obsazení daného oddělení nebo při mocenské nerovnováze na pracovišti. Zdravotník pocítuje vinu za své jednání, které může vyústit k pocitu bezmoci, či úzkostem, apatii a roztržitosti. Jedinci mohou trpět bolestmi hlavy, narušeným spánkem a vše může vyústit k ukončení výkonu zdravotnického povolání (Savel a Murno, 2015, Rusová, 2017).

V teoretické části jsou popsány definice morálního distresu od různých českých i zahraničních autorů, druhy, determinanty a dopady. Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje popisu situací, které vyvolávají morální distres u perioperačních sester.

Průzkumná část diplomové práce si dává za cíl zmapovat, jaký etický pohled na vybrané modelové situace mají perioperační sestry, které vykonávají své povolání. Zda se se situacemi setkávají a zda zakoušejí morální distres, popř. jaké intenzity a jak se u nich morální distres projevil. Sestry čelící morálnímu distresu, stejně jako u jiného distresu, mohou snadno podlehnout psychologickým problémům i závislostem. Hamplová (2018) uvádí odhad British Medical Association, že zhruba u každého patnáctého zdravotníka je velká pravděpodobnost k získání závislosti např. na alkoholu, lécích či omamných látkách, studenty nevyjímaje. Už během svého studia, kdy se připravují na svou budoucí profesi, jsou totiž vystaveni negativním faktorům, které zvyšují pravděpodobnost, že budou ohroženi též. Zdravotničtí pracovníci si navíc velmi často odmítají následky distresu připustit (Hamplová, 2018). Absence české literatury, popisující morální distres perioperačních sester, stála za rozhodnutím autorky věnovat se v diplomové práci této problematice.

CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Cíle teoretické části:

1. Vytvořit přehledný souhrn problematiky morálního distresu u perioperačních sester.

Cíle průzkumné části:

1. Zjistit, jak perioperační sestry eticky hodnotí situace, ve kterých může vznikat morální distres.
2. Zjistit, zda se perioperační sestry s vybranými situacemi setkávají.
3. Zjistit, zda perioperační sestry zakoušejí v modelových situacích morální distres, případně jaké dosahuje intenzity.

I. TEORETICKÉ POZNATKY TÝKAJÍCÍ SE MORÁLNÍHO DISTRESU

V této kapitole bude několika definicemi vysvětlen pojem morální distres. Následovně budou popsány druhy morálního distresu, se kterými se jedinec může setkat, determinanty ovlivňující morální distres a příčiny morálního distresu nejen u perioperačních sester. Vzhledem k absenci česky psané literatury vztahující se k problematice morálního distresu perioperačních sester bylo čerpáno hlavně z odborných článků, převážně od zahraničních autorů, kteří se touto problematikou zabývají a z literatury, popisující etické normy ve zdravotnictví.

1.1 Definice morálního distresu

Fenomén morální distres byl poprvé zahraniční literaturou popsán v roce 1984. Andrew Jameton (1984, s. 6), který se jako první zabíral pojmem morálního distresu, uvedl, že morální distres vzniká *„v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale institucionální překážky činí téměř nemožné jednat tím správným způsobem.“*

Varcoe a kol. (2012) popisují ve svém článku morální distres, nebo chceme-li tíseň, jako jev prožívaný jedincem, kterému je narušována jeho identita a integrita, jež je vytvořená nejen jeho charakteristickými vlastnostmi, ale také pomocí mezilidských vztahů a prostředím, ve kterém se člověk nachází. Morálním distresem se nedá označit stres, zažívaný každý pracovní den a ani syndrom vyhoření, který často pramení z nepříznivých situací v pracovním prostředí jedince.

Jedná se o specifické situace, kdy jedinec nemá dostatečnou autoritu k ovlivnění situace či rozhodnutí, případně je pro něj riskantní kritizovat zavedenou praxi. Dá se tedy říci, že jedinec podléhá morálnímu distresu ve chvíli, kdy dojde k morálnímu závěru v situaci, kterou sám řeší, ale instituce nebo kolegové mu komplikují jednání ve směru jeho rozhodnutí (Mareš, 2016).

Profesor Mareš (2017) ve svém článku navazuje na A. Jametona. Uvádí, že po věcné stránce se jedná o situace, kdy člověku není dovoleno jednat tak, jak považuje za správné a je vnějšími silami donucen buď nedělat nic, nebo postupovat tak, že jednání se dostává do rozporu s člověkem samým a jeho mysl s tím nesouhlasí. Ve zdravotnických oborech nejsou tyto situace vůbec výjimečné a jejich dopady nelze v žádném případě podceňovat.

Fourie (2015) k Jametonově definici morálního distresu dodává, že nemusí pramenit pouze z morálního omezení. Dle jejího vysvětlení by měl být morální distres brán jako určitá psychologická odezva na morálně náročné situace, kterými jsou například morální dilemata.

Schaefer a kol. (2018) se zmiňují o morálním distresu jako o utrpení, které je považováno za psychologickou, citovou či fyziologickou nerovnováhu, kterou zažívají sestry, jež jsou v řešení daného okamžiku omezeny okolnostmi a nabízené východisko nepokládají za morálně správné.

Mnoho dalších autorů se později snažilo definici upravit a rozšířit tak, aby vyjadřovala fenomén morálního distresu co nejvýstižněji (Mareš, 2016). Například Corley a kol. (2001) jej pokládá za nepříznivý stav palčivé psychologické nerovnováhy, která působí jedinci trýzeň. Kalvemar a kol. (2004) zase považuje morální distres za stres, který se ukáže v okamžicích, jež mají etickou dimenzi. V jejím článku je uvedeno, že nemusí objevovat pouze v případech, kdy člověk jedná proti svému mínění. Jedinec jej může zakusit i tím, že jedná v souladu se svým názorem, avšak musí přitom porušovat dané příkazy či předpisy. Morální distres je tedy způsobený situacemi, kdy jednání člověka směřuje k nedodržení povinnosti buď vůči nadřízeným, nebo vůči klientům.

V současnosti se vyskytuje v literatuře mnoho definic morálního distresu. Jejich pojetí jsou však velmi rozdílná a neexistuje ani sjednocená terminologie. Morální distres lze tedy chápat jako utrpení, které perioperační sestry zažívají, když nemohou jednat eticky správně (Rusová, 2017).

Mareš (2016) tvrdí, že v odborných textech se kromě „morálního distresu“ mohou objevit i následující termíny - například morální tíseň či morální strádání. Doporučuje však užívat výraz morální distres, protože i méně informovaným napovídá, čeho se pojem týká.

1.2 Druhy morálního distresu

Andrew Jameton jako první vymezil dvě podoby morálního distresu. **Prvotní morální distres** vyvolává negativní emoce, jako například vztek, úzkost v situaci, kdy zdravotnický pracovník musí čelit institucionálním překážkám a konfliktům se svými kolegy. V tomto případě je řeč o konfliktu hodnot. Zdravotnický pracovník si vybírá mezi jednáním a ústupem (Johnstone a Hutchinson, 2015).

Druhou podobou je **reaktivní morální distres**. Tento typ distresu se dostavuje s časovou prodlevou, kdy člověk již nejedná pod vlivem prvotního morálního distresu, ale v hlavě si stále přehrává danou situaci. Obvykle se trápí tím, co neudělal, ale udělat mohl, jestli vše udělal správně či zda neměl jednat jinak (Mareš, 2017). Pokud člověk vůbec nezareaguje na danou situaci, je velmi pravděpodobné, že si začne klást otázku, zda neměl zareagovat a taktéž může zakusit morální distres (Hamric a kol., 2006).

S teorií, že po zažití morálního distresu jeho část v jedinci zůstává, jako tzv. **morální reziduum**, přišly poprvé autorky Epstein a Hamric (2009). Popisují, že s každým dalším jeho prožitím se zvyšuje jeho intenzita.

Mareš (2017) prezentuje toto označení mechanismu dlouhodobých kumulativních dopadů při prožití morálního distresu jako **crescendový efekt**. Naznačuje, že nejedná pouze o postupné narůstání intenzity, ale také o zesilování a následné vzrůstání účinku. Morální reziduum může člověka velmi negativně zasáhnout. Bohužel často bývá dlouhotrvající a bolestivé.

1.3 Determinanty ovlivňující morální distres

Morální distres mohou vyvolat různé okolnosti, které jsou spojeny s určitou pracovní pozicí nebo prostředím, ve kterém jedinec vykonává své pracovní povinnosti. Vždy záleží na konkrétním vnímání situace. Zatímco u někoho daná situace může vyvolat morální distres, na někoho daná situace nemusí působit vůbec. Každý člověk totiž vnímá etický problém individuálně (Austin a kol, 2008).

Dle Mareše (2016) lze determinanty morálního distresu rozdělit na vnitřní, vnější a situační. Vnitřní determinanty poukazují na to, že v danou chvíli záleží na individuálním vnímání morálního distresu. Každý jedinec je jinak citlivý na jeho prožitek. Též záleží na hodnotovém systému jedince a rozsahu zkušeností s danými situacemi. Pokud člověk

prožívá morální distres, může se stát, že nemá dostatek znalostí či zkušeností, jak se s danou situací vypořádat. Morální distres ovlivňuje i nedostatečnou sebedůvěru či bezmocnost jedince v dané situaci. Ačkoliv jsou si jedinci vědomi, jak v situaci správně postupovat, nedostatek sebedůvěry či strach jim brání projevit nesouhlas a zachovat se eticky správně.

Vnější determinanty mohou být determinanty související např. se spolupracovníky, nejčastěji je možno se setkat s nekvalifikovaností a nekompetentností kolegů či s neochotou řešit etické neshody. Může jít nejen o přímé nadřízené, ale i o celý tým a jeho fungování. Determinanty, které souvisejí s institucí a jejím řízením. Problém s nedostatkem personálu a tím pádem i vyvíjející se tlak na stávající personál, aby byla vykonána pracovní povinnost i za chybějící personál. Dále pak determinanty související se společensko-politickými a kulturními zvláštnostmi země. Příkladem může být například nárůst administrativy a snaha personálu legislativně se krýt proti možným konfliktům a soudním sporům v důsledku státní legislativy a v neposlední řadě determinanty, které souvisejí se specifickou rozhodovací situací (Mareš, 2016).

Dalšími determinanty ovlivňující morální distres jsou determinanty situační. Situací, které vyvolávají morální distres, může být velké množství. Důležitou rolí je zde role sociální, kterou jedinec bezpochyby zastává, a s tím související možnost ovlivnit jeho konečné rozhodnutí. Na řešení dané situace má jistě vliv i jedincovo pracoviště či typ oddělení (Mareš, 2016). Specifické příčiny vzniku morálního distresu u sester budou následovně shrnuty v další kapitole.

1.4 Příčiny vyvolávající morální distres u sester

Příčiny morálního distresu jsou podrobněji popsány spíše v zahraničních člancích. Na sestry může být vyvíjen velký tlak, pokud se organizace potýká s nedostatkem personálu, s nedostatkem času pracovníků, s nedostatkem administrativní podpory a v neposlední řadě může být také příčinou odlišný pohled spolupracovníků na některé pracovní záležitosti (Hamric a kol., 2006).

Výše zmíněný nedostatek zdravotnického personálu je klíčový problém a nese s sebou řadu negativních důsledků. Ovlivňuje kvalitu zdravotnické péče, unavené a přetížené sestry nejsou schopné u pacienta vykonat kvalitní práci a nedostatek sester může dokonce i zvýšit pravděpodobnost vzniku komplikací a následné úmrtí pacienta (Tz, 2018).

Názorný příklad uvádí Carnevale (2013). Probíhá noční směna na zaneprázdněné chirurgické jednotce a dvě ze čtyř zdravotních sester, které měly službu, onemocněly. Na směně tedy zůstávají pouze dvě sestry, které již tuší, že zvládnutí náročné pracovní situace pro ně nebude lehký úkol. Již před časem se počet sester snížil, kvůli nedostatku pracovní síly a teď komplikuje situaci navíc i nemoc. Při oznámení situace nadřízenému se sestry dočkaly pouze dalšího nařízení. Dělat svou práci nejlépe, jak jen půjde. Bylo jim řečeno, že neexistuje žádné řešení této náročné situace.

V České republice, i přes vysoký zájem České asociace sester tento negativní trend zastavit, sestry bohužel čím dál častěji odcházejí ze zdravotnictví do méně náročných povolání a nezbývá jen doufat, že se prestiž tohoto zaměstnání v budoucnu opět zvedne (Tz, 2018).

Situace vyvolávající morální distres ale zdaleka nejsou otázkou pouhého nedostatku personálu. Na další situaci je možné ukázat, že i komunikace mezi kolegy a respektování odlišného názoru je důležitou složkou ve zdravotnickém kolektivu a vzniku morálního distresu lze efektivně předcházet. Modelová situace se odehrává v prostředí onkologie. Vyškolené sestry se právě vrátily z kongresu, na kterém se, mimo jiné, dozvěděly, že je možné pro onkologické pacienty použít nové farmakologické intervence, které pomohou přinést pacientovi na sklonku života pohodlí a zbavit ho bolesti. Setkaly se však s negativní reakcí svých nevyškolených kolegů a nadřízených. Intervence na oddělení byly zamítnuty. Pro tyto sestry nastala velmi náročná situace, a to starat se o pacienty s neovládnutou bolestí (Carnevale, 2013).

Pro lepší představu je nutné popsat si i situace vyvolávající morální distres z praxe perioperačních sester. Z těchto situací vyvolávajících morální distres u sester pracujících na operačním sále, byly některé vybrány do dotazníku, který byl využit jako nástroj ke sbírání dat v průzkumné části diplomové práce. Jsou jimi například situace, kdy je sestra svědkem toho, že nebyl řádně získán informovaný souhlas pacienta s operací, ať už kvůli jeho rozhodovacím schopnostem, které mohou být v dané situaci omezené např. vlivem premedikace či kvůli nedostatku informací nezbytných k rozhodnutí (Attri a kol., 2015).

Dále není výjimkou, že sestry či zdravotníci jsou svědky nekompetentních zákroků svých kolegů, a musí volit mezi profesionální integritou, loajalitou ke svým kolegům a udržením

stabilního pracovního prostředí, což bez pochyb vede k morálnímu distresu (Hamric a kol., 2006).

Killen (2002) si ve svém článku všímá nedostatečné kontroly materiálu perioperační sestrou, která se do morálního distresu dostává ve chvíli, kdy operující lékař přímo odmítá komunikaci s instrumentářkou, zda počet nástrojů při ukončování operace souhlasí s počtem nástrojů na začátku operace.

Nutno podotknout, že v dřívější době bylo zvykem, že sestra pouze vykonávala pokyny lékaře a plnila jeho úkoly a požadavky. V dnešní době však sestra bojuje o plně autonomní povolání s kontrolou své práce (Jameton, 2017).

Carnevale (2013) zmiňuje morální distres působící na perioperační sestry v momentě, kdy na oddělení operačních sálů nastupuje nový chirurg přicházející z prestižního pracoviště, jehož techniky ale nejsou vhodné u každého z mnoha případů. Perioperační sestry, pokud nemají dostatek odvahy a sebevědomí, jsou nucené pouze přihlížet jeho technikám a následnému pacientovu utrpení. Dostávají se do situací, které lehce morální distres vyvolají. Ten se ale také může objevit, jestliže sestra vnímá léčbu pacienta jako jeho bezdůvodné utrpení a protahování doby jeho umírání. Hamric (2012) k příčinám přidává i zatajování plné skutečnosti o zdravotním stavu pacienta či poskytování falešné naděje na přežití.

1.5 Dopady morálního distresu

Morální distres může doprovázet dlouhá řada negativních příznaků. S těmito příznaky se jedinec snaží vyrovnat a dosáhnout tak i určité psychické rovnováhy. Bohužel, čím častěji je člověk vystaven na svém pracovišti morálnímu distresu, tím více se snižuje pravděpodobnost, že se s ním vyrovná. Po několika takových pokusech, kdy zvládnutí nebylo úspěšné, přichází důsledky v podobě ztráty sebedůvěry, poruchy chování jako jsou agrese a ztráta sebekontroly, v horších případech propadá závislosti na alkoholu či návykových látkách (Mareš, 2016).

Corley (2001) definovala dopady morálního distresu konkrétně na **sestry, pacienty a na instituci**. Sestry pod jeho vlivem mohou zažívat utrpení, vyčerpání, z toho dále pramení nedostatečný zájem o pacienty a jejich potřeby. Pro instituci to znamená nespokojeného pracovníka, který může později zvažovat i odchod z pracovní pozice.

Uvádí však také, že morální distres nemusí mít vždy jen negativní dopad na jedince. Pro silnější jedince, kteří se s ním umějí vypořádat, to naznačuje určitou výzvu. Pozitivní efekt morálního distresu za určitých okolností napomáhá profesnímu rozvoji a budování morálního charakteru. Avšak autorka dodává, že zdařilé pokusy o zvládnutí morálního distresu závisejí především na organizační podpoře, a na institucionálním postoji, který poskytuje příležitost k řešení a tím pádem i napomáhá předcházet morálnímu distresu.

Reakce a dopad morálního distresu na jedince lze rozdělit do 4 složek, které se navzájem prolínají. Patří mezi ně **fyzická reakce, emocionální příznaky, spirituální složka a behaviorální reakce**. Do fyzické reakce jedince na morální distres lze zařadit zvýšenou náchylnost k nemocem, bušení srdce či poruchy trávení. Mezi emocionální příznaky lze zařadit úzkost, smutek, deprese a kontinuální špatná nálada. Do spirituální složky patří například narušení náboženských praktik či ztráta smyslu pro humor. Člověk se odcizí s kolegy a ztrácí sebehodnotu. Behaviorální složka pak vychází z nočních můr, nervozity a zvýšené agrese s násilím (Rushton a kol., 2016).

Lachman (2016) se ve své publikaci zmiňuje o tzv. morální odolnosti. Lze ji chápat jako schopnost vypořádat se s eticky ne úplně příznivou situací bez přetrvávání působení morálního distresu na jedince a bez morálního rezidua. K tomu je za potřebí odvahy. Morálně odolní lidé se dokáží přizpůsobit konkrétním situacím s rozdílným morálním systémem. Využívají k tomu své zkušenosti, flexibilitu i smysl pro humor. Takto morálně odolní lidé si uvědomují, že odolávat nepříznivým situacím se neobejde bez strastí, ale věří, že úsilí o vykonání etických povinností přinese zasloužené ovoce.

Za zajímavost, která stojí za zmínku, lze považovat výzkum autorky Mänttari-van der Kuip (2016). Studie byla zaměřená na morální distres pracovníků, pracujících pro lidskou společnost, tedy i sester. Cílem studie bylo objasnit jeho dopady v oblasti sociálního zabezpečení. Studie popisuje, že jedinci zažívající morální stres prokazovali menší ochotu pokračovat ve své práci, často byli v práci nepřítomni kvůli chorobám a celkově se snížilo jejich pracovní nasazení.

