

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023/2024

Bc. Lucie Kudelová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Etika na operačních sálech z pohledu perioperační sestry

Diplomová práce

2023/2024

Bc. Lucie Kudelová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Kudelová**
Osobní číslo: **Z22253**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Etika na operačních sálech z pohledu perioperační sestry**
Téma práce anglicky: **Ethics in operating rooms from the point of view of the perioperative nurse**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark a WINSLADE, William J., 2019. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil MATĚJEK, Jaromír. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7553-653-2.
- OPATRná, Marie, 2022. *Etické problémy v onkologii*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. 104 s. ISBN 978-80-7345-726-6.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 198 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
- WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-271-1029-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Magdaléna Vojtěchová, MBA**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Etika na operačních sálech z pohledu perioperační sestry jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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 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. 4. 2024

Lucie Kudelová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Magdaléně Vojtěchové, MBA za její odborné vedení mé diplomové práce, za její vstřícný a laskavý přístup a cenné rady, které mi v průběhu zpracování poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se účastnili rozhovorů ve výzkumné části, bez kterých bych práci nemohla vytvořit.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na vnímání etiky na operačních sálech z pohledu perioperační sestry pomocí modelu čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea. Teoretická část čerpá z rešerše odborné literatury a přináší vhled od vývoje etiky po současné chápání etických principů a přináší seznam etických dilemat vztahující se k terapii onkologického pacienta. V průzkumné části jsou analyzovány polostrukturované rozhovory, které reflektují povědomí o etice vztahující se k péči o pacienta a k vnímání použitelnosti etických principů v praxi. V následné diskuzi je na podkladě výsledků průzkumu sestavené doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etika, perioperační sestra, onkologický pacient, beneficence, nonmaleficence, autonomie, spravedlnost

TITLE

Ethics in operating rooms from the point of view of the perioperative nurse

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the perception of ethics in operating theaters from the point of view of the perioperative nurse using the four-level model according to the authors A.R. Jonsen, M. Siegler and W.J. Winslade. The theoretical part draws on the research of professional literature and provides insight from the development of ethics to the current understanding of ethical principles and provides a list of ethical dilemmas related to the therapy of an oncology patient. In the exploratory part, semi-structured interviews are analyzed, which reflect the awareness of ethics related to patient care and the perception of the applicability of ethical principles in practice. In the subsequent discussion, a recommendation for practice is drawn up based on the survey results.

KEYWORDS

Ethics, perioperative nurse, oncology patient, beneficence, nonmaleficence, autonomy, equity

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle	13
Teoretická část	14
2 Etika.....	14
2.1 Vývoj etiky	15
2.2 Principy moderní etiky.....	16
2.2.1 Princip moderní etiky v perioperační péči	17
2.3 Klinická etika.....	18
2.3.1 Přístup čtyř rovin	19
2.4 Etická dilemata u onkologického pacienta	27
2.5 Legislativa spojená s etikou.....	29
2.5.1 Mravní zákony pro sestry	30
3 Výzkumná (praktická) část	32
3.1 Výzkumný cíl.....	32
3.2 Výzkumná otázka	32
3.3 Metodika průzkumu.....	32
3.3.1 Přípravná fáze průzkumu	34
3.3.2 Charakteristika průzkumného souboru	34
3.3.3 Sběr dat	35
3.3.4 Technika vyhodnocení dat.....	36
3.4 Analýza dat	37
3.4.1 Kategorie – osobní zkušenost	38
3.4.2 Kategorie - lékařská indikace	40
3.4.3 Kategorie- preference pacienta	46