Morální distres však nemusí být v každém případě považován za negativní jev. Pro jedince, kteří se s ním zvládají vypořádat, může znamenat jakousi výzvu vedoucí k rozvoji morálního charakteru (Hanna, 2004).

1.6 Modely morálního distresu

Pro perioperační sestry prozatím žádný model morálního distresu navržen nebyl, je však možnost aplikovat nějaký z mnoha navržených teoretických modelů morálního distresu pro zdravotnický personál, který se snaží vysvětlit proces komplexně (Mareš, 2016).

Vhodným modelem k použití v praxi je například model morálního zvažování od autorky A. K. Nathanielové. Autorka tohoto modelu zapojila 21 všeobecných sester k získání rozhovorů. Rozhovory vyhodnotila pomocí tzv. zakotvené teorie, která ji dovedla k následujícím výsledkům. Čerstvě vystudovaná zdravotní sestra je plná chuti k plnění svého povolání. Postupem času se z ní stává profesionál, který se stává součástí zdravotnického zařízení, získává dovednosti a osvojuje schopnosti. Často ale tento vývoj narušují právě situace, kdy sestra zakouší morální distres. Zpočátku je to spojeno s odlišnými morálními hodnotami na pracovišti či díky odlišným reakcím svých kolegů. Druhé stadium pak vyžaduje postoj k řešení problému. Zde se dostaví dvě tendence: buď problém začít řešit se všemi jeho následky, nebo situaci nechat být a ustoupit. Do třetího stadia patří tzv. reflexe, kdy si jedinec přehrává vzniklou situaci v hlavě a polemizuje nad tím, jak se pracovník zachoval a zda byl čin správný. V této chvíli jedinec potřebuje svůj zážitek ventilovat, potřebuje se vypovídat či svěřit (Mareš, 2016).

Další model, který je vhodný pro vysvětlení situace, kdy jedinec zažívá morální distres, pochází od autorů F. Baylisse a G. Webstera. Tento model je vhodné využít ve chvíli, kdy morální distres působí na jedince opakovaně. Když se zdravotnický personál dostane do situace, ve které zakouší morální distres, snaží se s ní nějakým způsobem vyrovnat. Pokud ale po první situaci přicházejí další a další, morální distres v člověku kumuluje a jedinec není schopný se se situací plně vyrovnat. Čím více se jedinec s takovými situacemi setkává, tím více narůstá již výše zmíněné morální reziduum a nastává tzv. crescendový efekt (Mareš, 2016).

1.7 Metody zjištění morálního distresu

Prvně byl morální distres zkoumán na zdravotních sestrách. Až postupem času začaly vznikat studie, které jej zkoumaly i u jiných zdravotnických pracovníků (Lamiani a kol., 2017).

Metody zjištění lze rozdělit na kvantitativní, kvalitativní či smíšené. Vůbec první dotazník, který by měřil morální distres kvantitativní metodou u všeobecných sester, vytvořila Mary Corley. Dotazník nese název Škála morálního distresu (Moral Distress Scale). Škála obsahuje přesně 32 položek, které měří intenzitu i frekvenci morálního distresu, působícího na sestry v různých situacích. Sestry hodnotí morální distres na škále 1-7, přičemž hodnota 1 znamená, že sestry nezažívají žádný morální distres, hodnota 7 značí jeho vysokou intenzitu (Corley a kol., 2001).

Dotazník byl později upraven pro použití i u ostatních pracovníků zdravotnického zařízení, nejen sester. Škála byla pojmenována Škála morálního distresu-R. Vychází z determinantů morálního distresu, tzn. vnitřních, vnějších a situačních. Škála obsahuje 21 položek, popisujících obecné situace a navíc i prázdnou kolonku pro doplnění situací vyvolávajících morální distres, které dosud v dotazníku nejsou (Hamric a kol., 2012).

Oba tyto nástroje, jak MDS, tak i MDS-R, obsahují situace pouze pro zdravotnické pracovníky, proto není možné tento nástroj aplikovat při zjišťování morálního distresu i v jiných oborech (Mänttari-van der Kuip, 2016).

Do metod kvantitativního výzkumu lze zařadit například individuální rozhovor, vyprávění a pozdější analýzu sebraných dat, diskuze v ohniskové skupině a případové studie (Mareš, 2016).

Smíšené metody zjištění morálního distresu kombinují kvalitativní a kvantitativní metodu. Jako příklad lze uvést výzkum autorek Allenové a Butlerové, které zvolily kombinaci těchto metod: diskuze v ohniskové skupině, dotazník Moral Distress Scale, verze MDS-R a dotazník Hospital Ethical Climate Survey (Mareš, 2016).

1.8 Etické normy vztahující se k profesi perioperačních sester

Sestry, při výkonu svého povolání, čelí každý den etickým výzvám v různých oblastech, jako jsou např. práva pacientů, autonomie, informované souhlasy, plánování ošetrovatelské péče, rozhodování na konci života nebo důvěra. Americká asociace sester proto vytvořila Etický kodex sester na sjednocení a podporu aplikace etických pravidel v praxi. Etický průvodce má za úkol sloužit jako klíč pro správné chování zdravotnického personálu k sobě navzájem, ale i k jednání s ostatními (Zahedi a kol., 2013).

Etický kodex sester byl přijat v roce 1953 díky Mezinárodní radě sester (International Council of Nursing - ICN). Jsou v něm stanovena všechna základní etická pravidla pro sestry. Kodex uvádí, že sestry mají 4 základní povinnosti, kterými by se měly v praxi řídit. Patří mezi ně podpora zdraví, prevence nemocí, návrat zdraví a v neposlední řadě i zmírnění utrpení. Ošetrovatelská péče nedovoluje soudit jedince dle věku či pohlaví, barvy pleti, náboženského vyznání ani kulturních zvyklostí. Naopak, kodex vede sestry k respektu a poskytování ošetrovatelských služeb jak k jednotlivcům, tak i rodinám či komunitám (ICN, 2017).

Etický kodex se rozděluje na 4 články, které vymezují etické chování. První článek nese název Sestra a lidé. Vymezuje sestrám povinnost poskytnout ošetrovatelskou péči každému, kdo ji potřebuje. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva, zvyky a hodnoty jedince. Článek neopomíná ani mlčenlivost, kterou je sestra při poskytování péče vázána (ICN, 2017).

Druhý článek, Sestra a ošetrovatelská praxe, apeluje na odpovědnost za ošetrovatelskou práci, kterou sestra vykonává, a tím pádem i za výši vzdělání a udržování si svých znalostí a dovedností (ICN, 2017).

Třetí článek, nesoucí název Sestra a profese, uvádí, že se sestra podílí na vytváření a zachování spravedlivých ekonomických podmínek na pracovišti, zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe a podílí se na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých výzkumů. Čtvrtý článek pojednává o Sestře a spolupracovnících. Sestra udržuje přátelský, harmonický vztah se svými kolegy, i s kolegy z jiných zdravotnických oborů (ICN, 2017).

Etický kodex pro sestry, navržený Mezinárodní radou sester, poskytuje jakýsi návod k aktivitám, které vycházejí z určitých hodnot a potřeb. Pro Českou republiku přijala tento kodex Česká asociace sester v březnu roku 2003. Od té doby klade na srdce všem zkušeným ale i začínajícím sestrám, aby tento kodex pomohly šířit po vzdělávacích zařízeních, v tisku a ostatních sdělovacích prostředcích (Di Cara, Petr, Charvátová, 2012).

Prozatím nebyl vytvořen žádný etický kodex, který by se přímo vztahoval na perioperační sestry. Wichsová a kolektiv (2013) radí, že perioperační sestry by se měly prozatím držet kodexu, vytvořeného Americkou asociací registrovaných perioperačních sester. V kodexu je možnost najít užitečné rady, jak by se peri-operační sestra měla správně chovat ve

vztahu s pacientem, s nadřízeným, kolegy, ale i s etickou komisí jako takovou. Americká asociace registrovaných perioperačních sester doporučuje podporu pacientových názorů, poskytování péče bez předsudků, citlivé jednání s pacientem co se týče jeho kulturních, náboženských i rasových rozdílů, důstojnosti i lidských práv a apeluje na podporu pacientovy důvěry.

Pro perioperační sestru je však velmi důležitá znalost čtyř etických principů od Beauchampa a Childresse. Ti vytvořili teorii, která říká, že tyto principy jsou zásadní pro rozhodování v oblasti zdravotnictví a že klíčové je se snažit udržet tyto principy v rovnováze a tím je možné dojít ke správnému řešení eticky obtížné situace. Jejich kniha, vydaná v roce 1979, obsahující popis těchto čtyř principů si okamžitě získala velkou popularitu v lékařské etice. V průběhu let se její autoři snažili tyto přístupy dále rozvíjet a bránili je proti různým kritikám, které byly vzneseny (Zímová a Zímová, 2012).

Konkrétně se jedná se o princip *nonmalficence*, česky neškodit, princip *beneficence* - konat dobro. Pokračuje princip *autonomie*, který může být chápán jako princip nezávislosti v rozhodování či svébytnosti a princip *justice* - spravedlnosti v rozdělování zdrojů (Zímová a Zímová, 2012).

Dle Zímové a Zímové (2012) lze říci, že **nonmalficence** vyžaduje, aby každý zdravotnický pracovník předcházel případným rizikům jak v diagnostickém, tak i v terapeutickém procesu. Princip **beneficence** vyžaduje, aby jednání zdravotnického personálu bylo za všech okolností v souladu se zájmy nemocného a aby zdravotnický personál činil vše pro jeho dobro.

Dalším principem je **justice**. Tento princip je označován za problematický, vzhledem k tomu, že souvisí s rozdělováním zdrojů ve zdravotnictví a z velké části je ovlivněn jak ekonomickými, tak i geografickými možnostmi (Zímová a Zímová, 2012).

Princip **autonomie**, podle Zímové a Zímové (2012), zahrnuje 2 základní složky, a to svobodu a kompetence jedince. Může ale zahrnovat i nezávislost, svébytnost, sebeurčení, individualitu i svobodu volby. Princip autonomie je popsán i v Barcelonské deklaraci.

Dle Barcelonské deklarace má autonomie několik aspektů, a to schopnost vytváření myšlenek a cílů, schopnost seberegulace a soukromí, schopnost racionálního rozhodnutí

a jednání bez nátlaku, schopnost politického zapojení a osobní odpovědnosti, schopnost informovaného souhlasu. Autonomie však dál zůstává jen ideálem, a to kvůli strukturálním omezením, která vyplývají z lidské slabosti a závislosti na biologických, materiálních a sociálních podmínkách, nedostatku informací pro uvažování apod. (Kemp a Rendtorff, 2008).

Barcelonská deklarace uvádí i další etické principy, jako jsou **vulnerabilita** (zranitelnost) a princip **integrity**. Kemp a Rendtorff (2008) vysvětlují zranitelnost jako respektování a ochranu nejen lidského života. Vyjadřuje stav veškerého života, který může být zraněn a zabit. Myšlenka ochrany a respektování zranitelnosti by měla být zásadní pro tvorbu politiky v moderním sociálním státě.

Princip **integrity** poukazuje na provázanost života s časem a prostorem. Klíčovou roli zde hraje respekt k soukromí, osobnímu prostředí a zejména k pochopení pacienta a jeho nemoci v těle i duši. Integrita je jedním z nejdůležitějších principů pro vznik důvěry mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Integrita vyžaduje, aby lékař naslouchal pacientovi, který vypráví příběh o svém životě a nemoci. V praxi je možné, že se jedinec dostane do rozporu mezi osobními a profesionálními hodnotami a tím pádem může dojít i k narušení morální integrity jedince. Pokud k takovému narušení dojde, zákon č. 372/2011 Sb. zdravotnickým pracovníkům umožňuje odmítnout poskytnutí zdravotních služeb v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jejich svědomí nebo jeho náboženskému vyznání. V takovém případě musí být ihned informován poskytovatel zdravotních služeb, který je povinen zajistit jiného zdravotnického pracovníka. Za žádných okolností však nesmí být ohrožen pacientův život. Tomuto kroku lze předcházet pouze tak, že si každý jedinec vytvoří jakýsi inventář osobních hodnot a podle něj bude zvažovat výběr svého budoucího pracoviště (Kemp a Rendtorff, 2008, Heřmanová a kol., 2012).

Na závěr je potřeba mít stále na mysli, že poskytování perioperační péče se velmi liší od poskytování péče na standardních odděleních. Pacient může být daleko zranitelnější, často pod vlivem premedikace není schopen vlastních úsudků. Odpovědnost, která je na perioperační sestry vložena při výkonu povolání, je velmi zavazující. To je pravý důvod toho, proč bývá od perioperačních sester vyžadována pečlivost, přesnost a zodpovědnější chování více, než na jiných odděleních (Wichsová a kol., 2013).

1.9 Teoretický rámec pro hodnocení vybraných situací, vyvolávajících morální distres perioperačních sester, použitých v dotazníku

V této kapitole budou uvedeny důležité informace pro morální hodnocení situací, ve kterých může vznikat morální distres perioperačních sester a které byly vybrány pro tvorbu modelových situací použitých v dotazníku.

1. otázka: V praxi se stává, že perioperační sestra překračuje své kompetence na operačním sále, např. šití operačních ran za lékařský personál.

Pojem kompetence je možno přeložit jako pravomoc nebo i rozsah působnosti. V roce 2004 vstoupila Česká republika do Evropské unie. To znamenalo přijmout velké množství opatření, týkajících se ošetrovatelství. V platnost vstoupil zákon č. 96/2004 Sb., dnes již změněn zákonem č. 201/2017 Sb., který měl za úkol povznést hlavně vzdělávání sester. S tím souvisí i jejich pravomoc. Překračování těchto stanovených kompetencí, ať dobrovolně nebo nedobrovolně, může v odpovědných jedincích snadno vyvolat morální distres (Koller, 2015).

Dle Böhmové (2018) sestry často překračují své kompetence pro to, aby mohl být zajištěn kontinuální chod českých nemocnic a zdravotnických organizací. Sehnalová (2015) zase ve svém výzkumu došla k závěru, že sestry často nevědí, že kompetence překračují, anebo kompetence znají, ale není jim dovoleno tyto úkony vykonávat. Kompetence nejsou dány pouze vyhláškou, ale významné slovo má i zaměstnavatel. Pokud zaměstnavatel nepřipouští, aby určité výkony dělala sestra, byť by podle vyhlášky mohla, dělat je nesmí.

Přesné kompetence sester stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V I. části této vyhlášky jsou přesně stanovené podmínky pro poskytování základní ošetrovatelské péče, specializované ošetrovatelské péče, vysoce specializované ošetrovatelské péče i specifické ošetrovatelské péče. Pokud dojde k újmě na zdraví pacienta tím, že poruší svou povinnost, která jí je uložena zákonem, může být trestem buď odnětí svobody, nebo úplný zákaz činnosti (Vondráček a Wirthová, 2009).

2. otázka: Z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu je provoz na operačním sále zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí.

Jedna z tázaných respondentek v rozhovoru uvedla, že se osobně v praxi setkala se situací, kdy byl provoz zajištěn sestrami s nedostatkem zkušeností v perioperační péči, profesně mladšími sestrami nebo sestrami čerstvě po absolvování studia.

V dřívější době bylo zvykem, že sestra poslouchala pokyny lékaře a plnila jeho úkoly a požadavky. V dnešní době však sestra bojuje o plně autonomní povolání s kontrolou své práce. Perioperační sestra se specializací a dostatečně dlouhou praxí v oboru si je vědoma zásad vedoucích k zajištění co největšího bezpečí pacienta (Jameton, 2017).

Při nedostatku zkušených sester se poptávka rozšiřuje mezi středoškolsky vzdělané praktické sestry. Ty pak následně vykonávají práci, kterou by správně měly odvádět všeobecné sestry. Vystavují se tak riziku nežádoucích událostí a povinnosti se z tohoto porušení zodpovídat (Klusáček, 2019).

Vzdělání perioperačních sester ustanovuje nařízení vlády č. 31/2010. Podle Wichsové a kol. (2013) může pouze kvalifikovaná sestra s vysokoškolským vzděláním nebo specializací vykonávat povolání perioperační sestry bez odborného dohledu.

Zdravotnické zařízení či poskytovatel zdravotnických služeb nesmí zapomínat ani na vyhlášku č. 99/2012 Sb., která přesně stanovuje podmínky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

3. otázka: Po příjezdu na operační sál chce pacient zrušit souhlas s operací. Anesteziolog i přes nesouhlas pacienta pokračuje ve své práci a pacienta uspí. Zahajuje se operace.

Killen (2002) ve svém článku přímo upozorňuje na důležitost informovaného souhlasu s anestezií, kterým zdravotnický pracovník chrání svou osobu při možných komplikacích.

Informovaný souhlas s anestezií při operačním zákroku znamená daleko více, než pouze podepsaný formulář. Před podepsáním tohoto souhlasu se anesteziologický lékař setká s pacientem osobně, objasní formu anestezie, která pacientovi bude podána, zváží rizika, případně vedlejší přidružená onemocnění ve vztahu k anestezii, uvede i možná vedlejší rizika a zodpoví jakékoliv pacientovy dotazy. Pokud je pacient nezletilý, musí se tzv. anesteziologického konzilia zúčastnit i zákonný zástupce, který později anesteziologický

souhlas za nezletilého podepisuje. Doklad o souhlasu s anestézií s uvedením data a času a podpisu se zakládá i s ostatními důležitými poznatky v pacientově dokumentaci (American Association of Nurse Anesthetists, 2016).

Stejně je to s informovaným souhlasem s operačním výkonem. V praxi je téměř nezbytné, aby si lékař zajistil pacientovým podpisem souhlas s výkonem, a to zejména pro případy, kdyby došlo k pochybení a následně sporu mezi zdravotnickým zařízením a pacientem (Šustek a Holčapek, 2007).

Pokud lékař poskytne lékařskou péči bez podepsaného informovaného souhlasu, znamená to, že pacient byl poučen nedostatečně či nebyl poučen vůbec. Lékař tak porušuje zákonem stanovenou povinnost a musí nést následky za porušení své povinnosti. V takovéto situaci by rozhodoval soud, zda dojde k navrácení všeho do původního stavu, či bude vyměřena úhrada za vzniklou újmu (Šerá, 2019).

4. otázka: Pacienta přivázejí na operační sál z důvodu indikace k operaci. Pacient již dostal premedikaci. Při kontrole dokumentace však bylo zjištěno, že pacient nepodepsal informovaný souhlas před tím, než mu byla premedikace podána. Informovaný souhlas je mu tedy předložen k podpisu na operačním sále.

Jak již bylo řečeno, informovaný souhlas s anestezií i s operačním výkonem je nedílnou součástí dnešní operativy, a to především s ohledem na možné pozdější spory. To se týká především těch případů, kdy lékař výrazným způsobem zasahuje do tělesné integrity člověka (Šustek a Holčapek, 2007).

V obecných podmínkách o poskytování zdravotních služeb v zákonu o zdravotních službách je důrazně připomenuto, že *“zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.”* (Zákon č. 372/2011 Sb.).