3.4.4	Kategorie- kvalita života.....	50
3.4.5	Kategorie- kontextuální charakteristiky.....	53
3.5	Souhrn analýzy rozhovorů.....	57
3.5.1	Analýza výsledků u sociodemografických odpovědí.....	57
3.5.2	Analýza kategorie osobní zkušenost.....	60
3.5.3	Analýza kategorie lékařská indikace.....	61
3.5.4	Analýza kategorie preference pacienta.....	64
3.5.5	Analýza kategorie Kvalita života.....	67
3.5.6	Analýza kategorie Kontextuální charakteristiky.....	70
4	Diskuze.....	73
4.1	Otázka 1: Vnímají perioperační sestry etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi v rámci svého pracoviště na operačních sálech?.....	73
4.1.1	Doporučení pro praxi:.....	74
4.2	Otázka 2: Jaký je biologický rozměr pacientova života v kontextu principu beneficence a nonmaleficence při použití diagnostických a terapeutických metod při léčbě?.....	75
4.2.1	Doporučení pro praxi.....	76
4.3	Otázka 3: Co znamená pojem autonomie na operačních sálech?.....	76
4.3.1	Doporučení pro praxi.....	78
4.4	Otázka 4: Jaký je brán ohled na preference pacienta v rámci jeho autonomie na operačních sálech?.....	78
4.4.1	Doporučení pro praxi.....	79
4.5	Otázka 5: Jak je perioperačními sestrami vnímaná kvalita života onkologického pacienta s ohledem na provedený zákrok?.....	79
4.5.1	Doporučení pro praxi.....	81
4.6	Otázka 6: Co pro sestru znamená spravedlnost na operačním sále?.....	81
4.6.1	Doporučení pro praxi.....	82
5	Závěr.....	83

6	Použitá literatura	86
6.1	Primární zdroje	86
6.2	Sekundární zdroje	86
6.3	Odborné články	87
6.4	Internetové zdroje	88
7	Přílohy.....	90

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Analýza dat.....	37
Obrázek 2: Eticky náročná situace.....	61
Obrázek 3: Činnosti zabraňující nonmaleficenci.....	63
Obrázek 4: Zajištění autonomie na operačním sále.....	65
Obrázek 5: Sestra a respektování práv.....	66
Obrázek 6: Odlišnosti péče.....	67
Obrázek 7: Dostatečná kvalita života.....	68
Obrázek 8: Předsudky zdravotnického pracovníka.....	69
Obrázek 9: Nespravedlnost.....	71
Obrázek 10: Spravedlnost.....	71
Obrázek 11: Etický problém.....	72
Tabulka 1: Charakteristika respondentů.....	35
Tabulka 2: Pohlaví respondentů.....	57
Tabulka 3: Délka praxe.....	58
Tabulka 4: Počet operačních výkonů.....	59
Tabulka 5: Věkové rozmezí respondentů.....	59
Tabulka 6: Náboženské vyznání.....	60

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

R1	respondent 1
R2	respondent 2
R3	respondent 3
R4	respondent 4
R5	respondent 5
R6	respondent 6
R7	respondent 7
R8	respondent 8
R9	respondent 9
ANA	American Nurse's Association
AORN	Association of periOperative Registered Nurses
EORN	European Operating Room Nurses Association

ÚVOD

Medicína a zdravotnictví patří do biomedicínských věd, u kterých dochází k neustálému vývoji a pokrokům. Rozvoj nových diagnostických metod a možností léčby ve spolupráci s rozvojem farmaceutického průmyslu a využitím nově vyprodukovaných bio-materiálů vede k dosažení lepších výsledků v poskytování kvalitní zdravotní péče. Medicína ve 21. století tak umožňuje zachraňovat životy a zlepšovat kvalitu života u osob, u kterých bychom v minulých letech jakoukoliv šanci na úspěšné poskytování terapie brali za beznadějně.

Diplomová práce bude zaměřena na etické otázky péče, které jsou úzce spjaty s rozvojem medicíny. Každý zdravotnický pracovník by si měl položit otázku, zda péče, která je pacientovi poskytnuta, je vhodná a není zaměřená jen na ekonomickou situaci zdravotnictví, přístup k pacientovi v roli výzkumníka a pohled na pacienta jako na osobu čerpající péči bez vlastního názoru. Pacient je bio-psycho-sociální bytost, která má nárok na poskytnutí co nejkvalitnější péče nejen z pohledu medicínského, ale i péče ošetrovatelské. (Jonsena, Sieglera, Winsladea, 2019, s. 7)

Teoretická část diplomové práce se bude zabývat vývojem etiky, legislativou, která se v dnešní době v kontextu s etickými pravidly užívá a rozborem modelu čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea, z které vycházím ve výzkumné části práce. Cílem práce bude zjištění, zda sestry pracující na operačním sále vnímají etiku při poskytování ošetrovatelské péče, jaký pohled mají na onkologického pacienta v rámci vybraných okruhů modelů čtyř rovin se závěrečným doporučením pro praxi.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjištění, jak je nelékařským personálem operačních sálů vnímána etika na operačním sále a etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi vycházející ze čtyř rovin, dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea.

Díličními cíli výzkumné práce vztahující se k etickým problémům dle metody čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea jsou povědomí nelékařského personálu operačních sálů o významu autonomie, beneficence a nonmaleficence a spravedlnosti s následným užitím v praxi, předsudky a hodnocení kvality života onkologického, v kontextu využití diagnostických a terapeutických metod s návrhem na možnosti řešení etických problémů.

1.2 Metody k dosažení cíle

V teoretické části diplomové práce budu poukazovat na vývoj etiky a následné chápání pacienta v ošetrovatelské péči. Metodou teoretické části bude literární rešerše aktuálních poznatků, která bude poskytovat teoretická východiska pro výzkumnou část diplomové práce.

Ve výzkumné části jsem metodou pro dosažení cíle zvolila polostrukturovaný rozhovor vedený pomocí dotazníku s otevřenými otázkami vlastní tvorby, který bude v papírové podobě předložen respondentovi, kdy respondent bude vybrán, popřípadě vyloučen ze vzorku dat dle předem stanovených kritérií. Otázky v dotazníku budou odkazovat na chápání čtyř rovin, dle skupiny autorů z teoretické části diplomové práce.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na pojem etika, historie etiky a její vývoj do současnosti. Hlavní teoretickou částí bude etika čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea. Konec teoretické části se bude věnovat etickým dilematům v kontextu s onkologickým pacientem.

2 ETIKA

Etika pochází z řečtiny od slova „ethos“ tedy mrav, tudíž ji nazýváme vědou mravnosti, častějším pojmem je však praktická filozofie. Obecně etika teoreticky zkoumá hodnoty lidského jednání v kontextu svobodné vůle a snaží se najít relevantní podklady pro obecné základy morálky. Tradičním obsahem této disciplíny je posuzování dobra a zla, spravedlnosti a nespravedlnosti, pravdy a lži. Etice je nadřazen pojem morálka, která reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tento výraz slouží pro označení souboru pravidel, které by lidé měli uznávat a řídit se jimi. (Haškovcová, 2015, str. 13-14)

Lékařská etika je souhrnný pojem pro označení etických problémů v lékařství. Jedná se o samostatnou vědní disciplínu. Nadřazeným pojmem je bioetika, která zkoumá etické problémy nejen v lékařské praxi, ale i v oborech jako např. biologie, chemie, biofyzika, farmacie, které podmiňují obor lékařské praxe. Jako nelékařský zdravotnický pracovník nesmím opomenout pojem zdravotnická etika, která je zcela odlišná od lékařské etiky. Jedná se o souhrnné označení týkající se etické problematiky zdravotnictví a zdravotnických systémů. Dalším pojmem je etika v ošetrovatelství, která zahrnuje veškerou etickou problematiku v oblasti ošetrovatelství. (Plevová, 2019, s. 70)

Využívání etiky patří k morálním povinnostem každého člověka, zejména pak zdravotnického pracovníka. Díky její aplikaci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče můžeme hovořit o profesionálním přístupu k pacientovi. V medicíně existuje pojem lékařská a zdravotnická deontologie, tedy nauka o povinnostech zdravotnických pracovníků, které jsou předepsány v deontologických kodexech, mezi něž patří např. Hippokratova přísaha, díky níž se stanovila pravidla a povinnosti s poskytováním „dobré a ne zlé“ zdravotní péče. (Haškovcová, 2015, str. 16 -17)