To znamená, že pokud pacient není schopný podepsat informovaný souhlas, který obsahuje poučení o vzniku, průběhu a léčbě nemoci, je nutné tyto okolnosti zaznamenat do zdravotnické dokumentace (Pokorná a kol., 2019).

Souhlas se zákrokem musí být svobodný a informovaný. Souhlas nemůže být považován za platný, pokud pacient souhlasil např. pod nátlakem členů rodiny, lékaře či blízkých osob. Za neplatný se považuje také souhlas pacienta, který byl poučen pod vlivem

tlumících léků nebo návykových látek. V takovém případě pacient plně ztrácí způsobilost udělit souhlas (Stránský, 2018).

5. otázka: Na oddělení nastoupil nový chirurg, který potřebuje nasbírat zkušenosti v rámci operačních výkonů. Vedoucí lékař tedy nařídí operaci pacienta i přes to, že indikace k operaci není nutná.

Novým zákonem o zdravotních službách byla zavedena do právního řádu i nová definice postupu “lege artis”, nyní nazýván “náležitou odbornou úrovní“. Nový název vychází z návrhu České lékařské komory a vysvětluje, že při péči o pacientovo zdraví musí lékař poskytnout péči podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, nutně musí respektovat individualitu pacienta a brát ohled na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Pafko a Mach, 2013).

V této konkrétní situaci je klíčovým bodem etika. Ta by měla chirurgovi nařizovat neprovádět výkony, které nejsou medicínsky indikované, i přes to, že z finančního (či jiného) hlediska se to zdá velmi výhodné. Chirurg by měl mít na paměti, že každý zákrok má celou řadu možných komplikací (Pafko, 2011).

Zdravotní pracovník je obecně povinen respektovat a chránit práva pacienta. Lékař je povinen řídit se principy lékařské etiky. Princip beneficence lékaře vyzývá k jednání ve prospěch pacienta. Lékař by podle tohoto principu měl poskytnout ochranu života, obnovit zdraví a ulevit pacientovi od strádání a zbytečné bolesti (Matochová, 2006). V modelové situaci popsané jednání není ku prospěchu pacienta a tudíž ani de lege artis. Může tak vyvolat morální distress zdravotníků, kteří jsou takového jednání svědky.

6. otázka: Pacient byl na operační sál přivezen z důvodu indikace k operaci. Určitý lékař pacientovi slíbil, že operaci provede a pacient se zákrokem souhlasil. Operaci však na poslední chvíli provede jiný lékař, než pacient očekával, případně lékař, kterého pacient odmítl. Pacient je již uspán, a proto o této skutečnosti nemá tušení.

Na tuto situaci upozorňuje ve svém článku Killen (2012). Uvádí, že se perioperační sestra může s touto situací setkat a může v ní vyvolat morální distress. Takovéto jednání totiž může vést k narušení důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Nutno také říci, že v podmínkách poskytování zdravotních služeb v zákonu o zdravotních službách je jasně dáno, že pacient má možnost vybrat si poskytovatele oprávněného

k poskytnutí zdravotních služeb dle pacientova uvážení, má právo znát jména pracovníků, podílejících se na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny. Pacient má právo vybrat si i zdravotnické zařízení, kde mu budou zdravotnické služby poskytnuty, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Ptáček (2014) zmiňuje, že komunikace mezi pacientem a lékařem hraje klíčovou roli v pozdější důvěře pacienta a zdravotnické péče. Pacient si připadá důstojněji, když je vnímán jako osoba, ne jen jako “případ” nebo jakýsi „nález“. V klinické praxi tomu tak často není a pacient se může začít cítit zanedbáván. Pokud se tomu tak stane, je možné hovořit o konceptu zanedbání péče o pacienta, popř. selhání osoby poskytující péči. Fenomén selhání může zapříčinit selhání etických aspektů při poskytování zdravotní péče a lékař musí být připraven za takový počin nést trestněprávní odpovědnost.

7. otázka: Na sál je přivezena pacientka k operaci. Po podání anestezie, lékařský či nelékařský zdravotnický personál nevhodně komentuje vzhled těla. Pacientka je uspaná a nemůže se posměškům bránit.

Každý zdravotnický pracovník je povinen pacienta respektovat, ochraňovat, dodržovat etické principy a jednat podle svého nejlepšího vědomí. Tato situace není však jen otázkou etiky. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ukládá lékaři povinnost přistupovat k pacientovi s veškerou úctou, zacházet s ním důstojně a také dbát na ohleduplnost při poskytování zdravotnické péče.

Zvláště na operačním sále, kde pacient bývá vystrašený, lehko zranitelný a pod vlivem premedikace či anestezie, ztrácí schopnost obrany. Proto je perioperačnímu týmu vložena zavazující odpovědnost za správné etické jednání (Wichsová a kol, 2013).

8. otázka: Při operaci má být použita resterilizovaná jednorázová pomůcka z důvodu ušetření financí oddělení centrálních operačních sálů.

Na tuto situaci, která u perioperační sestry může zcela jistě vyvolat morální distres upozornila jedna ze dvou zkušených perioperačních sester, se kterou byl udělán rozhovor.

Se zdravotnickým materiálem i nástroji je nutno zacházet dle vyhlášky č. 195/2005 Sb., § 8 odst. Ta uvádí, že *“jednorázové pomůcky se nesmí opakovaně používat ani opakovaně*

sterilizovat.“ Z citace této vyhlášky jasně vyplývá, že jednorázové zdravotnické pomůcky a nástroje se nesmí resterilizovat ani v případě, kdy mají prošlou expiraci nebo byly nedopatřením otevřeny, ačkoliv nepoužity.

Resterilizace jednorázových pomůcek a nástrojů je také v rozporu se zákonem č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích. Pokud poskytovatel zdravotních služeb postupuje v rozporu se zákonem tím, že nedodržuje na obalu uvedené doporučení výrobce, dopouští se tím přestupku, za který ho může stihnout i velmi vysoká pokuta. Bohužel prozatím v České republice chybí kontrolní mechanismy, které by takovýto přestupek byly schopné odhalit. Proto je nutností apelovat na personál zdravotnického zařízení, aby zodpovědně dodržoval preventivní opatření proti šířícím se infekcím (Pražský, 2013).

Schaefer a kol. (2018) zmiňují, že klíčovým problémem ve zdravotnických institucích jsou především finanční aspekty. Řadíme mezi ně například šetření na koupi nového jednorázového zdravotnického materiálu. To způsobuje ne úplně dobrovolné postupy při sterilizaci jednorázových pomůcek a jednorázového materiálu.

9. otázka: Operace se chýlí ke konci. Lékař se chystá zašít operační ránu, instrumentárce však nesouhlasí počet nástrojů nebo materiálu. Lékař ovšem nedbá upozornění a operační ránu začne šít.

Zpravidla nejrizikovějšími předměty, které nejčastěji zůstávají v ráně, jsou tampony, břišní roušky, chirurgické jehly nebo operační nástroje různého druhu. Jako rizikové faktory, které mají toto zanechání předmětu v ráně za následek, mohou být považovány akutní výkony, náhlé změny v operačním postupu nebo lidská chyba při nesprávném počítání použitých tamponů a roušek. Riziko pochybení se však může snížit preventivní kontrolou počtu použitých nástrojů a materiálu těsně před uzavřením tělních dutin (Marx, 2007).

Nutno si uvědomit, že rouška, nástroj nebo jakýkoli jiný materiál zanechaný v tělní dutině představuje nejen pro pacienta ale i pro členy operačního týmu velké komplikace (Gibbs, 2011).

Jako optimální řešení v praxi se jeví použití checklistu, neboli kontrolního listu pro zlepšení komunikace mezi operačním týmem. Bohužel jsou prozatím tyto nástroje považovány za něco, co může omezit profesní autonomii, a negativně ovlivňuje úsudek jedinců na operačním sále (Hales, 2006).

Jako další opatření pro bezpečnost pacienta na operačním sále vydala světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2009 bezpečnostní zásady, kterými by se měl řídit každý člen operačního týmu při operačním výkonu. Počítání nástrojů a roušek by měly vždy provádět dvě osoby. Většinou má tento úkol na starost instrumentářka a cirkulující sestra. Není však vyloučeno, že se může zapojit chirurg či asistující lékař. Materiál by měl být spočítaný minimálně na začátku a na konci operace. Počítání se provádí nahlas a každá položka se počítá zvlášť. Pokud dojde k přerušení, je nutno začít znovu. V průběhu operace se v žádném případě materiál či nástroj ze sálu neodnáší. Výsledek je nutno konzultovat s operátorem. Souhlasící počet je brán jako pokyn k uzavření ran. Podle Killena (2002) je komunikace mezi perioperační sestrou a lékařem klíčová a vede k hladkému průběhu a zdárnému konci operace.

10. otázka: Z důvodu předimenzovaného operačního programu a tím vzniklého časového tlaku má být pacient navezen na nedostatečně uklizený operační sál.

Úklid operačních sálů se opět vztahuje k vyhlášce č. 306/2012 Sb., § 10, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení. Ta nařizuje úklid míst, kde jsou prováděny invazivní výkony, provést vždy před začátkem operačního programu a vždy po každém pacientovi. Úklid probíhá navlhko a musejí být použity prostředky vhodné na danou podlahovou krytinu (Vyhláška č. 306/2012 Sb.).

Ředění dezinfekčních prostředků může provádět pouze zaškolený pracovník, který při své práci odpovídá za dodržení pravidel ochrany zdraví a používá ochranný pracovní oděv, rukavice a v neposlední řadě i ochrannou obuv. Po skončení práce s dezinfekčními přípravky je nutno si omýt ruce vodou i mýdlem. Při náhodném potřísnění pokožky dezinfekčním přípravkem je nutný oplach čistou vodou (Melicherčíková, 2008).

Dle Wichsové a kol. (2013) podléhá úklid také provoznímu řádu, který je nepostradatelnou součástí každého oddělení včetně operačních sálů. V provozním řádu je uvedeno, kdo je zodpovědný za provedení řádného úklidu na operačním sále, určuje používané detergenty a prostředky vhodné k dezinfekci povrchů a ploch, frekvenci, postup, ale také péči o uklízací prostředky. Úklid samotného operačního sálu spadá pod zvyklosti a zásady úklidu daného oddělení. Zásady bývají často porušovány z časových důvodů.

Frekvence operativy stále vzrůstá a časová tíseň nedovolí úklidovému personálu vykonat svou práci poctivě a bez spěchu. To způsobuje zvýšené riziko infekce v ráně pacienta a šíření infekce získané v souvislosti s interakcí se zdravotní péčí (dříve nozokomiální infekce). Tato infekce dále vede k prodloužení doby hospitalizace pacienta, zvýšení nákladů na léčbu, ale i na pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení (Schaefer a kol., 2018, Čečetková a kol., 2010).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část odpovídá na předem stanovené průzkumné otázky. V průzkumné části bude popsána metodika a stručná charakteristika vybrané skupiny respondentů. Následně budou popsány výsledky průzkumného šetření a vybrané podotázky v modelové situaci budou statisticky ověřeny.

Průzkumné otázky:

1. Jak perioperační sestry eticky hodnotí modelové situace?
2. Setkávají se perioperační sestry s problémy zachycenými v modelových situacích ve své praxi?
3. Zakoušejí v uvedených situacích perioperační sestry morální distres? Pokud ano, jaké intenzity dosahuje?
4. Jak se u respondentů morální distres nejčastěji projevil?

2.1 Metodika výzkumu

Pro průzkumnou část této diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda. Respondenti odpovídali na otázky pomocí nestandardizovaného dotazníku, který byl vytvořen na základě odborné literatury, zaměřené na problematiku morálního distresu, a dvou rozhovorů. Jednalo o rozhovory se dvěma zkušenými perioperačními sestrami, s délkou praxe téměř 10 a 30 let. Z rozhovoru s respondentkou A vyplynulo téma zajištění chodu operačních sálů nezkušeným personálem. Z rozhovoru s respondentkou B vyplynulo téma resterilizace jednorázových nástrojů nebo materiálů. Rozhovory proběhly dne 21. 6. 2019 a probíhaly v klidném, nerušeném prostředí. Jednalo se o polostrukturované rozhovory, otázky byly výhradně zaměřené na zkušenosti z praxe a situace vyvolávající morální distres. Rozhovor s respondentkou A trval 42 minut, rozhovor s respondentkou B trval 39 minut. Byl nahráván na nahrávací zařízení a následně přepsán do aplikace Microsoft Word. Dále byla provedena analýza se zaměřením na situace, ve kterých mohou perioperační sestry zažívat morální distres. Více informací ohledně respondentek nebude uvedeno z důvodu zachování anonymity.

Dotazníky byly distribuovány na oddělení operačních sálů nemocnic vybraného kraje České republiky. Respondenti byli perioperační sestry aktivně vykonávající povolání na operačním sále. Dotazník (viz příloha A) obsahoval 11 uzavřených a 1 otevřenou otázku. 10 otázek v dotazníku tvořily modelové situace. Sestry byly dotazovány na morální hodnocení popsané situace, na to, zda se s popsanými situacemi ve své praxi setkávají, zda při nich zakoušejí morální distres a v jaké intenzitě. Další, otevřená otázka, se tázala na délku praxe a poslední otázka obsahovala možnost více odpovědí. Ta nabízela respondentům možnost označit, jak se u nich morální distres projevil. V úvodu dotazník obsahoval představení tématu, pokyny k vyplnění a kontakt na autorku.

K ověření srozumitelnosti průzkumného nástroje proběhla pilotáž, při které byl dotazník předložen kolegům a kolegyním z perioperační praxe. Jednalo se o 10 perioperačních sester, s délkou praxe v rozmezí od 1 roku do 15 let. Dotazník byl označen jako srozumitelný, žádný respondent neuvedl pochybnosti při vyplňování, nebylo tedy nutné dotazník po pilotáži upravovat. Řádně vyplněno se vrátilo všech 10 dotazníků. Dotazníky v rámci pilotáže byly zařazeny do průzkumného šetření a jejich výsledky budou prezentovány společně s ostatními.

Po schválení výzkumu ze strany čtyř záměrně vybraných nemocnic v rámci jednoho kraje, z nichž jedna patří mezi krajské (A) a zbylé tři mezi menší, oblastní nemocnice (B, C a D), byla zahájena distribuce dotazníků na oddělení centrálních, ale i vysoce specializovaných operačních sálů.

Na všechny operační úseky vybraných nemocnic bylo osobně předáno 140 dotazníků, jejichž vyplnění bylo pro respondenty zcela dobrovolné. Navráceno bylo 110 dotazníků, přičemž pouze 100 dotazníků bylo kompletně vyplněno a mohly být využity do průzkumné části. Vyplněné dotazníky byly z operačních úseků vyzvednuty v předem připravených boxech, pro zachování anonymity respondentů. Výzkum probíhal od prosince 2019 do února 2020. Vzhledem k charakteru výzkumu nebylo potřeba žádat o stanovisko etické komise.

Charakteristika souboru

Respondenti byli sestry starší 18 let, pracující v oblasti perioperační péče na různých centrálních i vysoce specializovaných operačních sálech, bez ohledu na délku praxe či vzdělání.

Analýza dotazníkového šetření

Sebraná data byla zpracována **do tabulky zdrojových dat** v programu Microsoft Excel 2010, v němž byly také vytvořeny tabulky / grafy pro prezentaci vybraných dat. Pro statistické vyhodnocení sebraných dat byla použita popisná statistika. U vybraných modelových situací byly stanovené hypotézy, které byly statisticky ověřeny, přičemž pro zvolená modelová data byl použit dvojvýběrový t-test. Tento test je vhodné použít u dvou souborů dat, u kterých není možné stanovit střední hodnotu. Test slouží pro dva soubory dat, které nejsou na sobě závislé. Nejprve bylo ale nutné otestovat rozdíl rozptylů obou souborů pomocí F-testu, protože data mohou pocházet z populací, které mají stejný, nebo naopak odlišný rozptyl hodnot.

2.2 Prezentace a interpretace získaných dat

V této kapitole budou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo v krajské nemocnici a třech menších, oblastních nemocnicích na oddělení operačních sálů.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentů z perioperační péče. 10 respondentů se zúčastnilo pilotáže a výsledky byly zařazeny do průzkumu. Z nemocnice A se zúčastnilo 53 respondentů, z nemocnice B pouze 4 respondenti, z nemocnice C se zúčastnilo 15 respondentů a z nemocnice D 18 respondentů, viz tabulka č. 1. Zde je důležité upozornit na možnost, že morální distres nemuseli respondenti nutně zažít na své nynější pracovní pozici. Morální distres mohli zažít během svého studia, během vykonávání odborné praxe či v jiném zdravotnickém zařízení.

Tabulka č. 1 – tabulka zobrazující počet respondentů z vybraných nemocnic

Počet respondentů z pilotáže	Počet respondentů z vybraných nemocnic jednoho kraje			
	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D
10	53	4	15	18

V tabulce č. 2 je uvedena délka praxe respondentů, rozdělena do 4 intervalů. Nejvíce respondentů má praxi v délce 16 a více let (35, tj. 35 %), naopak 23 respondentů (23 %) má praxi v délce 5 a méně let.

Tabulka č. 2 – tabulka zobrazující intervaly délky praxe respondentů

Délka praxe respondentů	Délka praxe do 5 let	Délka praxe od 6 – 10 let	Délka praxe od 11 – 15 let	Délka praxe od 16 let více
Počet respondentů ze souboru (100)	23	21	21	35

Tabulka č. 3 ukazuje průměrnou délku odborné praxe respondentů, která činí 13 a půl roku, minimální dobu výkonu povolání u respondentů, 1 rok a maximální dobu, 38 let. Modus, představující hodnotu, která se v daném souboru vyskytuje nejčastěji, je 15 let a medián, který nám ukazuje střední hodnotu získaných dat, je zde 12 let.