2.1 Vývoj etiky

První zmínky o etice jsou v nejznámějším deontologickém kodexu a tím je Hippokratova přísaha, která byla sepsána kolem roku 460-370 před našim letopočtem a je i v dnešní době laickou i odbornou veřejností tolerována. Přísahu dělíme na dvě části. První část je poměrně rozsáhlá a je zde popsán příslib sounáležitosti s učitelem. Druhá část pak popisuje slib dodržování pravidel lékařského chování. Přísaha obsahuje tři smlouvy: smlouvu s bohy, smlouva mezi lékařem a ostatními členy tohoto povolání a smlouvu mezi lékařem a nemocným. Je důležité si v druhé smlouvě povšimnout, že i v dávných dobách byl kladen důraz na mezilidské vztahy. Hippokrates v druhé smlouvě uvádí dodržování vzájemné úcty mezi kolegy, která je zdůrazněna i v etickém kodexu České lékařské komory. Třetí smlouva se dělí na část vztahující se k léčení, k chování a postojům lékaře a závěrečnou částí zdůrazňuje posvátnost přísahy, která je i v dnešních dobách připomínána na slavnostních ceremoniích absolventů lékařských fakult. (Klimková, 2017, s. 84)

Faktorem ovlivňujícím vývoj etiky je bezpochybně křesťanství. Křesťansko-židovská tradice nepochází od lékařů, ale je zakořeněna v náboženském myšlení. Základními myšlenkami náboženství je úcta k druhému člověku, posvátnost života a úcta k pravdě, což i dodnes etika očekává. Hlavními zdroji odkud lidé v této době čerpali, byla u křesťanů Bible a u židů především Tóra a Talmud. V tomto období lékařská přísaha působila jako desatero biblických příkázání. Novými židovskými lékaři, kteří přísahu skládali, se stávali především rabíni. Ve srovnání s Hippokratovou přísahou je židovská lékařská etika založena na jasně stanovených principech, kterými jsou: posvátnost a důstojnost lidského života, kdy Bůh stvořil člověka tak jak chtěl on, povinnost péče o vlastní zdraví, nedůvěra v iracionální způsoby léčení jako jsou např. zaklínání, čarodějnictví a jiné, rigidní kodex hygienických a dietetických pravidel a kodex sexuální morálky.

Křesťanská etika se v mnoha ohledech shoduje s etikou židovskou. Na rozdíl od židovské etiky, která uznávala Starý zákon, křesťanská etika uznává Nový zákon. Mezi základní principy spojené s katolictvím jsou princip správcovství, kdy Bůh stvořil člověka a ten je pouhým správcem lidského těla, princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života, kdy člověk nemá právo rozhodovat o svém životě, zde se nejvíce hovoří o rozhodnutí potratu, princip totality a integrity, kdy je uvedeno, jak je možné zasahovat do lidského života člověkem, problém sexuality a rozmnožování, kdy sexuální aktivita nesmí sloužit k uspokojování, ale k plození a výchově narozených potomků, princip dvojího efektu, který je hlavním dilematem v dnešních dnech, kdy u pacienta při léčbě vzniká jak pozitivní, tak negativní efekt a

zdravotnický pracovník je vystaven otázce, co má vyšší váhu. Nejvýznamnějšími představiteli etiky této doby byli filozofové a teologové Tomáš Akvinský a Augustinus Aurelius. Opačným směrem křesťanství je protestantismus, který nemalou měrou přispěl do rozvoje etiky. I když se jedná o směr s opačným pólem působnosti, dá se říci, že od křesťanské etiky není v pohledu na věc odlišný. Hlavní zásadou protestantské etiky je teorie smlouvy, která poukazuje na vztah zdravotníka s nemocným, zásady, které mají platit v mezilidských vztazích a na dodržení věrnosti vůči smlouvě, což je tím nejdůležitějším principem této teorie. (Plevová, 2019, s. 71-73)

2.2 Principy moderní etiky

Kořeny etiky vycházejí bezpochybně z Hippokratovy přísahy a z tradic a přesvědčení náboženských vyznání. S postupným odklonem od víry se vytvořily nové pohledy na myšlení a na uchopení etického myšlení. Tento moderní posun lze sledovat koncem 17. století. V popředí nastupovala láska ke svobodě, projevení sebe sama díky vyššímu vzdělání a uplatňování občanských práv, tolerance, sdílení hodnot a nedůvěra v autority a instituce. Díky vědeckotechnické revoluci, která do společnosti přinesla nové inovace v podobě strojů, se do zdravotnictví vnesly nové způsoby léčení a tím vznikaly nové etické dilemata, které doposud nikdo neznal.