Tabulka č. 3 – tabulka znázorňující údaje o délce praxe respondentů

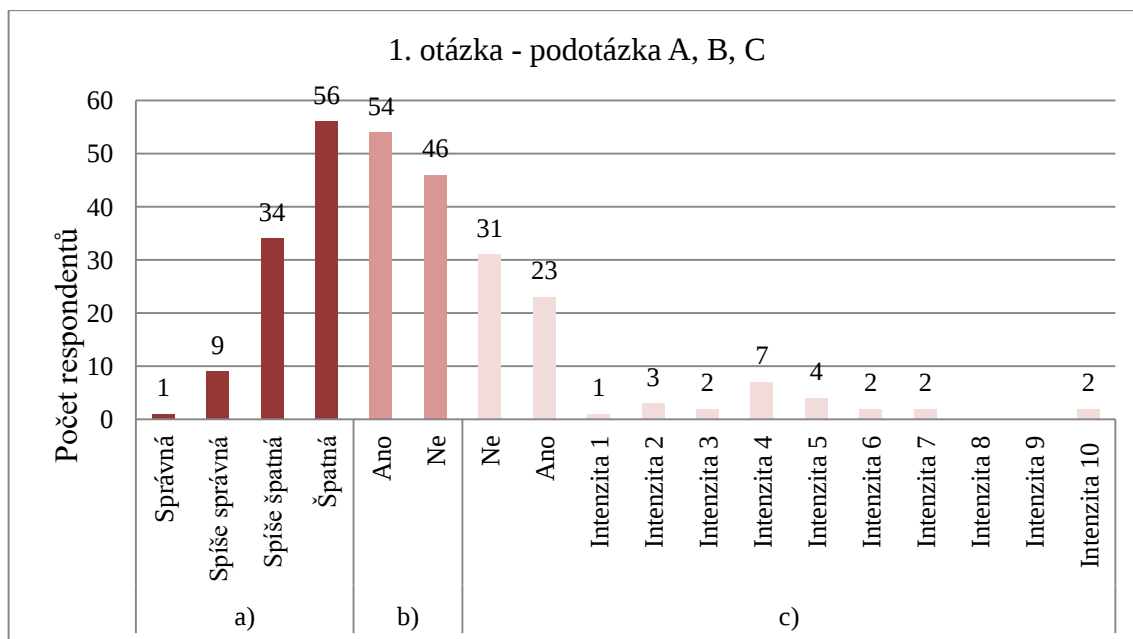
Celkový počet respondentů	Délka praxe v oboru perioperační péče (v letech)				
	Průměr	Minimum	Maximum	Modus	Medián
100	13,53	1	38	15	12

1. otázka: V praxi se stává, že perioperační sestra překračuje své kompetence na operačním sále, např. šití operačních ran za lékařský personál.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

V odpovědích na tuto otázku pouze 1 respondent (1 %) označil situaci, kdy byly překročené kompetence perioperační sestry na operačním sále, za správnou (odpověď a). Možnost b. Spíše správná označilo 9 respondentů (9 %). Odpověď c. Spíše špatná označilo 34 respondentů a za špatnou (odpověď d. Špatná) tuto situaci považuje 56 respondentů z celkového počtu 100 respondentů, viz graf na obrázku č. 1.



Obrázek č. 1 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 1 a podotázky A, B a C

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

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

S touto situací se setkala přes polovinu tázaných respondentů (54 %) ze 100 respondentů.

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

54 respondentů z celku (100), kteří se s touto situací setkali, odpovídalo na otázku, zda to v nich vyvolalo morální distres. 31 (57,35 %) respondentů z 54 odpovědělo, že ne, 23 (42,65 %) z 54 odpovědělo, že ano. Z těchto 23 respondentů jich nejvíce intenzitu 4 a dva respondenti (8,68 %) dokonce označili nejvyšší možnou intenzitu, tj. 10, viz graf na obrázku č. 1.

Statistické vyhodnocení dat

U otázky č. 1, podotázky A, bude testována hypotéza vztahující se k tomu, jak sestry hodnotí překračování kompetencí vzhledem k pracovišti, na kterém pracují (zda v krajské nemocnici A, nebo v oblastních nemocnicích B – D).

H_0 - Mezi perioperačními sestrami z krajské nemocnice a perioperačními sestrami z menších, oblastních nemocnic nedochází ke statisticky významnému rozdílu etického hodnocení u dotazníkové otázky č. 1, podotázky A.

H_A - Mezi perioperačními sestrami z krajské nemocnice a perioperačními sestrami z menších, oblastních nemocnic dochází ke statisticky významnému rozdílu etického hodnocení u dotazníkové otázky č. 1, podotázky A.

V prvním kroku testování se F -testem ověřila rovnost/nerovnost rozptylů a následně byl zvolen odpovídající nepárový t -test. Výsledky testování jsou shrnuty v tabulce č. 4 a č. 5.

Tabulka č. 4 - Dvouvýběrový F -test pro rozptyl

	<i>Oblastní nemocnice</i>	<i>Krajská nemocnice</i>
Střední hodnota (aritmetický průměr)	3,36	3,53
Rozptyl	0,58	0,41
Počet dat v souboru	47	53
Počet stupňů volnosti	46	52
F stat (vypočtená testovací charakteristika)	1,4313	
F krit (tabulková kritická hodnota F testu)	1,6023	

Protože platí $F \text{ stat} < F \text{ krit}$, tak oba soubory dat mají statisticky shodný rozptyl. Podle výsledku F testu byl zvolen příslušný dvouvýběrový nepárový t -test pro rovnost rozptylů, viz tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 - Dvouvýběrový nepárový t-test s rovností rozptylů

	<i>Oblastní nemocnice</i>	<i>Krajská nemocnice</i>
Střední hodnota (aritmetický průměr)	3,36	3,53
Rozptyl	0,58	0,41
Počet dat v souboru	47	53
Společný rozptyl	0,49	
Počet stupňů volnosti	98	
Testovaný rozdíl středních hodnot	0	
<i>t stat</i> (vypočtená testovací charakteristika)	1,1874	
<i>t krit</i> (tabulková kritická hodnota <i>t</i> testu)	1,9845	
<i>p</i> hodnota	0,2379	

V tabulce č. 5 je možné vidět, že $t_{stat} < t_{krit}$, tím pádem se nezamítá hypotéza o rovnosti středních hodnot. To znamená, že **perioperační sestry považují překračování svých kompetencí na operačním sále za spíše špatné až úplně špatné, nezávisle na tom, zda pracují v krajském zdravotním zařízení nebo v menších, oblastních zdravotnických zařízeních.**

V následujících otázkách odpovídaly jen sestry, které označily, že se s modelovou situací ve své praxi setkaly. Pokud výběr byl, že se se situací nesetkaly, pokračovaly otázkou č. 2.

D) Překročil/a jste někdy sám/a dobrovolně své kompetence na operačním sále?

Možné odpovědi: a. Ano, běžně, b. Ano, výjimečně – pouze ve výjimečných situacích, c. Ne

E) Byl/a jste někdy někým nucen/a překročit své kompetence?

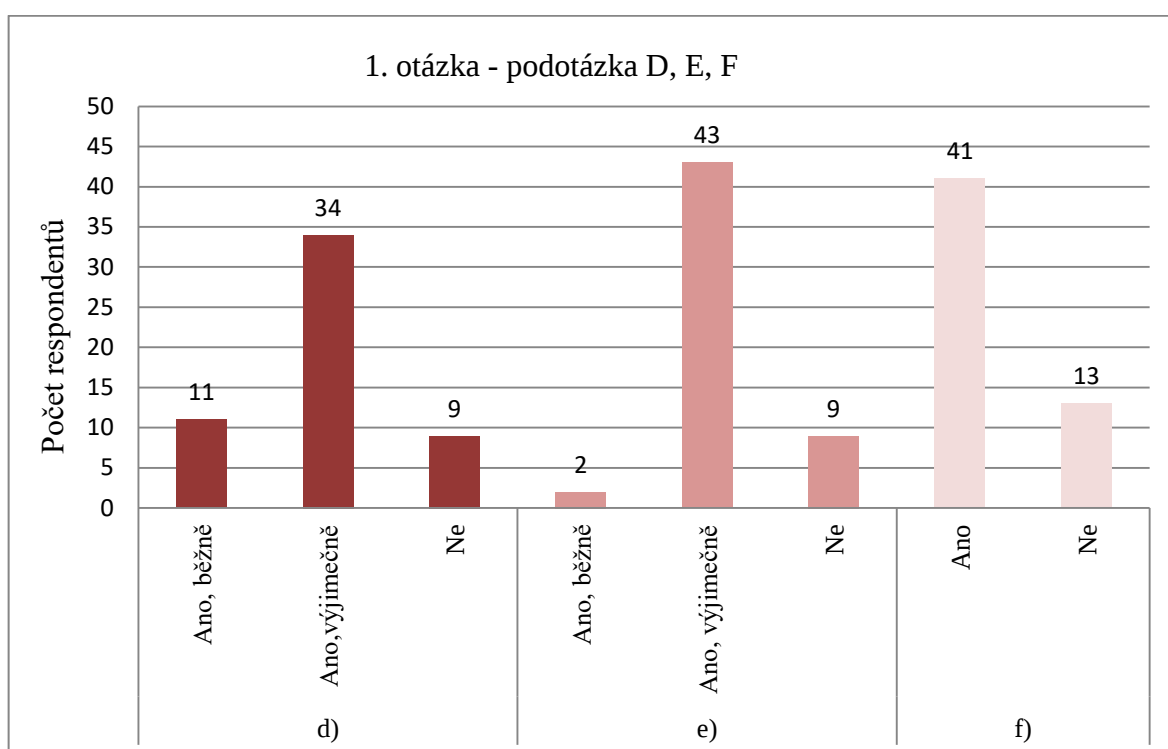
Možné odpovědi: a. Ano, běžně, b. Ano, výjimečně – pouze ve výjimečných situacích, c. Ne

F) Měl/a jste odvahu odmítnout úkol, který překračoval Vaše kompetence?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

Na obrázku č. 2 je možné vidět, že 11 respondentů (tj. 20,35 %) z 54 (100 %) odpovědělo, že běžně sami dobrovolně překračují své kompetence na operačním sále. Dalších 34 (tj. 62,9 %) respondentů říká, že sami dobrovolně překračují své kompetence pouze

ve výjimečných případech. Pouze 9 (16,65 %) respondentů z 54 (100 %) respondentů, kteří tvrdí, že se se situací, kdy perioperační sestra překračuje své kompetence, setkali, uvedlo, že kompetence sami dobrovolně nikdy nepřekročili. Z celku 54 respondentů pouze 2 (1,08 %) respondenti uvedli, že jsou běžně nuceni překročit své kompetence na operačním sále. 43 (79,55 %) respondentů uvedlo, že jsou výjimečně nuceni a 9 (16,65 %) respondentů uvedlo, že nikdy nebyli nuceni překročit své kompetence na operačním sále. V otázce, zda respondenti měli odvahu odmítnout překročit své kompetence na operačním sále 41 (75,85 %) respondentů uvedlo, že měli odvahu říci ne. Dalších 13 respondentů tuto odvahu nemá.



Obrázek č. 2 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 1 a podotázky D, E a F

Těchto 13 respondentů, kteří nemají odvahu odmítnout úkol, překračující rámec jejich kompetencí, bylo zaznamenáno do přehledné tabulky (viz tabulka č. 6), která uvádí počet respondentů, délku praxe a místo jejich pracoviště. Délka praxe se pohybuje v rozmezí od 2 let do 30 let. Nejvíce respondentek (8, tj. 61,52 % z celku, tj. 13, 100 %), které nemají odvahu odmítnout úkol, je z nemocnice krajské (A).

Tabulka č. 6 - tabulka znázorňující délku praxe a pracoviště respondentů, kteří nemají odvahu odmítnout úkol překračující rámec jejich kompetencí

Respondent	Délka praxe v letech	Pracoviště
1	14	A
2	25	A
3	3	A
4	11	A
5	2	A
6	30	A
7	7	A
8	8	A
9	7	B
10	25	C
11	5	C
12	18	C
13	25	D

2. otázka: Z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu je provoz na operačním sále zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

Na obrázku č. 3 je možné vidět, že nikdo neoznačil situaci, kdy je provoz na operačním sále zajišťován perioperační sestrou bez zkušeností, za správnou. 7 (7 %) respondentům z celku (100) se tato situace jeví jako spíše správná. 24 (24 % ze 100) respondentů uvedlo, že tuto situaci považují za spíše špatnou a nejvíce respondentů považuje tuto situaci za špatnou, přesněji 69 (69 %) respondentů.

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

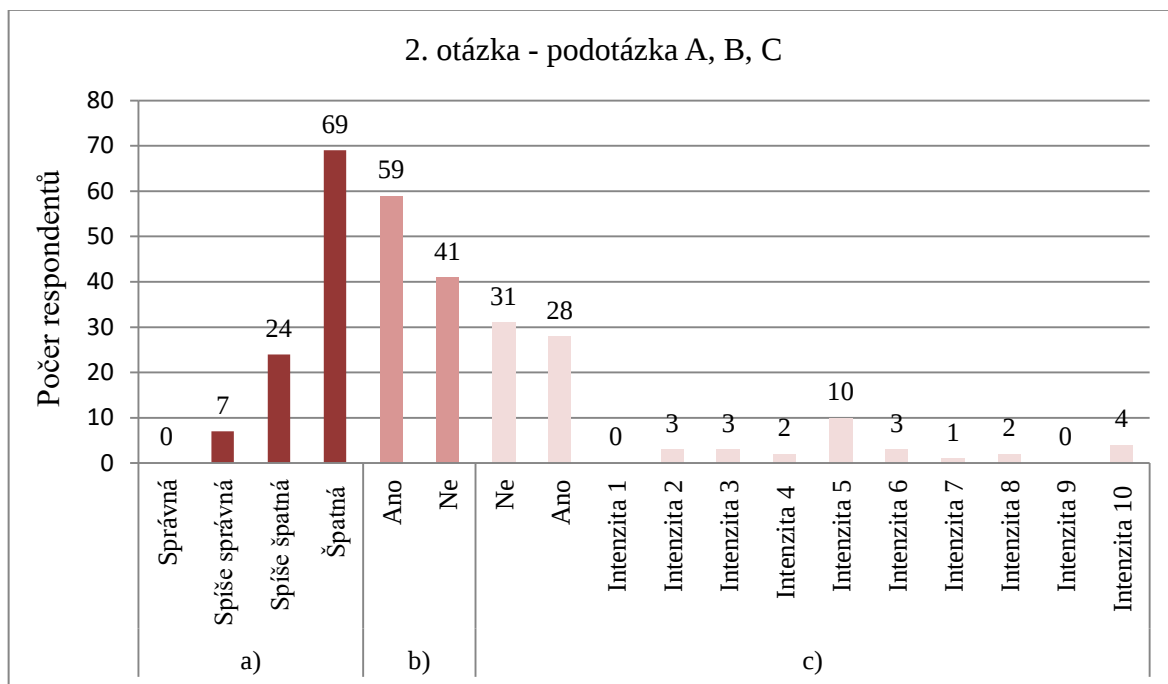
Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

59 (59 %) ze 100 respondentů se s touto situací ve své praxi setkala (viz obrázek č. 3) a u 28 (47,32 %) sester byl v této situaci vyvolán morální distres. Intenzitu

2 pocítli 3 (10,71 %) z 28 (100 %) respondentů. Intenzitu 4 zaškrtnli 2 (7, 14 %) z 28 respondentů, ale nejvíce perioperačních sester (10, tj 35,7 %) uvedlo intenzitu 5. Intenzitu 10 dokonce uvedli 4 (14,28 %) respondenti z průzkumného vzorku 28 respondentů. Tito 4 respondenti mají délku praxe od 4 let do 30 let a dva respondenti pracují v krajské nemocnici (A) a další 2 v oblastní nemocnici (B a C).



Obrázek č. 3 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 2 a podotázky A, B a C

Statistické vyhodnocení dat

U otázky č. 2, podotázky A, je testována další hypotéza vztahující se k tomu, jak sestry eticky hodnotí situaci, kdy je z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu na operačním sále provoz zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí, vzhledem k pracovišti, na kterém pracují (v krajské nemocnici A, nebo v oblastních nemocnicích B – D).

H_0 - Mezi perioperačními sestrami z krajské nemocnice a perioperačními sestrami z menších, oblastních nemocnic nedochází ke statisticky významnému rozdílu etického hodnocení u dotazníkové otázky č. 2, podotázky A.

H_A - Mezi perioperačními sestrami z krajské nemocnice a perioperačními sestrami z menších, oblastních nemocnic dochází ke statisticky významnému rozdílu etického hodnocení u dotazníkové otázky č. 2, podotázky A.

V prvním kroku testování se vhodně zvoleným F -testem ověřila rovnost/nerovnost rozptylů a následně byl zvolen odpovídající nepárový t -test. Výsledky testování jsou shrnuty v tabulce č. 7 a č. 8.

Tabulka č. 7 - Dvouvýběrový F -test pro rozptyl

	<i>Oblastní nemocnice</i>	<i>Krajská nemocnice</i>
Střední hodnota (aritmetický průměr)	3,45	3,77
Rozptyl	0,56	0,18
Počet dat v souboru	47	53
Počet stupňů volnosti	46	52
F_{stat} (vypočtená testovací charakteristika)	3,1195	
F_{krit} (tabulková kritická hodnota F testu)	1,6023	

Protože platí $F_{stat} > F_{krit}$, tak soubory dat mají statisticky různý rozptyl. Podle výsledku F -testu byl zvolen příslušný dvouvýběrový t -test s nerovností rozptylů, viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 - Dvouvýběrový t -test s nerovností rozptylů

	<i>Oblastní nemocnice</i>	<i>Krajská nemocnice</i>
Střední hodnota (aritmetický průměr)	3,45	3,77
Rozptyl	0,56	0,18
Počet dat v souboru	47	53
Počet stupňů volnosti	71	
Testovaný rozdíl středních hodnot	0	
t_{stat} (vypočtená testovací charakteristika)	2,6490	
t_{krit} (tabulková kritická hodnota t testu)	1,9939	
p hodnota	0,0099	

V tabulce č. 8 je možné vidět, že $t_{stat} > t_{krit}$, tím pádem se zamítá hypotéza o rovnosti středních hodnot. To znamená, že **perioperační sestry z krajské nemocnice (A) považují situaci, kdy je z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu na operačním sále provoz zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí, za eticky více špatnou, než perioperační sestry z menších oblastních nemocnic (B-D).**

3. otázka: Po příjezdu na operační sál chce pacient zrušit souhlas s operací. Anesteziolog i přes nesouhlas pacienta pokračuje ve své práci a pacienta uspi. Zahajuje se operace.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

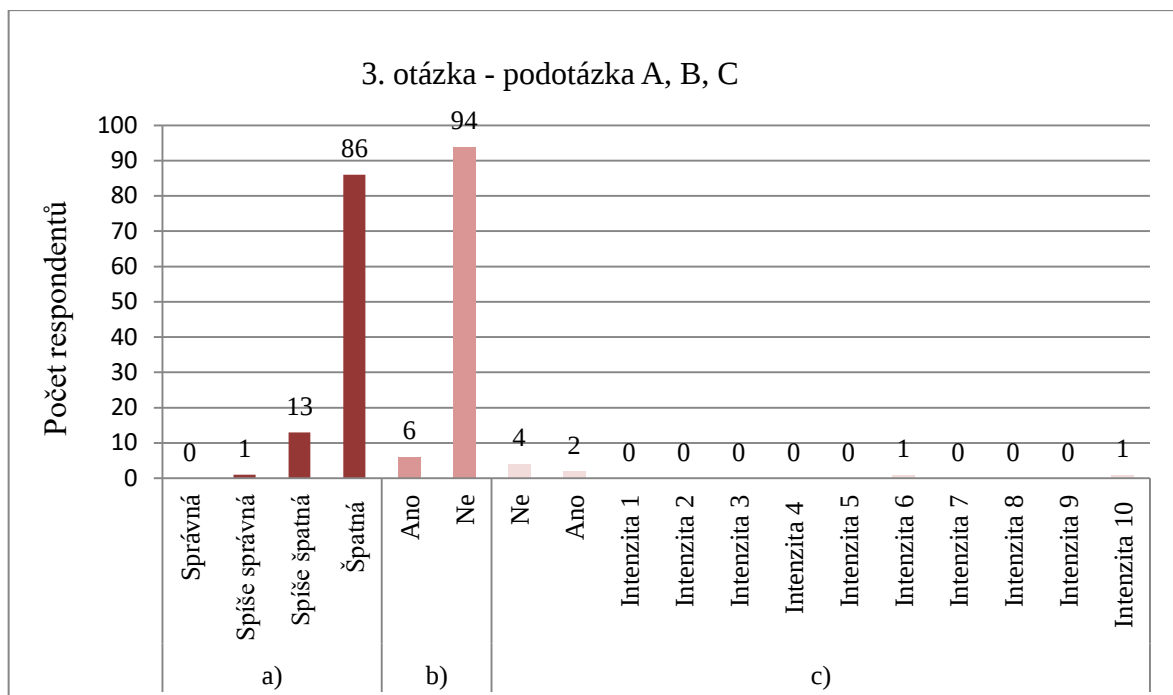
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Na obrázku č. 4 je možné vidět, že tuto situaci považuje pouze 1 (1 %) z celku (100 %) respondent za spíše správnou, 13 (13 %) respondentů označilo, že tuto situaci považují z etického pohledu za spíše špatnou a 86 (86 %) respondentů za špatnou. Pozitivní je, že se s touto situací se v praxi setkalo pouze 6 (6 %) respondentů ze 100. Zbýlých 94 (94 %) respondentů označilo, že se s touto situací nesetkali. 4 z 6 respondentů v této situaci nezakusili morální distres. 2 respondenti morální distres zažili. 1 respondent o intenzitě 6 a jeden dokonce až o intenzitě 10. Jeden z těchto respondentů, který uvedl intenzitu 10, pracuje v krajské nemocnici (A) a délku praxe uvedl 30 let. Respondent, který uvedl intenzitu 10, pracuje v oblastní nemocnici (C) a délka práce činí 15 let.



Obrázek č. 4 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 3 a podotázky A, B a C

4. otázka: Pacienta přivázejí na operační sál z důvodu indikace k operaci. Pacient již dostal premedikaci. Při kontrole dokumentace však bylo zjištěno, že pacient nepodepsal informovaný souhlas před tím, než mu byla premedikace podána. Informovaný souhlas je mu tedy předložen k podpisu na operačním sále.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

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

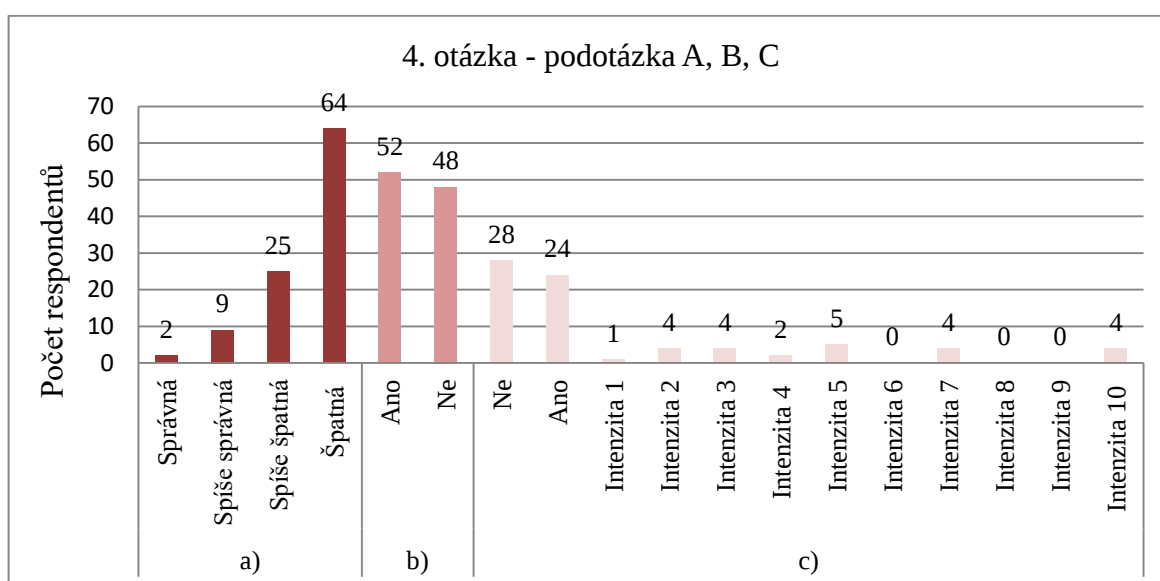
Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Na obrázku č. 5 je možné vidět, že tuto situaci považují 2 (2 %) z celku (100 %) respondenti za eticky správnou. Tito respondenti jsou pracovníci krajské nemocnice (A), s délkou praxe 10 a 15 let. Dalších 9 (9 %) respondentů označilo, že tuto situaci považují z etického pohledu za spíše správnou, 25 (25 %) respondentů za spíše špatnou a 64 (64 %) za špatnou. S touto situací se v praxi setkalo až 52 (52 % z celku, tj. 100 %) respondentů.

Zbýlí respondenti uvedli (48), že se s touto situací nesetkali. 28 (53,76 %) z 52 (100 %) respondentů v této situaci nezakusily morální distres. 24 (46,24 %) respondenti označili, že morální distres zakusili. Intenzitu 1 označil pouze 1 (4,16 %) respondent z 24 (100 %). Intenzitu 2 a 3 označili vždy 4 (16,64 %) respondenti z celku (24). Intenzitu 4 uvedli pouze 2 (8,32 %) respondenti, stejně, jako nejvyšší intenzitu, 10. Dva respondenti pracují v krajské nemocnici (A) a délka jejich praxe je 14 a 30 let. Další respondent, který odpověděl intenzitu 10, pracuje v oblastní nemocnici (B) a perioperační péči se věnuje 24 let. Poslední respondent pracuje v oblastní nemocnici (C) a délka praxe tvoří 15 let.



Obrázek č. 5 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 4 a podotázky A, B a C

5. otázka: Na oddělení nastoupil nový chirurg, který potřebuje nasbírat zkušenosti v rámci operačních výkonů. Vedoucí lékař tedy nařídí operaci pacienta i přes to, že indikace k operaci není nutná.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

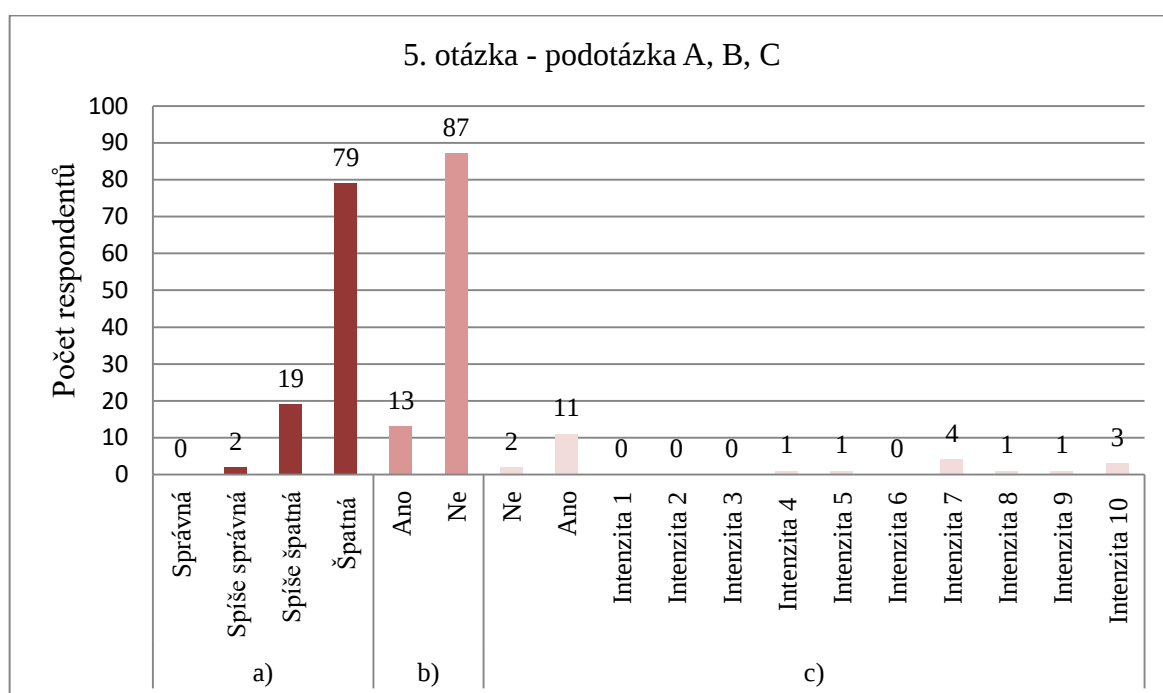
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Na obrázku č. 6 je zřetelné, že většina respondentů (79 %) z celku (100 %) zhodnotila situaci za špatnou. Odpověď c. Spíše špatná označilo 19 (19 %) respondentů, b. Spíše správné uvedli 2 (2 %) respondenti. Oba respondenti pracují v oblastní nemocnici (D) a délka jejich praxe činí 11 a 20 let. Uvedenou situaci zažilo 13 (13 % ze 100 %) respondentů a intenzita působícího morálního distresu se u 11 respondentů se pohybovala v rozmezí 4 (1 respondent), 5 (1 respondent) a 7 (4 respondenti), 8 (1 respondent), 9 (1 respondent) a 10 (3 respondenti).



Obrázek č. 6 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 5 a podotázky A, B a C

6. otázka: Pacient byl na operační sál přivezen z důvodu indikace k operaci. Určitý lékař pacientovi slíbil, že operaci provede a pacient se zákrokem souhlasil. Operaci však na poslední chvíli provede jiný lékař, než pacient očekával, případně lékař, kterého pacient odmítl. Pacient je již uspán, a proto o této skutečnosti nemá tušení.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

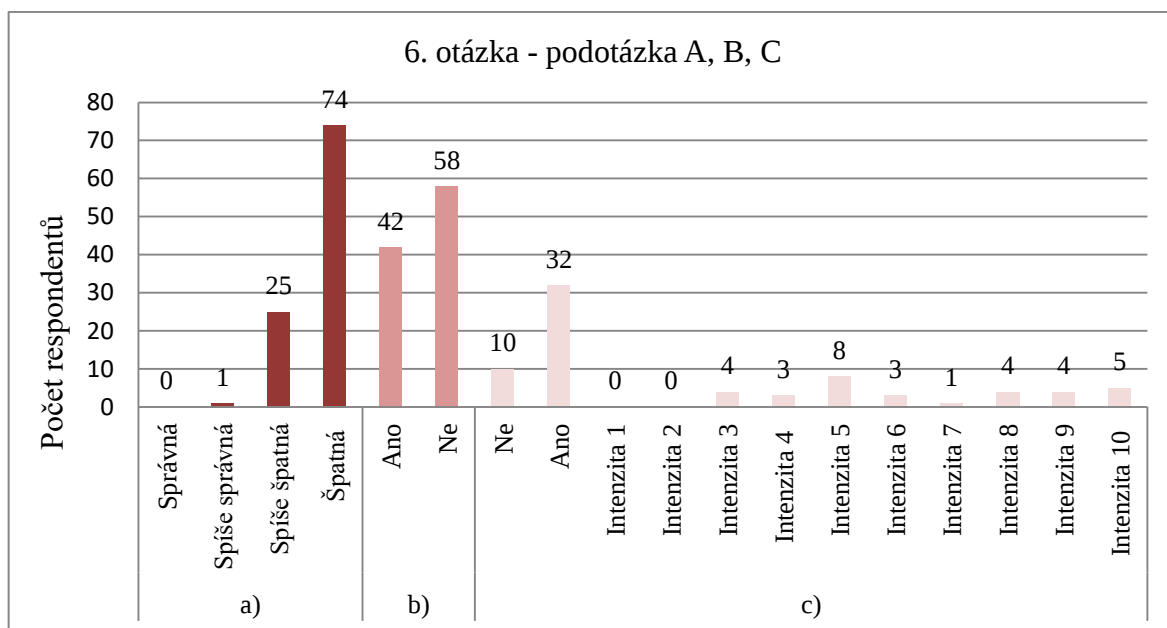
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Na obrázku č. 7 je patrné, že nejvíce respondentů (74%) z celku (100 %) označilo situaci za špatnou. 25 (25 %) ze 100 respondentů vybralo možnost c. Spíše špatná, jeden respondent odpověděl b. Spíše správná a odpověď za a. neodpověděl žádný z respondentů. Se situací se setkalo 42 (42 %) respondentů a 32 respondentů uvádělo intenzitu morálního distresu 3 – 4x, intenzitu 4 – 3x, intenzitu 5 – 8x, intenzitu 6 – 3x, intenzitu 7 – 1x, intenzita 8 – 4x, intenzita 9 – 4x a intenzita 10 – 5x.



Obrázek č. 7 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 6 a podotázky A, B a C

7. otázka: Na sál je přivezena pacientka k operaci. Po podání anestezie, lékařský či nelékařský zdravotnický personál nevhodně komentuje vzhled těla. Pacientka je uspaná a nemůže se posměškům bránit.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

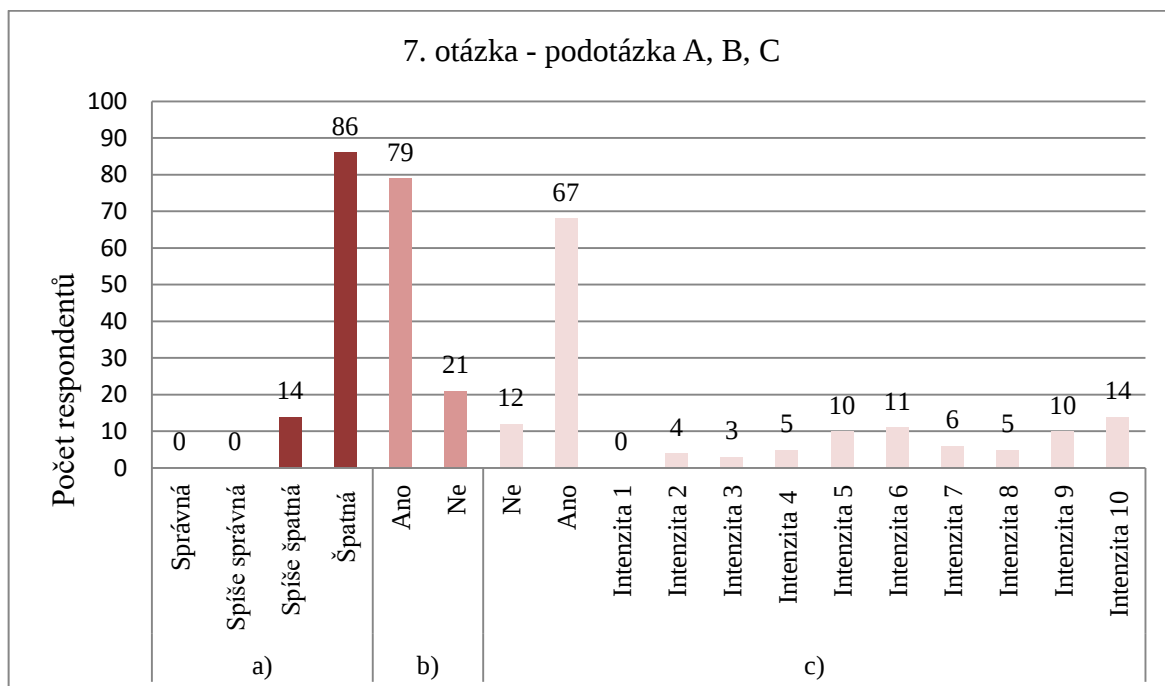
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Z grafu (viz obrázek č. 8) je jasné, že možnost c. Spíše špatná odpovědělo 14 (14 %) z celku (100 %) respondentů a d. Špatná 86 (86 %) respondentů, při hodnocení uvedené situace. Chování popsané v této situaci nepovažuje žádný ze 100 respondentů za správnou nebo spíše správnou. Se situací se setkala většina, 79 (79 % ze 100 %) respondentů a 67 (84,42 % z celkem 79 respondentů) respondentů uvedlo možnost a. Ano (zažili morální distres). Intenzita 2 byla označena 4x (4 respondenti), intenzita 3 označili 3 respondenti, intenzita 4 5x (5 respondentů) a intenzita 5 byla označena 10x (10 respondentů). Intenzitu 6 zakroužkovalo 11 respondentů, intenzitu 7 označilo 6 respondentů a intenzitu 8 o jednoho respondenta méně, než intenzita předešlou. Intenzita 9 byla označena 10x (10 respondentů) a intenzitu 10 uvedlo nejvíce respondentů (14).



Obrázek č. 8 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 7 a podotázky A, B a C

8. otázka: Při operaci má být použita resterilizovaná jednorázová pomůcka z důvodu ušetření financí oddělení centrálních operačních sálů.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

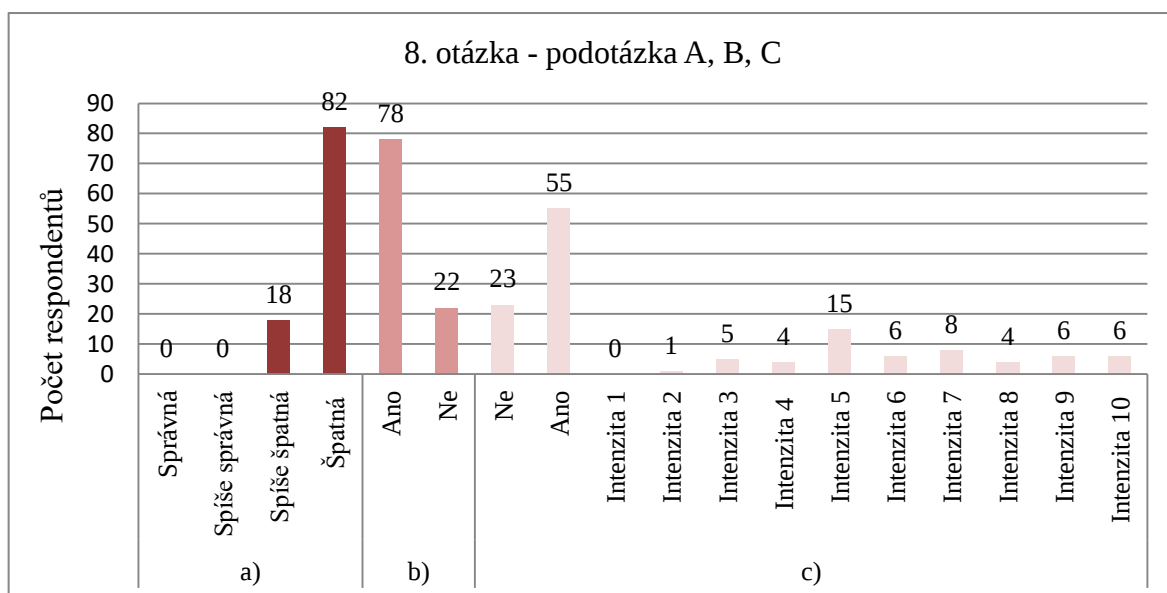
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Obrázek č. 9 nám ukazuje, že situaci vyhodnotilo 18 (18 %) respondentů z celku (100) za spíše špatnou a 82 (82 %) respondentů za eticky špatnou. Setkalo se s ní 78 (78 %) respondentů, 55 (70,4 %) z celku 78 respondentů v ní zažili morální distres. Intenzita 2 – 1x (jeden respondent), intenzita 3 – 5x (5 respondentů), intenzita 4 – 4x (4 respondenti), intenzita 5 až 15x (15 respondentů). Intenzitu 6 označilo 6 respondentů, intenzita 7 byla označena 8x (respondentů), intenzita 8 – 4x (4 respondenti) a intenzita 9 a 10 byla zakroužkována totožně, tzn. 6 respondenty.