Díky nově vzniklým etickým dilematům vznikly takzvané čtyři principy prvního řádu, které představuje princip neškození (nonmaleficence), princip dobře činění (beneficence), princip respektu k autonomii a princip spravedlnosti. Princip neškození nedovoluje ublížit, uškodit pacientovi či dokonce zabít i v případě přání pacienta. Princip dobře činění je opakem prvního principu tedy neškození a má poukázat na dobrou myšlenku činu, kterou chceme u pacienta provést. Princip respektu k autonomii je forma samostatně se rozhodnout o následujícím ději, je to forma svobodné aktivity. Každý člověk může vyjádřit své přesvědčení, hodnoty, své záměry, plány, je sám svým pánem, pokud to není v rozporu se zákonem. V tomto kontextu je nutné podotknout informovaný souhlas. Jedná se o písemný souhlas pacienta s léčebným či diagnostickým výkonem, souhlas s poskytnutím informací příbuzným, souhlas se spoluprací na výzkumných projektech, o spolupráci s odbornými zdravotnickými školami a dalšími souhlasy, které pacient podepisuje v rámci jeho informovanosti a v rámci svých autorských činů. Princip spravedlnosti lze užít v souvislosti s rozdělením prostředků a dostupnosti medicíny. Každý člověk by měl mít stejné právo na poskytnutí co nejlepší a nejkvalitnější péče. (Matějek, 2019, s. 156-158)

2.2.1 Princip moderní etiky v perioperační péči

V perioperační péči by zdravotnický pracovník neměl opomenout důležitost využití etických pravidel. Chápání etických pravidel může být u každého jedince odlišné. Aplikací těchto čtyř principů do perioperační péče můžeme využít jako vzor k práci na operačním sále. Princip neškození spočívá v tom, že při pobytu pacienta na operačním sále nesmíme žádným způsobem pacienta poškodit. Zdravotnický pracovník musí dodržovat předem stanovené zásady hygieny, zajistit pacientovi bezpečné prostředí, vhodnou polohu, tepelný komfort, správné umístění neutrální elektrody a dobře provedený bezpečnostní proces, který se užívá k prevenci poškození pacienta. Dále při operačním výkonu musí operátor užít individualizovaný přístup při operačním výkonu, aby nedošlo ke zdravotním komplikacím během výkonu a promyslet jednotlivé kroky při operaci, které budou pro blaho pacienta v pooperačním období. Perioperační sestra zajišťuje správné užití pomůcek, materiálů a kontrolu chodu operačního sálu. Dále do operačního týmu patří anesteziologický tým, který zajišťuje bezpečnou anestezii a stará se o pacientovy fyziologické procesy během výkonu. (Jedličková, Mičudová, 2019, s. 197-198)

Princip dobře činnosti je úzce spjat s předchozím principem, kdy každý zdravotnický pracovník by měl postupovat na základě svědomí a ne podle striktního nařízení a byrokracie ve zdravotnictví. Byrokracie je v dnešní době takřka nejdůležitější a je na každém zdravotnickém pracovníkovi, zda ji vyplní jen proto, že to má nařízené, nebo to učiní pro dobro pacienta a bude postupovat dle předem stanovených pravidel, aby činnost, kterou zdravotnický pracovník vykonává, byla pacientovi prospěšná.

Princip autonomie pacienta je takřka na operačním sále nemožný. Pacient velkou část své schopnosti samostatně se rozhodnout o úkonech ztrácí z důvodu anestezie a silné analgezie. Je odkázán vložit svou důvěru do rukou operačního týmu. Před výkonem je sice pacient informován, jsou mu předány informované souhlasy, které popisují výkony, které budou na pacientovi provedeny, výsledky vyšetření, informační letáky a brožury, ale je postaven před osobní otázkou, jak zjistí, zda péče, která mu na operačním sále byla poskytnuta, je taková, jakou by chtěl. Proto by si každý zdravotnický pracovník měl uvědomit, že práce na operačním sále není jen náročná po stránce odborných znalostí a dovedností, ale že pacient, který se nám na operačním stole odevzdal, má svou lidskou stránku, strach, obavy, nejistoty, je bezmocný a vešskou nadějí, kterou má, nám předává. Proto odpovědnost za pacienta s nulovou nezávislostí, je zavazující.