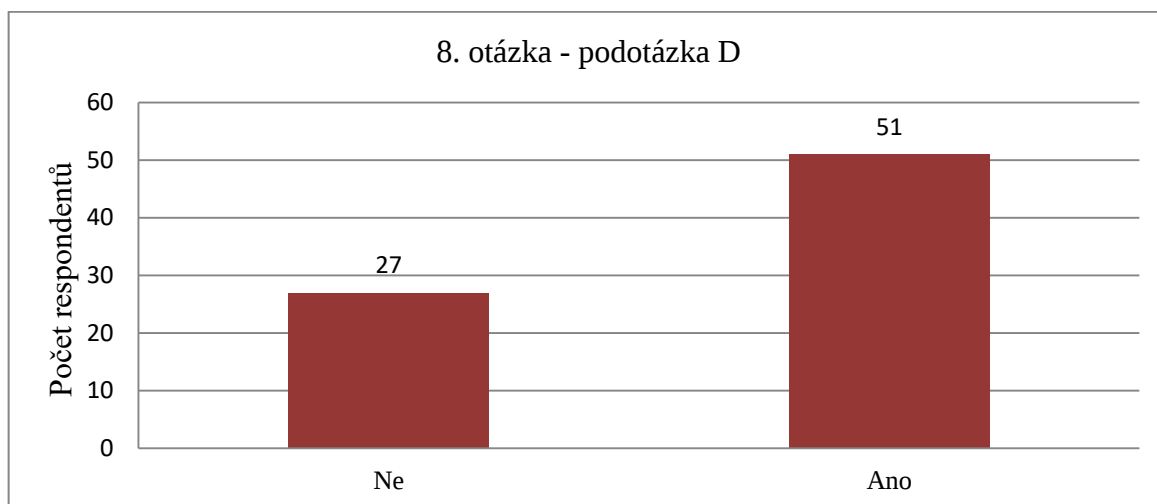
Obrázek č. 9 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 8 a podotázky A, B a C

V následující otázce odpovídaly jen sestry, které označily, že se s modelovou situací ve své praxi setkaly. Pokud výběr byl, že se se situací nesetkaly, pokračovaly otázkou č. 9.

D) Pokud se setkáváte ve své praxi s použitím resterilizovaných jednorázových pomůcek, máte odvahu odmítnout?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano

Obrázek č. 10 značí, že 27 (34,56 %) respondentů z celku (78) nemělo, za svou praxi, odvahu odmítnout resterilizovanou jednorázovou pomůcku. Délka praxe, v oboru perioperační péče těchto 27 respondentů, se pohybuje v rozmezí od 2 do 30 let. 51 (65,44 %) ze 78 respondentů odvahu odmítnout resterilizovanou pomůcku má.



Obrázek č. 10 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 8 a podotázka D

9. otázka: Operace se chýlí ke konci. Lékař se chystá zašít operační ránu, instrumentáře však nesouhlasí počet nástrojů nebo materiálu. Lékař ovšem nedbá upozornění a operační ránu začne šít.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

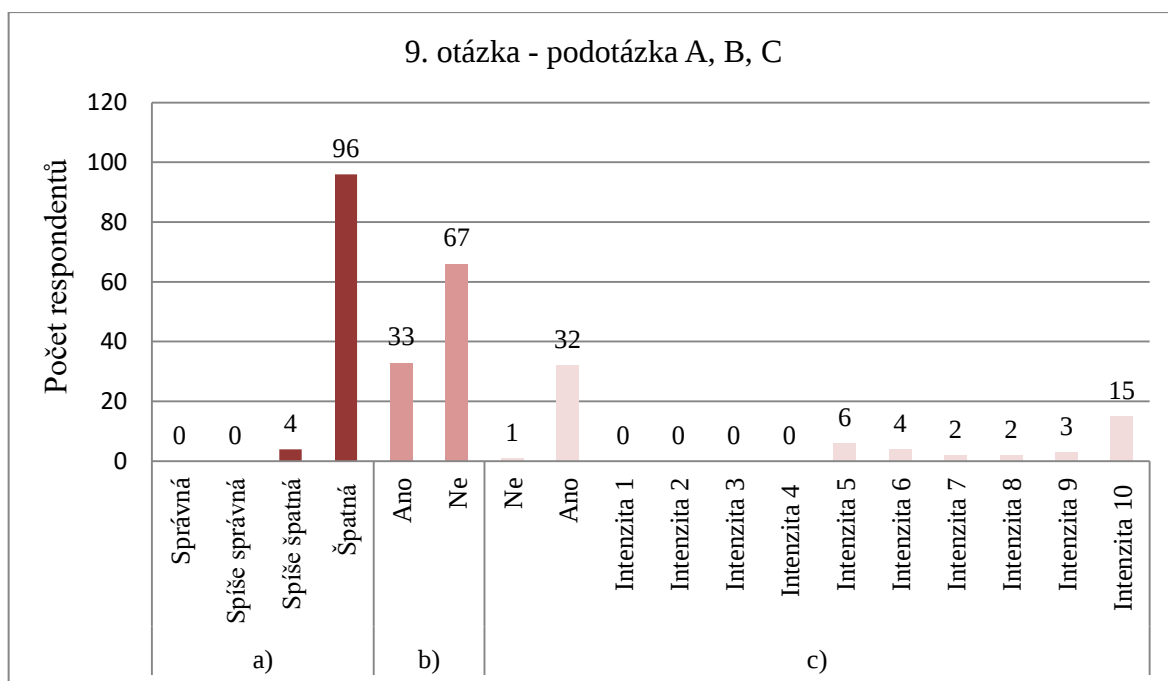
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce).

Z obrázku č. 11 jasně vyplývá, že nejvíce respondentů (celkem 96 % ze 100 %) označilo situaci za špatnou a odpověď c. Spíše špatná zvolili pouze 4 (4 %) respondenti. S touto situací se setkala 33 respondentů (33 % ze 100 %). Z 33 respondentů jich 32 (96, 96 %), zažilo morální distres. 1 respondent, který pracuje v krajské nemocnici (A) a délka jeho praxe činí 10 let morální distres nezažil. Nejnižší označená intenzita v této modelové situaci je 5, tu uvedlo 6 respondentů a 15 respondentů označilo dokonce intenzitu 10.



Obrázek č. 11 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 9 a podotázka A, B, a C

10. otázka: Z důvodu předimenzovaného operačního programu a tím vzniklého časového tlaku má být pacient navezen na nedostatečně uklizený operační sál.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

Možné odpovědi: a. Správná, b. Spíše správná, c. Spíše špatná, d. Špatná

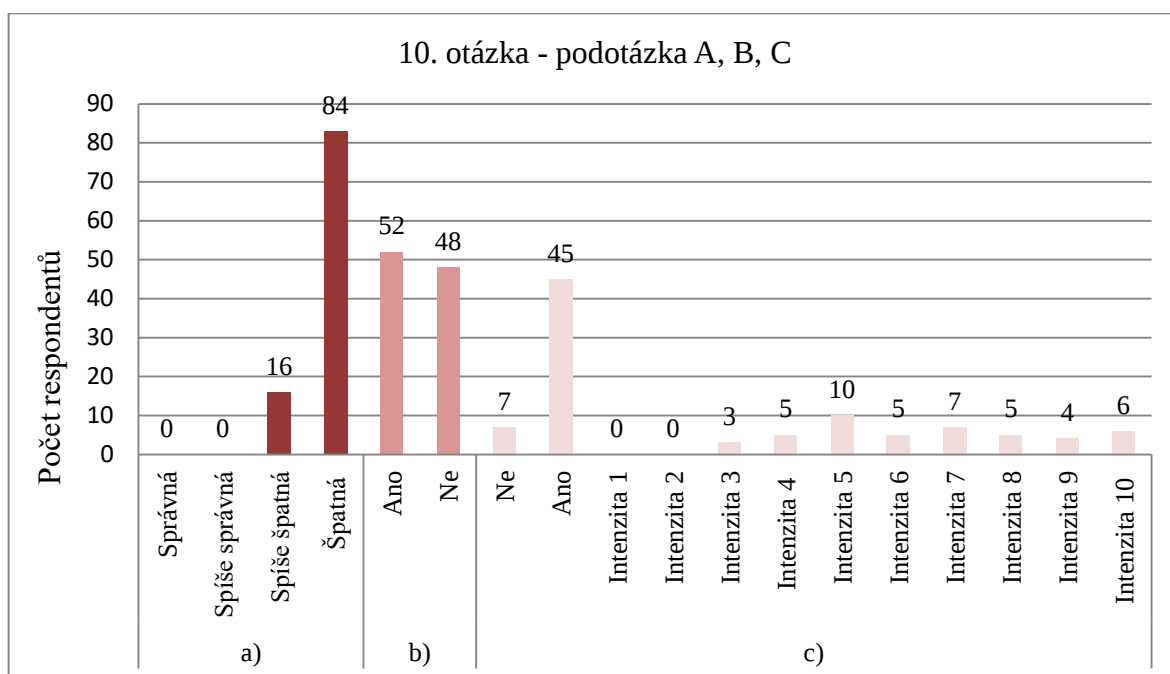
B) Setkal/a jste se někdy s touto situací ve své praxi?

Možné odpovědi: a. Ano, b. Ne

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

Možné odpovědi: a. Ne, b. Ano. Pokud ano, označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

Z obrázku č. 12 vyplývá, že popsané chování v modelové situaci označilo 84 (84 %) z celku (100) respondentů za špatné. 16 (16 %) respondentů vybralo odpověď c. S touto situací se setkala 52 (52 %) respondentů ze 100 a 45 (86,53 %) z 52 respondentů v této situaci zažilo morální distres. Intenzita 3 byla označena 3x (3 respondenti), intenzita 4 - 5x (5 respondentů), intenzita 5 - 10x (10 respondentů), intenzita 6 - 5x (5 respondentů), intenzita 7 - 7x (7 respondentů), intenzita 8 - 5x (5 respondentů), intenzita 9 - 4x (4 respondenti) a intenzita 10 byla zakroužkována 6x (6 respondentů).



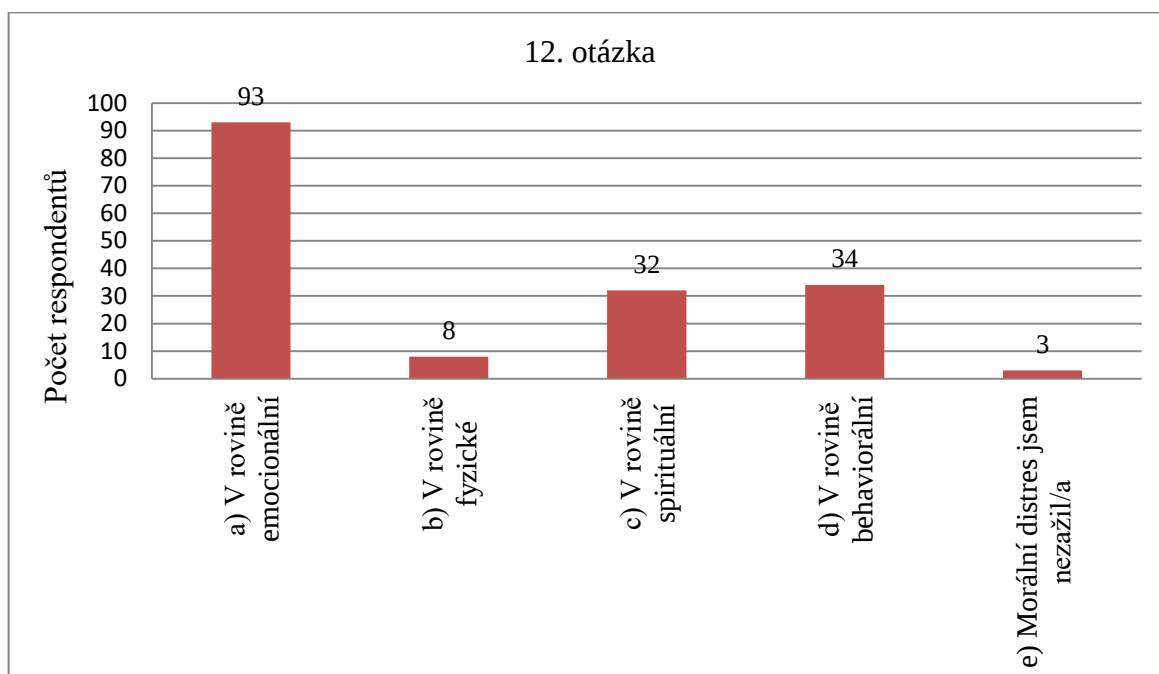
Obrázek č. 12 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 10 a podotázka A, B, a C

12. otázka: Pokud jste ve své praxi pocítila morální distres, v jaké rovině se to ve Vás promítlo? (Zde je možnost označit více odpovědí.)

Možné odpovědi:

- a) V rovině emocionální - např. hněv, strach, lítost, úzkost
- b) V rovině fyzické - např. nevolnost, zvracení, bolest žaludku, průjem
- c) V rovině spirituální - např. ztráta důvěry, odcizení se s kolegy, ztráta víry
- d) V rovině behaviorální - např. návyk k alkoholu, drogám, jídlu, pohrdání autoritou, ztráta ovládnání se, apatie, lhostejnost
- e) Morální distres jsem nezažil/a

V této otázce mohli respondenti uvést i více odpovědí (viz obrázek č. 13). Z celkem 170 zaznamenaných odpovědí se 93 (53,94 %) respondentům morální distres promítl do roviny emocionální. 8 (4,64 %) respondentů zakroužkovalo rovinu fyzickou, 32 (18,56 %) respondentům se morální distres projevuje v rovině spirituální a 34 (19,72) respondentům v rovině behaviorální. Pouze 3 (1,74 %) respondenti za svou praxi morální distres nezažili.



Obrázek č. 13 – graf znázorňující odpovědi na otázku č. 12

2.3 Odpovědi na průzkumné otázky

Průzkumná část se věnovala výše stanoveným otázkám a cílům. První průzkumná otázka se táže, jak perioperační sestry hodnotí situace z etického hlediska. Výsledky šetření jasně ukázaly, že většinu modelových situací považují respondenti za špatné. Nejvíce označována jako eticky špatná situace byla otázka č. 7, která uvádí modelovou situaci, kdy se operace chýlí ke konci a lékař začne šít ránu, přesto, že perioperační sestře nesouhlasí počet nástrojů a materiálu. 96 (96 %) respondentů ze 100 uvedlo, že tuto situaci hodnotí jako eticky špatnou. Druhá nejčastější odpověď, označená jako eticky špatná, byla v otázce č. 7, která jedná o nevhodných komentářích sálového personálu ke vzhledu těla uspané pacientky, která se pod vlivem anestezie nemůže bránit. V tomto případě respondenti označovali situaci za špatnou v 86 % a spíše špatnou 14 %. Naopak ve 4. otázce může překvapit odpověď v podobě hodnocení modelové situace, kdy je na operačním sále dán k podpisu informovaný souhlas pacientovi, který již užil premedikaci. Zde 2 (2 %) respondenti uvedli, že tuto situaci hodnotí jako eticky správnou. Dalším překvapivým výsledkem může být otázka č. 1, kdy perioperační sestra překračuje své kompetence na operačním sále. Zde byla také k vidění odpověď a. Správná. 1 (1 %) respondent, z oblastní nemocnice (C), označil tuto situaci za eticky správnou.

Na základě statistického ověření hypotézy stanovené k otázce č. 1, podotázce A, můžeme konstatovat, že perioperační sestry považují situaci při překračování svých kompetencí na operačním sále za spíše špatnou až špatnou nezávisle na tom, zda pracují v krajské nemocnici (A), či v menších zdravotnických zařízeních (B, C a D). Naopak na základě statistického ověření hypotézy týkající se otázky č. 2, podotázky A, je možné říci, že perioperační sestry z krajské nemocnice (A) považují situaci, kdy je z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu na operačním sále provoz zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí, za eticky více špatnou, než perioperační sestry z menších oblastních nemocnic (B-D).

Druhou průzkumnou otázkou byla otázka, zda se perioperační sestry setkávají ve své praxi s problémy zachycenými v modelových situacích. Nejčastěji se respondenti ve své praxi setkávají s komentáři na vzhled těla pacientky, která je pod vlivem anestezie. Zde bylo označeno 79 (79 %) odpovědí. Dále s resterilizováním jednorázových nástrojů, v tomto případě setkání s touto situací zažilo 78 (78 %) respondentů a také se zajištěním provozu na operačním sále pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí. Zde uvedlo

59 (59 %) ze 100 respondentů, že tuto situaci zažili. Nejméně se pak respondenti setkávají se situací, kdy na oddělení nastoupil nový chirurg, který potřebuje nasbírat zkušenosti v oblasti operativy a vedoucí lékař tedy nařídí operaci, i když indikace není nutná. S touto situací se v praxi nesetkalo 87 (87 %) tázaných respondentů.

Třetí průzkumná otázka se tázala, zda zakoušejí perioperační sestry v uvedených situacích morální distres a pokud ano, jaké intenzity. Jednoznačně se dá říci, že nejvíce zakoušejí sestry morální distres v modelové situaci, kdy personál komentuje vzhled těla uspané pacientky. Tato situace vyvolává morální distres u 67 ze 79 (84,42 %) respondentů, z toho u 14 dosahuje morální distres nejvyšší intenzity (tj. 10). Nejméně zakoušejí morální distres sestry v otázce č. 3, která uvádí modelovou situaci, kdy chce pacient na operačním sále zrušit svůj souhlas s operací, ale anesteziolog nedbá jeho přání a pokračuje ve své práci. Zde uvedli pouze 2 respondenti ze 100 (2 %), že se s touto situací ve své praxi setkávají, avšak zajímavé je, že i přes malý počet odpovědí, označil 1 respondent v této modelové situaci intenzitu morálního distresu 10 (nejvyšší).

Čtvrtá průzkumná otázka zjišťovala, jak se u respondentů nejčastěji morální distres projevil. V této otázce byla možnost více odpovědí, jednoznačně však vyhrála rovina emocionální (93 odpovědí). Druhou nejčastější odpovědí byla rovina behaviorální, tu volilo 34 tázaných respondentů. 3 respondenti z celku (100) uvedli, že morální distres nikdy nezažili.

2.4 Diskuze

Překračování kompetencí perioperačních sester na operačním sále, např. šití operačních ran za lékaře, považuje za špatnou situaci 56 respondentů. V praxi se s touto situací setkala více jak polovina oslovených respondentů (54 %), z nichž u 23 byl vyvolán morální distres. Intenzitu 10, což je nejvyšší možná intenzita, označili 2 respondenti. Výsledek výzkumu této modelové situace značí, že i přes veškerá ustanovení a vyhlášky vlády České republiky, sestry, ať již dobrovolně, nebo nedobrovolně, porušují své kompetence a vystavují se tak velkému riziku v podobě nežádoucích událostí, za které by musely nést následky. Výzkum od autorek Bártlové a Hajduchové (2010) dokazuje, že lékaři často úkolují sestry výkony, které nespádají do jejich kompetencí. Dle jejich výsledků přesně 43,4 tzn. 537 všeobecných sester, které se jejich výzkumu zúčastnily, uvádí, že lékaři tak opravdu činí. Dalších 21,2 % sester připustilo, že tak lékaři činí ve výjimečných situacích. Časté porušování kompetencí nelékařských zdravotních pracovníků ve svém článku zmiňuje i Sehnalová (2015), která se ve svém výzkumu věnovala znalostem kompetencí všeobecných sester. Ve svém výzkumu prezentuje, že sestry nemají příliš informací ohledně svých kompetencí, tím pádem je v praxi často překračují. Autorka doporučuje detailně seznámit sestry i lékaře s právními předpisy, navrhuje zvýšit počet auditů na odděleních a řádně edukovat nově příchozí sestry.

Dle výsledků provedeného průzkumu lze říci, že 11, z celkového počtu 100 respondentů, ve své praxi dobrovolně překračuje své kompetence na operačním sále. 34 respondentů uvedlo, že kompetence překračují pouze ve výjimečných situacích a pouze 9 respondentů kompetence dobrovolně nepřekračuje. Pouze 2 respondenti uvedli, že jsou běžně nuceni překročit své kompetence na operačním sále a 43 respondentů přiznalo, že jsou nuceni pouze ve výjimečných situacích. V otázce, zda respondenti měli odvahu kompetence odmítnout, odpovědělo 41 respondentů, že odvahu odmítnout mají, bohužel zbylých 13 respondentů tuto odvahu nemá. Autorka Bártlová (2007) upozorňuje, že více, než staniční či vrchní sestra, úkolují sestry nekompetentními výkony samotní lékaři. Agentura STEM/MARK (2011), která se ve svém výzkumu, pomocí internetového dotazníku, zabývala rozšířením kompetencí sester, uvedla, že 84 % z celkového počtu 1160 respondentů z české populace, starších 18 let, by souhlasilo s rozšířením kompetencí pouze u sester, které si doplnily vysokoškolské vzdělání. Kodex, vydaný Českou asociací sester (2002), nabádá zdravotnické pracovníky k tomu, aby vždy rozpoznali hranici

svých znalostí včas a odmítali vykonat úkoly, které nejsou schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně.

Provoz na operačních sálech, který je, kvůli nedostatku zkušeného personálu, zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí, označilo 7 respondentů za eticky správné řešení. 24 respondentů uvedlo, že považují situaci za spíše špatnou, 69 respondentů za špatnou. V praxi se s touto situací setkala 59 respondentů, z nichž u 28 byl vyvolán morální distres. Nejvíce respondentů (10) označilo intenzitu morálního distresu 5. O zajištění chodu oddělení operačních sálů nezkušeným personálem se v rozhovoru zmínila i jedna z dlouholetých perioperačních sester, se kterou byl v rámci upřesnění modelových situací do dotazníku proveden rozhovor. Böhmová (2018) uvedla, že sestry kvůli náročnosti práce velmi často mění své pracovní pozice a vyhledávají stabilnější prostředí, kde není směnný provoz, jako jsou například soukromé ambulance. V článku souhlasí i Šochmanová, prezidentka České asociace sester, která navíc potvrdila, že chybí i vysoce specializované sestry a jako důvod uvádí malé finanční ohodnocení za psychicky i fyzicky náročnou práci. Böhmová (2019) také popsala mladší sestry jako fyzicky stejně zdatné jako zkušené sestry, ale všimá si jiné mentality. Upozorňuje na fakt, že se profesně mladším a nezkušeným sestrám bude muset přizpůsobit celý systém organizace práce. Pro mladší personál totiž není už prioritou jen zdraví, peníze, vztahy či děti. Na nejvýznamnějším místě je pro ně čas. Jenže možnost plánovat si čas v nepřetržitých provozech není tak úplně možné. Proto mladší sestry ztrácejí zájem i motivaci a z nemocnic raději utíkají. Dále zmiňuje i možné konflikty, které mohou v kolektivu nastat. Mladší sestry se nebojí říci svůj názor otevřeně. Nebojí se říci, že úkol má být odveden jinak, než doposud, což může mít nejen ve vztahu mezi spolupracovníky ale i s např. s nadřízeným, negativní dopady.

Podepsání informovaného souhlasu pacientem, který již dostal předepsanou premedikaci, na operačním sále, považují 2 respondenti za eticky správné. 9 respondentů dokonce uvedlo, že situaci považují za spíše správnou. 64 za eticky špatnou. S touto situací se setkala respondentů a 24 z nich zakusilo morální distres. Informovaný souhlas (také označovaný jako souhlas poučený či souhlas poučeného pacienta) je možné popsat jako uvážené a promyšlené rozhodnutí, které pacient provedl svobodně, s výkonem nebo léčbou, ke kterému se mu dostalo objasnění a vysvětlení všech potřebných informací. Souhlas musí být podepsán za plného vědomí pacienta, a pokud lékař poskytne lékařskou péči bez podepsaného informovaného souhlasu, znamená to, že pacient byl poučen

nedostatečně či nebyl poučen vůbec, a v takovéto situaci by měl hlavní slovo soud, který by rozhodoval, jaká bude zodpovědné osobě vyměřena úhrada za vzniklou újmu. (Zákon č. 372/2011 Sb., Šerá, 2019)

Šimková (2013) upozorňuje na to, že lékař a pacient spolu stále musejí překonávat komunikační bariéry. Lékaři jsou zvyklí používat odbornou terminologii, často zapomínají, že pacienti nejsou odborně vzdělaní a výkon či léčba se jim musí vysvětlit i několikrát. Laici si nebudou schopni napoprvé zapamatovat velké množství odborných informací, proto se může stát, že i když pacient potvrdí svým podpisem informovaný souhlas, nebude mít veškeré informace a z komunikačního zádrhele se může vyvinout konflikt.

O komentování vzhledu pacientky na operačním sále, která je již uspaná a tím pádem se posměškům nemůže bránit, se respondenti vyjádřili takto: 14 respondentů považují situaci za spíše špatnou a většina 86 respondentů za špatnou. 79 perioperačních sester se s touto situací za dobu své praxe setkali a u 68 respondentů tato situace vyvolala morální distres. Dokonce 14 respondentů uvedlo nejvyšší možnou intenzitu (10) morálního distresu. Ačkoliv zákon č. 372/2011 Sb., § 28 odst., o zdravotních službách jasně ukládá každému zdravotnickému pracovníkovi povinnost přistupovat k ošetřovanému s důstojností a úctou, výsledky výzkumu ukazují pravý opak. Kunzová (2014), která se ve své práci zabírala tématem etických problémů ve zdravotnických zařízeních, ve svém výzkumu dokonce zjistila, že v soukromém zdravotnickém zařízení je personál vstřícnější, dodržuje důstojnost a úctu k pacientovi více, než v zařízení státním. Průzkum této diplomové práce však nebyl zaměřen na zdravotnický personál v soukromém zařízení a nejsou k dispozici žádná data. Zůstává tedy otázkou, zda by byly výsledky jiné, kdyby se podobný průzkum uskutečnil v soukromém zařízení.

V souvislosti s prožíváním morálního distresu lze porovnat situace vyvolávající morální distres u sester pracujících na operačním sále a sester z oddělení intenzivní péče. Mobley (2007) společně se svými spolupracovníky v průzkumu popsala 38 situací, které vyvolávají morální distres u sester na jednotce intenzivní péče. K měření morálního distresu byla použita Likertova stupnice, zaznamenávající intenzitu a frekvenci: 0 - nejnižší a 6 - nejvyšší. Situace byly rozděleny do 6 kategorií, mezi které patří i kategorie jednání sester, uvádějící situace, jako např. překračování kompetencí, neohlášení chyb zdravotnického personálu, pracovní činnost za ne úplně bezpečných podmínek či spolupráce s nekompetentními kolegy. Průzkum dokončilo 44 % sester z celkového

počtu (100) a výsledky ukázaly, že ve všech 38 situacích, z 6 kategorií, byla střední intenzita morálního distresu vysoká.

Situaci, kdy má být během operačního zákroku použita resterilizovaná jednorázová pomůcka, považuje většina respondentů (82) za eticky špatnou. Bohužel se s touto situací v praxi setkalo 78 respondentů a u 55 z nich tato situace vyvolala morální distres. Nejvíce označována zde byla intenzita morálního distresu 5 (15 respondentů), další nejčastěji označovanou intenzitou byla hodnota 7 (8 respondentů). V souvislosti s touto modelovou situací je nezbytné poukázat na fakt, že i přes to, že na uvedených obalech jsou vždy výrobcem stanovená pravidla, kolikrát je možno nástroj či materiál použít, některá zdravotnická zařízení či pracovníci toto upozornění přehlížejí. Wichsová (2015) v disertační práci uvádí, že infekce, které vznikly v místě chirurgického výkonu, mohou tvořit až 15 % všech infekcí spojených s péčí ve zdravotnickém zařízení, tato infekce pak prodlužuje pobyt ve zdravotnickém zařízení až o 7 dní a nutnost další hospitalizace roste pětinasobně. Mimo jiné je to zapříčiněno i nedostatečnou sterilitou nástrojů, materiálu či roušek. V praxi je tedy nutností dodržovat bezpečnostní pokyny výrobce a tím ochránit pacienta před následnými komplikacemi.

Z uskutečněného průzkumu vyplývá, že 94 respondentů odpovědělo, že situace, kdy perioperační sestře nesouhlasí počet nástrojů po operačním zákroku a lékař nedbá jejího upozornění a pokračuje v šití rány, je eticky špatná a 33 respondentů uvedlo, že se s touto situací setkalo. U 32 respondentů situace vyvolala morální distres a nejčastěji byla označována intenzita 10 (15 respondentů). Jako varovný příklad může sloužit i informace Spojené akreditační komise z roku 2013, která uvádí příběh Ivančické nemocnice, ve které zdravotnický personál ponechal 28 centimetrový předmět v ráně ženy celých 145 dní. Wichsová (2017, s. 108) uvedla, že *“souhra nepříznivých prvků nemusela vyústit v poškození pacientky, kdyby byly dodrženy běžné sálové rituály (respektive bezpečnostní doporučení) a tým by věnoval pozornost počítání nástrojů a materiálu.”*. Lékař a sestra na operačním sále tvoří tým a jedině plněním svých úkolů podle daných kompetencí mohou být splněny veškeré požadavky na 100 % (Vitošová, 2007).

V případě, kdy z důvodu předimenzovaného operačního programu má být navezena pacientka na nedostatečně uklizený operační sál, reagovali respondenti následovně: 16 respondentů považuje tuto situaci za spíše špatnou a 84 za špatnou. V praxi se s touto situací setkalo 52 respondentů a 45 z nich zakusilo morální distres. Nařízením,

které upravuje vyhláška č. 306/2012 Sb., je každý pracovník, zajišťující úklid, povinen se řídit. Řádným a pečlivým úklidem operačních sálů lze předejít vzniku i šíření infekcí, spojených se zdravotní péčí (dříve nozokomiálních infekcí).

U otázky, do jaké roviny se morální distress u respondentů promítl, je patrné, že nejvíce se promítl do roviny emocionální (93 respondentů). V této rovině pocíťují lidé hněv, vztek, ale i strach, psychické problémy, jako např. deprese či pocity viny. Pouze 3 respondenti odpověděli rovinu fyzickou, do které lze zařadit únavu, pocity vyčerpání, poruchy spánku. 32 respondentů označilo rovinu spirituální, ve které cítí odcizení s kolegy nebo ztrátu smyslu pro vykonávání povolání perioperační sestry. 34 respondentů uvedlo rovinu behaviorální, která ovlivňuje např. zvýšený příjem alkoholických nápojů či omamných látek, a 3 respondenti uvedli, že morální distress ve své praxi nezažili. Dlouhodobé působení morálního distressu na jedince může zapříčinit sníženou motivaci k vykonávání povolání, syndrom vyhoření či řadu dalších komplikací, jako je omezená komunikace a narušená důvěra mezi kolegy či úplná změna povolání. Rusová (2017) ve svém článku doporučuje vytvořit určité strategie, jak o etických konfliktech diskutovat a zlepšit spolupráci mezi zdravotníky nebo pravidelně pořádat semináře či konference zaměřené na problematiku morálního distressu.

2.5 Limity práce

Diplomová práce je výsledkem zkoumání morálního distresu perioperačních sester. Při tvorbě teoretické části bylo náročné najít relevantní zdroje, protože nebyla dohledána žádná česky psaná literatura věnující se tématu morálního distresu přímo u sester pracujících na operačním sále. Velké množství zahraničních článků obsahuje zmínku o morálním distresu, avšak ne konkrétně o morálním distresu v perioperační péči. Zdroje se v převážné většině věnují zdravotnickému personálu obecně či morálnímu distresu u zcela odlišných profesí.

V průzkumné části i přes to, že se autorka snažila zapojit co nejvíce respondentů z různých pracovišť, výsledky není možné zobecňovat a aplikovat na všechny perioperační sestry v praxi. Bylo sice osloveno 140 respondentů z určitého kraje, ale nemohou být platné pro celou Českou republiku. Výpovědi respondentů si taktéž nelze vykládat tak, že vybrané situace zažívají na pracovišti, kde právě pracují, neboť bylo dotazováno, zda někdy v průběhu své praxe vybrané situace zažili. Proto se odpovědi mohou vztahovat k praxi v rámci studia či na jiném pracovišti. V průzkumné části byl také použit nestandardizovaný dotazník, vytvořený na základě literatury a dvou rozhovorů s respondenty s dlouholetou praxí v oboru perioperační péče, protože se nepodařilo dohledat standardizovaný dotazník, který by bylo možno aplikovat na morální distres perioperačních sester.

2.6 Doporučení pro praxi

V mnoha státech, nejen v České republice, je veřejně známé, že chybí kvalifikované sestry. Tím pádem sestry, které na pracovištích zůstaly, jsou přetíženy, vyčerpané, klesá jejich spokojenost s takovouto pracovní pozicí. (Mareš, 2016)

Z výsledků průzkumného šetření vyplívá, že sestry situace, kdy je vyvolán morální distres, opravdu zažívají v četné míře a v některých morální distres dosahuje i nejvyšší intenzity 10. Je tedy možné říci, že v praxi je potřeba, aby zaměstnavatelé, nadřízení nebo kolegové byli ochotni svým podřízeným nebo kolegům naslouchat, kladli důraz na etické normy a přesné postupy a tím pádem se vyvarovali situacím, které mohou morální distres vyvolat. Důležitým bodem jsou také strategie, které si každý jedinec může vytvořit dle vlastních potřeb, které pomohou zvládnout situace vyvolávající morální distres. Například požádat o pomoc kolektiv při řešení eticky náročných problémů, zapojit relaxační techniky nebo navštěvovat semináře, které učí, jak náročné situace zvládnout. Nově příchozí sestry řádně seznámit nejen s chodem oddělení, ale i s kolektivem. Dále by spokojené pracovníky mohly zajistit i pravidelné konzultace s nadřízeným, ať skupinové nebo individuální, kde by se shrnuly negativní poznatky, aktuální doporučení či vyhlášky.

Téma morálního distresu perioperačních sester přímo vybízí k dalšímu probádání této problematiky. Téma nabízí široké spektrum situací, ve kterých jedinci mohou zažít morální distres a nemusejí to být přímo situace spojené s výkonem povolání perioperačních sester.

ZÁVĚR

Diplomová práce s teoreticko-průzkumným zaměřením měla za úkol zmapovat, jak perioperační sestry eticky hodnotí modelové situace, s jakými situacemi se perioperační sestry ve své praxi setkávají a zda u nich vyvolávají morální distres, popř. jaké intenzity. Tato problematika je velmi aktuální, i když se jí česká literatura patřičně nevěnuje.

V teoretické části diplomové práce byl definován pojem morální distres, determinanty a dopady. Další část byla věnována etickým normám, které se vztahují k profesi perioperační sestry, a popisu vybraných modelových situací v dotazníku.

V průzkumné části jsou zodpovězeny průzkumné otázky. Analýza sebraných dat potvrdila, že se perioperační sestry situacemi, které vyvolávají morální distres, potýkají. Výjimku tvoří např. situace, kdy po příjezdu na operační sál chce pacient zrušit svůj souhlas s operací, ale anesteziolog nedbá upozornění, pacienta uspí a zahajuje se operace, kde se s problematikou uvedenou v modelové situaci, setkali pouze 4 tázaní respondenti. Naopak nejvíce se sestry setkávají a zároveň i působí nejvyšší intenzita morálního distresu, v situaci, kdy dochází k nevhodnému komentování vzhledu těla pacientky, která je pod vlivem anestezie, tudíž se nemůže bránit nebo v situaci, kdy má být použita resterilizovaná jednorázová pomůcka. Bližší vhled do situací morálního distresu, které perioperační sestry zažívají, poskytuje kapitola prezentace a interpretace dat.

Celkové výsledky průzkumného šetření ukázaly, že se dotazované perioperační sestry v praxi s modelovými situacemi setkávají a vyvolávají u nich morální distres. Tato problematika se stává velmi aktuální, i přes to, že se jí česká literatura patřičně nevěnuje a téma morálního distresu perioperačních sester přímo nabádá k dalšímu řešení této problematiky.

POUŽITÁ LITERATURA

AANA. *Informed Consent for Anesthesia Care Policy and Practice Considerations* [online]. 2016 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/informed-consent-for-anesthesia-care.pdf](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/informed-consent-for-anesthesia-care.pdf).

ATTRI, J. P., G., KAUR SANDHU a L., BANSAL. Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi journal of anaesthesia* [online]. 2015, **9**(4), s. 457-463 [cit. 2019-12-31]. ISSN 1658354X. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610095/>.