Princip spravedlnosti lze v perioperační péči chápat, že každý pacient by měl mít adekvátně ke svému zdravotnímu stavu přizpůsobenou co nejkvalitnější péči. Péče spočívá ve zvolení co nejlepších pomůcek, volba adekvátní polohy pacienta a postupu operačního výkonu s co nejmenším poškozením pacienta. Zdravotní péče by měla být každému jedinci poskytnuta za stejných podmínek, i když se jedná o člověka starého, člověka s demencí, drogově závislého, vraha nebo naopak politika, velmi dobrého kamaráda či jinou významnou osobnost. (Wichsová, 2020, s. 56-58)

2.3 Klinická etika

Klinická etika se zabývá implementací etických pravidel do praxe. Tímto pojmem se rozumí strukturovaný přístup k etickým otázkám v klinické medicíně. S etickými otázkami, nebo také problémy v souvislosti s péčí o pacienta se za své praxe ve zdravotnickém zařízení, každý zdravotnický pracovník určitě setkal. Proto je důležité, aby zdravotnický pracovník, který pečuje o pacienta, byl dostatečně v etické problematice erudován. Těžištěm poskytování co nejefektivnější péče je vztah mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Zdravotnickým pracovníkem v tuto chvíli není jen lékař či zdravotní sestra, ale také sociální pracovník, techničtí pracovníci, psychologové, teologové a studenti, kteří se v krajských a fakultních zdravotnických zařízeních nacházejí v hojném množství. Vztah zdravotníka a pacienta musí být založen na vzájemné důvěře, porozumění a čestnosti spojené s empatickým uchopením. Zdravotnický pracovník vstupuje do vztahu s pacientem s určitou profesionální identitou, která by měla pro pacienta znamenat zajištění co nejkvalitnější péče v zájmu pacienta, určit a srovnat klady a zápory poskytované péče.

Klinická etika je především o rozhodování a jednání. I když se lékař či sestra snaží nastavit léčbu či péči pro blaho pacienta, nenese tato léčba či péče vždy klady, ale i zápory. Zdravotnický pracovník by měl být schopen identifikovat etické dilema a argumentovat závěr svého rozhodnutí a konkrétního jednání, který doporučil. Celý proces není tak jednoduchý, jak se na první pohled může zdát. Zdravotnický pracovník musí být schopen problém označit, následně sesbírat aktuální informace o pacientově zdravotním stavu, potřebách, hodnotách a přesvědčeních a následně je zpracovat a vyvodit závěr ve prospěch pacienta. Aby data byla nasbírána důsledně, slouží k tomu metoda sběru dat pro etický problém, kterou vytvořili autoři A. R. Jonsen, M. Siegler a W. J. Winslade. (Jonsena, Sieglera, Winsladea, 2019, s. 7-9)

Tato metoda neslouží jako příručka, podle které se má zdravotnický pracovník řídit, slouží jako opora, návod na možné úvahy nad problémem. Rozvaha je v tomto ohledu dominantnější než

sběr dat. Zdravotník se v tomto případě musí zamýšlet nad pacientem jako jedinečným celkem, nelze sbírat pouze holá fakta. Získané informace je třeba rozlišit na potřebné a nepotřebné, tedy relevantní a irelevantní. K rozlišení můžeme použít Eisenhowerův princip, který spočívá v řazení úkolů dle priorit. U třídění může dojít už k nečekanému závěru a doporučení řešení etického problému, což může být překvapující. I přes nečekaný závěr nesmí být vynecháno zvažování nad zjištěnými závěry. Zvažování nás vede k rozpoznání norem a principů vůči sobě navzájem. K určení, která norma či princip převažuje, která je závažnější a která je vhodná k řešení. Řešením a výsledkem je názor pracovníka na daný problém v kontextu s pacientovými preferencemi a názory. Jedná se o doporučené jednání a chování po vzájemné domluvě mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou či příbuznými.