AUSTIN, W. J., L., KAGAN, M., RANKEL, V., BERGUM. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine. Health Care and Philosophy* [online]. 2008, **11**(1), s. 89–97 [cit. 2019-12-31]. ISSN 1572-8633. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-007-9083-1>.

BÁRTLOVÁ, Silva a Hana HAJDUCHOVÁ. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt* [online]. 2010, **12**, s. 20-33 [cit. 2020-03-25]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2010/01/03.pdf>.

BÁRTLOVÁ, Silva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Zdraví. Euro* [online]. 2007 [cit. 2020-03-31]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pracovni-vztahy-a-kompetence-vseobecnych-sester-v-ceske-republic-295927>.

BÖHMOVÁ, Olga. Nemocnicím chybí už tři tisíce sester: ani zkracování délky studia sestřičky nepřilákalo, tvrdí ČAS. *Zdravotnický deník* [online]. 2018 [cit. 2020-05-24]. ISSN 2071-8330. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/07/nemocnicim-chybi-uz-tri-tisice-sester-zkracovani-delky-studia-sestricky-neprihlakalo-tvrdi-cas/>.

BÖHMOVÁ, Olga. Vyšší kompetence sester? Není na to správná doba, tvrdí odbory. ČAS chce za ně lepší ohodnocení i patřičné vzdělání. *Zdravotnický deník* [online]. 2018 [cit. 2020-05-25]. ISSN 2071-8330. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/vyssi-kompetence-sester-neni-spravna-doba-tvrdi-odbory-cas-chce-za-ne-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>.

BÖHMOVÁ, Olga. Proč sestry odchází z nemocnic? Nesrostly s prostředím, s prací a cítí se být osamocené, tvrdí psychologka. *Zdravotnický deník* [online]. 2019 [cit. 2020-05-24]. ISSN 2071-8330. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/05/proc-sestry-odchazi-nemocnic-nesrostly-prostredim-praci-citi-se-byt-osamocene-tvrdi-psychologka/>.

CARNEVALE, Franco A. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm* [online]. 2013, **66**, s. 33-38 [cit. 2019-12-31]. ISSN 0034-7167. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700004.

CORLEY, M. C., ELSWICK, R. K., GORMAN, M., T., CLOR. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2001, **33** (2), s. 250–256 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11168709>.

ČEČETKOVÁ B., Z. KANCELOVÁ, R. CHLEBÍK. Nozokomiální nákazy. *Praktický lékař* [online]. 2010, **90**(3), s. 152-156 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2010-3/nozokomialni-nakazy-31664>.

DI CARA V, T. PETR, P. CHARVÁTOVÁ. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 2012 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: https://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf.

EPSTEIN, E. G., B. A., HAMRIC. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *J Clin Ethics* [online]. 2009, 20 (4), s. 330–342 [cit. 2020-05-6]. ISSN 1046-7890. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20120853/>.

FIALA, Petr, Jindřich, MAYER. Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb. *Epravo* [online]. 2014 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>.

FOURIE, Carina. Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. *Bioethics* [online]. 2015, **29**, s. 91–97 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1467-8519. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bioe.12064>.

GIBBS, Verna. Retained Surgical Items and Minimally Invasive Surgery. *World J Surg* [online]. 2011, 35(7), s. 1532-1539 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1432-2323. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21431441>.

HALES, B. M., P. J. PRONOVOST. The checklist-a tool for error management and performance. *Journal of Critical Care* [online]. 2006, 21(3), s. 231-235 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1557-8615. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/6804585_The_ChecklistA_Tool_for_Error_Management_and_Performance_Tracking.

HAMPLOVÁ, Ludmila. Lékaři závislí na alkoholu se stydí říci si o pomoc kolegům. Extrémní stres ohrožuje i ostatní zdravotníky. *Zdravotnický deník* [online]. 2018 [cit. 2020-05-31]. ISSN 2071-8330. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/lekari-zavisli-na-alkoholu-se-stydi-rici-si-o-pomoc-kolegum-extremni-stres-ohrozuje-i-ostatni-zdravotniky/>.

HAMRIC, A. B., W. S., DAVIS, CHILDRESS, M. D. Moral distress in health care professionals: What is it and what can we do about it? *The Pharos* [online]. 2006, 69(1), s. 16–23 [cit. 2019-12-31]. ISSN 0031-7179. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544460>.

HAMRIC, A. B., BORCHERS, C. T., EPSTEIN, E. G. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research* [online]. 2012, 3(2), s. 1–9 [cit. 2020-02-16]. ISSN 2150-7724. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21507716.2011.652337?scroll=top&needAccess=true>.

HANNA, R., Debra. Moral Distress: The State of the Science. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* [online]. 2004, 18(1), s. 73–93 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15083663>.

HEŘMANOVÁ, Jana a kol. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. 2012. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

ICN. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 2017 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: https://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.

JAMETON, Andrew. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J Ethics* [online]. 2017, **19**(6), s. 617-628 [cit. 2020-02-28]. ISSN 2376-6980. Dostupné také z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/what-moral-distress-nursing-history-could-suggest-about-future-health-care/2017-06>.

JAMETON, Andrew. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1984. ISBN 978-0136274483.

JOHANSTONE, Megan-Jane, Alison HUTCHINSON. Moral distress--time to abandon a flawed nursing construct. *Nursing Ethics* [online]. 2015, **22**(1), s. 5–14 [cit. 2019-12-31]. ISSN 09697330. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733013505312?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=neja.

KALVEMARK, Sofia a kol. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine* [online]. 2004, **58**, s. 1075–1084 [cit. 2020-02-16]. ISSN 0037-7856. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360300279X?via%3Dihub>.

KEMP, P., J., DAHL RENDTORFF. The Barcelona Declaration. *Synthesis Philosophica* [online]. 2008, **46**(2), s. 239-251 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1848-2317. Dostupné z: [file:///C:/Users/Eli%C5%A1ka/Downloads/04_Kemp%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eli%C5%A1ka/Downloads/04_Kemp%20(1).pdf)

KILLEN, R Ailler. Stories from the Operating Room: moral dilemmas for nurses. *Nursing Ethics* [online]. 2002, **9**(4), s. 405–415 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/0969733002ne524oa>.

KLUSÁČEK, Jan. Nedostatek personálu? Čtyři důvody, o nichž se mlčí. *Zdravotnický-deník* [online]. 2019 [cit. 2020-03-20]. ISSN 2071-8330.

Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/blog/nedostatek-personalu-ctyri-duvody-nichz-se-mlci/>.

Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků. *Česká asociace sester* [online]. 2002 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/kodex-profesionalniho-chovani>.

KOLLER, Miroslav. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/akceptovani-kompetenci-sester-v-praxi-477882>.

KUNZOVÁ, Karin. *Etické problémy ve zdravotnických zařízeních*. Praha, 2014. 57 s. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha, Katedra podnikání a oceňování. Vedoucí práce Mgr. Nina Matějková.

LACHMAN, Vicki D. Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* [online]. 2016, 25(2), s. 121-124 [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27323473>.

LAMIANI, G., L., BORGHI, P., ARGENTERO. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology* [online]. 2017, 22(1), s. 51–67 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1461-7277. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220460>

MÄNTTÄRI-VAN DER KUIP, M. Moral distress among social workers: The role of insufficient resources. *International Journal of Social Welfare* [online]. 2016, 25(1), s. 86–97 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1468-2397. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/273068140_Moral_distress_among_social_workers_The_role_of_insufficient_resources.

MAREŠ, Jiří. Morální distres : terminologie, teorie a modely. *Kontakt*. 2016, 18(3), s. 151- 159 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1804 – 7122. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201603-0002_moralni-distres-terminologie-teorie-amodely.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dmor%25E1n%25ED%2Bdistres%26sfrom%3D0%26spage%3D30.

MAREŠ, Jiří. Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči. *Solen* [online]. 2017, **18** (4), s. 248-252 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped2017040012_Moralni_distres_lekaru_a_sester_pri_pediatricke_peci.php.

MARX, David. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu – možnosti prevence. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství* [online]. 2007, **3**(10), s. 395 [cit. 2020-05-6]. ISSN 1801-464X.

MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno. Masarykova univerzita, 2009. Disertační práce. ISBN 978-80-210-4757-0.

MCINTYRE, J., J. DISANTO – HAINES. Penn Researcher Identifies "Moral Stress" as a Cause for Nurses Wanting to Leave Hospitals. *Penn Today* [online]. 2007 [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: <https://penntoday.upenn.edu/news/penn-researcher-identifies-moral-stress-cause-nurses-wanting-leave-hospitals>.

MELICHERČÍKOVÁ, Věra. Velkoplošná dezinfekce a úklid ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2008 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/velkoplosna-dezinfekce-a-uklid-ve-zdravotnictvi-353939>.

MOBLEY, M. J., M. Y. RADY, J. L. VERHEIJDE, B. PATEL a S. LARSON. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2007, **23**(5), 256-263 [cit. 2020-05-28]. ISSN 09643397. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339707000316>.

PAFKO, Pavel. Etika a komunikace v chirurgii. In PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

PAFKO P., J. MACH. Lege Artis. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 2013, **92** (8) s. 468-469 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1805-4579. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2013-8/lege-artis-41980>.

POKORNÁ, A., D., DOLANOVÁ, V., ŠTROMBACHOVÁ, P., BŮŘILOVÁ, J., KUČEROVÁ a J., MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing. 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

PRAŽSKÝ, Bohumil. Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2012. [cit. 2020-02-28]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jednorazove-pomucky-ve-zdravotnictvi-464372>.

PRAŽSKÝ, Bohumil. Resterilizace jednorázových prostředků. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013. [cit. 2019-12-20]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/resterilizace-jednorazovych-prostredku-472254>.

PTÁČEK, Radek. Lékař a pacient ve 21. Století. In PTÁČEK, R., P., BARTŮŇEK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

RUSHTON, C. H., M., CALDWELL, M., KURTZ. Moral Distress A Catalyst in Building Moral Resilience. *American Journal of Nurses* [online]. 2016, **116**(7), s. 40–49 [cit. 2019-12-31]. ISSN 1538-7488. Dostupné z: https://journals.lww.com/ajnonline/FullText/2016/07000/CE__Moral_Distress__A_Catalyst_in_Building_Moral.25.aspx.

RUSOVÁ, Jitka. Moral distress – morální tíseň. *Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2017, 64(1), s. 54-57 [cit. 2019-12-31]. ISSN 1805-4005. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_1.pdf.

SAVEL, Richard, Cindy L. MURNO. Moral Distress, Moral Courage. *Am J Crit Care* [online]. 2015, **24**(4), s. 276–278. ISSN 1937-710X. Dostupné z: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/24/4/276/3985/Moral-Distress-Moral-Courage>.

SEHNALOVÁ, Jana. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/akceptovani-kompetenci-sester-v-praxi-477882>.

SCHAEFER, R, C., P., ZOBOLI and M., VIEIRA. *Moral distress in nurses: A description of the risks for professionals*. [online]. 2018, 27(4), [cit. 2019-12-20]. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400309&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

STEM/MARK. Nahradí sestry doktory? *Marketingové noviny* [online]. 2011 [cit. 2011-06-6]. Dostupné z: http://www.marketingovenoviny.cz/marketing_9503/.

STRÁNSKÝ, Jan. Informovaný souhlas. *Ombudsman pro zdraví* [online]. 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/informovany-souhlas/>.

ŠERÁ Hana. Informovaný souhlas pacienta jako podmínka poskytnutí lékařské péče. *Právní prostor* [online]. 2019 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/informovany-souhlas-pacienta-jako-podminka-poskytnuti-lekarske-pece>.

ŠIMKOVÁ, Lenka. Odborníci: Lékaři a pacienti spolu stále neumí komunikovat. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013 [cit. 2020-05-20]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/odbornici-lekari-a-pacienti-spolu-stale-neumi-komunikovat-156471>.

ŠUSTEK, P., T. HOLČAPEK. *Informovaný souhlas*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-268-6.

TZ. Nedostatek sester znamená zdravotní rizika pro populaci ČR. *Florence* [online]. 2018 [cit. 2020-02-16]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nedostatek-sester-znamená-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr/>.

VARCOE, Colleen, Bernadette PAULY, George WEBSTER a Janet STORCH. Moral Distress: Tensions as Springboards for Action. *HEC Forum* [online]. 2012, 24(1), s. 51-62 [cit. 2020-02-16]. ISSN 09562737. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22446885>.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

Vyhláška 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

Vyhláška č. 306/2012 Sb. Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

Vyhláška č. 99/2012 Sb. O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99#p1>.

Vyhláška č. 195/2005 Sb. Vyhláška, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-195>.

VITOŠOVÁ, Marie. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2007 [cit. 2020-02-28]. ISSN 1802-3150. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-mezi-sestrou-a-lekarem-305671>.

WHO (World Health Organization). *WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives*. 2009. ISBN 9789241598552.

WICHISOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHISOVÁ, Jana. *Etické problémy perioperační péče a jejich dopad na bezpečnost pacientů*. Praha, 2015. 140 s. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

ZAHEDI J a kol. The code of ethics for nurses. *Iranian journal of public health* [online]. 2013. 42, s. 1–8 [cit. 2020-05-20]. ISSN 22516085. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712593/>.

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20190424>.

Zákon 201/2017Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

Zákon č. 268/2014 Sb. Zákon o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-268>.

ZÍMOVÁ P., J. ZÍMOVÁ. Principy lékařské etiky (1. Část). *Journal of medical law and bioethics* [online]. 2012, 2(3) [cit. 2020-02-16]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/35/42>.

ZÍMOVÁ P., J. ZÍMOVÁ. Principy lékařské etiky (2. Část). *Journal of medical law and bioethics* [online]. 2012, 2(3) [cit. 2020-02-16]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <file:///C:/Users/Eli%C5%A1ka/Downloads/35-145-1-PB.pdf>.

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Vážené kolegyně/ Vážení kolegové,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem „Morální distres perioperačních sester“.

Dle Andrew Jametona vzniká morální distres „*v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale institucionální překážky činí téměř nemožné jednat tím správným způsobem.*“ Jedná se například o situace, kdy jedinec nemá dostatečnou autoritu k ovlivnění situace či rozhodnutí, případně je pro něj riskantní kritizovat zavedenou praxi.^{1(s. 6)}

Tento dotazník je určen pro perioperační sestry pracující na operačním sále. Dotazník je anonymní a Vámi zvolené odpovědi budou sloužit jako cenný materiál ke zpracování mé diplomové práce.

Dotazník obsahuje 10 modelových situací, se kterými se perioperační sestra může běžně setkat při vykonávání svého povolání. Pokud nezazní instrukce u otázky jinak, vyberte, prosím, pouze jednu z nabízených odpovědí.

Ráda bych Vás, při volbě Vašich odpovědí, poprosila o co největší upřímnost a pravdivost. Pro zachování anonymity vhazujte vyplněné dotazníky do připravených boxů.

Děkuji Vám za Vás čas, ochotu a spolupráci.

Kontakt na autorku: Řípková Eliška

st57326@student.upce.cz

Jameton, Andrew. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984.

- 1) V praxi se stává, že perioperační sestra překračuje své kompetence na operačním sále, např. šití operačních ran za lékařský personál.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 2

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

D) Překročil/a jste někdy sám/a dobrovolně své kompetence na operačním sále?

- a. Ano, běžně
- b. Ano, výjimečně – pouze ve výjimečných situacích
- c. Ne

E) Byl/a jste někdy někým nucen/a překročit své kompetence?

- a. Ano, běžně
- b. Ano, výjimečně – pouze ve výjimečných situacích
- c. Ne

F) Měl/a jste odvahu odmítnout úkol, který překračoval Vaše kompetence?

- a. Ano
- b. Ne

- 2) Z důvodu akutního nedostatku zkušeného personálu je provoz na operačním sále zajišťován pracovníky bez zkušeností s perioperační péčí.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 3

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 3) Po příjezdu na operační sál chce pacient zrušit souhlas s operací. Anesteziolog i přes nesouhlas pacienta pokračuje ve své práci a pacienta uspí. Zahajuje se operace.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 4

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 4) Pacienta přivázejí na operační sál z důvodu indikace k operaci. Pacient již dostal premedikaci. Při kontrole dokumentace však bylo zjištěno, že pacient nepodepsal informovaný souhlas před tím, než mu byla premedikace podána. Informovaný souhlas je mu tedy předložen k podpisu na operačním sále.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 5

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 5) Na oddělení nastoupil nový chirurg, který potřebuje nasbírat zkušenosti v rámci operačních výkonů. Vedoucí lékař tedy nařídí operaci pacienta i přes to, že indikace k operaci není nutná.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná

- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 6

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 6) Pacient byl na operační sál přivezen z důvodu indikace k operaci. Určitý lékař pacientovi slíbil, že operaci provede a pacient se zákrokem souhlasil. Operaci však na poslední chvíli provede jiný lékař, než pacient očekával, případně lékař, kterého pacient odmítl. Pacient je již uspán, a proto o této skutečnosti nemá tušení.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 7

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 7) Na sál je přivezena pacientka k operaci. Po podání anestezie, lékařský či nelékařský zdravotnický personál nevhodně komentuje vzhled těla. Pacientka je uspaná a nemůže se posměškům bránit.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 8

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- 8) Při operaci má být použita resterilizovaná jednorázová pomůcka z důvodu ušetření financí oddělení centrálních operačních sálů.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 9

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

D) Pokud se setkáváte ve své praxi s použitím resterilizovaných jednorázových pomůcek, máte odvahu odmítnout?

- a. Ne
- b. Ano

9) Operace se chýlí ke konci. Lékař se chystá zašít operační ránu, instrumentářce však nesouhlasí počet nástrojů nebo materiálu. Lékař ovšem nedbá upozornění a operační ránu začne šít.

A) Označte, zda situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 10

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10) Z důvodu předimenzovaného operačního programu a tím vzniklého časového tlaku má být pacient naveden na nedostatečně uklizený operační sál.

A) Označte, zda tuto situaci považujete za správnou či špatnou.

- a. Správná
- b. Spíše správná
- c. Spíše špatná
- d. Špatná

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď b. Ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 11

C) Pokud ano, vyvolalo to ve Vás morální distres?

- a. Ne
- b. Ano - označte, prosím, intenzitu morálního distresu na připravené škále od 1 - 10 bodů (1 = nejméně, 10 = nejvíce)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

11) Jak dlouho vykonáváte povolání perioperační sestra? Doplňte, prosím.

.....

12) Pokud jste ve své praxi pocítila morální distres, v jaké rovině se to ve Vás promítlo? (Zde je možnost označit více odpovědí.)

- a. V rovině emocionální - např. hněv, strach, lítost, úzkost
- b. V rovině fyzické - např. nevolnost, zvracení, bolest žaludku, průjem
- c. V rovině spirituální - např. ztráta důvěry, odcizení se s kolegy, ztráta víry
- d. V rovině behaviorální - např. návyk k alkoholu, drogám, jídlu, pohrdání autoritou, ztráta ovládnutí se, apatie, lhostejnost
- e. Morální distres jsem nezažil/a