2.3.1 Přístup čtyř rovin

Přístup čtyř rovin je základní metodou pro sběr dat u etického problému. Slouží jako návod na sběr dat, třídění a stanovení etického problému a určení závěru po zvážení faktů a názorů. Tento přístup navrhuje čtyři témata, která lze pro klinickou etiku využít. Jedná se medicínskou indikaci, preference pacienta, kvalitu života a kontextuální charakteristiky. Každé téma je dále rozvedeno do určitých otázek a postojů, které s tématem souvisí. Získaná fakta v kontextu s případem pacienta slouží na identifikaci etického problému. Při shrnutí všech čtyř rovin lze dojít po zvážení názorů a myšlenek ke komplexnímu etickému náhledu na řešení problému.

2.3.1.1 Lékařská indikace

Lékařská indikace patří mezi základní otázku každého zdravotnického pracovníka. Pojednává o faktech a názorech o pacientově zdraví, jak fyzickém tak duševním. Je základem pro stanovení co nejefektivnější diagnostiky a léčby. Při diskuzi o etickém problému by měla být vždy jako první položena otázka související s lékařskou indikací. Tento přístup se zaměřuje na bioetické přístupy beneficence a nonmaleficence, které vedou k činnostem, jež vedou k pacientově prospěchu, dá se také říci, že vedou k vyzkoušení všech možností, co medicína nabízí, a k ochraně před poškozením, nebo také hledání co nejlepší cesty k minimalizaci rizika poškození u pacienta. U tohoto přístupu si pokládáme otázky typu, jaký medicínský problém má pacient, zda se jedná o problém akutní či chronický, vyléčitelný nebo nevyléčitelný, jakých cílů léčby chceme u pacienta dosáhnout, jaké jsou kontraindikace navrhované léčby, pacientovo profitování v kontextu s lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Při těchto otázkách nastává vždy rozhodování mezi benefitem v poměru s rizikem poškození pacienta při stanovené terapii. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 17-19)

Práce ve zdravotnictví nese velké úsilí pomoci druhému. Je proto těžké si přiznat, že ne vždy je možná záchrana pacienta. Je důležité si uvědomit, že jako lidé nejsme všemocní a že je třeba v indikovaných případech říci stop léčbě. S touto problematikou se spojuje pojem marná léčba. Je charakteristická při terapiích bez efektu, bez prodloužení délky života u pacientů s kritickou diagnózou a bez zlepšení životních kvalit. Marná léčba se nedá určit pomocí škál či prognostických skóre, je určována několika subjektivními faktory. V případě výpočtů v odhadu smrti pacienta pomocí čísel by se jednalo o zcela neetický přístup. Aby se tedy lékař dokázal marné léčbě u kriticky nemocných pacientů vyhnout, slouží k tomu dva pilíře, mezi něž patří lékařská indikace a vůle, neboli autonomie pacienta. Existuje studie, kde u 6916 hodnoceních provedených 36 kritickými specialisty, bylo u 1136 pacientů zjištěno, že 11 % pacientů vnímali svou léčbu jako marnou. (Bein, 2023, s. 1145-1146)

Mezi etickou diskuzí v rámci roviny lékařské indikace bych chtěla zmínit kardiopulmonální resuscitaci a příkaz neresuscitovat. Resuscitace je označení pro navrácení kardiopulmonální zástavy. Je legislativou povinná a je poskytnuta každému pacientovi bez použití souhlasu. Existují však situace, kdy resuscitaci zdravotnický pracovník nemusí poskytnout. Jedná se o situace, kdy kardiopulmonální resuscitace neprospívá k navrácení fyziologických funkcí. Zde bych jako příklad uvedla pacienta v terminálním stádiu nemoci, kdy se kardiopulmonální zástava očekává. Druhým případem je, že pacient má předem podepsaný souhlas, v kterém je uveden požadavek o neposkytnutí záchrany. Zde nastává etický konflikt mezi pacienty, kteří v terminálním stádiu nejsou a chtějí také podepsat souhlas o neposkytnutí resuscitace. V takovém to případě by mělo dojít k důkladnému probrání situace s lékařem a v případě nesouhlasu mezi názory by měl lékař plně autonomii pacienta respektovat. (Chan, 2015, s. 1490)

Při podepsání nesouhlasu s resuscitací nastává otázka, zda se tento souhlas akceptuje i na operačním sále, kdy pacient v terminálním stádiu podstupuje zákrok, který vede k zlehčení projevů symptomů a k zlepšení kvality života. Někteří anesteziologové argumentují, že kardiopulmonální resuscitace jsou na operačním sále adekvátní z důvodu kvalitně vyškoleného personálu. Pokud pacient souhlasí se zákrokem, tak logicky souhlasí i s resuscitací během zákroku. Jedná se také občas o neomylnost a dokonalost chirurgů, kteří si nepřejí, aby smrt pacienta byla pod záštitou právě jich. Naopak jiná část anesteziologů tvrdí, že resuscitace na operačním sále představuje narušení autonomie pacienta a jsou přesvědčení, že před operačním výkonem by pacient a jeho rodina měla být obeznámena s touto situací a před zákrokem by mělo dojít k dohodě. První oficiální politiku tohoto etického problému sestavila Americká

společnost anesteziologů v roce 1993, u které došlo do dnešních dob k několikanásobné novelizaci. Uvádí, že u pacienta by mělo dojít k opětovnému zvážení svého přesvědčení a nemělo by docházet k vynucenému zrušení souhlasu s neposkytnutím resuscitace. Má se za to, že pacient, který se rozhodne operační zákrok absolvovat, přehodnotí své životní cíle a může svůj názor změnit. Vždy by mělo před operačním výkonem dojít k rozhovoru mezi lékařem a pacientem a společně dojít k závěru, zda se souhlas ponechá nebo dojde k jeho zrušení. (Shapiro, Singer, 2019, s. 862-864)

V České republice neexistuje legislativní rámec, který by definoval jak postupovat při nesouhlasu s resuscitací. Pokud by se jednalo o dříve vyslovené přání právní úpravou je Zákon 372/2011 Sb., konkrétně v §36 (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). U dříve vysloveného přání pacient využívá své autonomie převážně při terminální fázi jeho života. Při vědomí pacient může odmítnout jakýkoliv výkon, pokud dojde k fázi, kdy pacient při vědomí není, zdravotnický pracovník je povinen předem vyslovené přání respektovat a poskytnout jej. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. (Česko, 2011)

Může nastat ovšem opačná situace, kdy pacient ani příbuzní nejsou srozuměni s marností poskytování resuscitace a zdravotnický tým i přes přesvědčení simuluje resuscitaci s přesvědčením, že jedná správně. Tato situace slouží pro smíření se s aktuální situací pro pozůstalé. Dělá se to z důvodu zmírnění pocitu viny příbuzným, která bude v přesvědčení, že pro svého blízkého udělala vše, co bylo v jejich silách. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 45)

2.3.1.2 Preference pacienta

Zatímco lékařská indikace se zabývá lékařským úsudkem a přesvědčením o vhodnosti intervencí a léčby pacienta, druhá rovina je o volbách a zkušenost pacienta, o vlastní autonomii, o hodnotách a postojích, vlastním přesvědčení a víře, kterou nemocný vyznává. Tato rovina se zabývá respektem k pacientově autonomii a problematikou spojenou s ní. Každý pacient je individuální bytost se svou mravní hodnotou a důstojností. Tím, že pacienta budeme respektovat, být v situaci, s kterou jako zdravotnický pracovník nemusím souhlasit, umožňují pacientovi právo volit a splnit své vlastní životní plány a představy. Nejen pacient má právo na respekt k autonomii. I lékař je bytost s vlastním přesvědčením, hodnotami a vírou. Respekt k pacientově autonomii tedy neznamená, že lékař bude poslouchat, jak pacient žádá, ale bude jednat v nejlepším přesvědčení v péči o pacienta. Může nastat situace, že při stanovení léčby lékařem pacient nemusí souhlasit a v takovém to případě by lékař měl určit důvod, proč

k takové situaci nastalo. Může se jednat o neadekvátní komunikaci mezi lékařem a nemocným, důležitou roli v tomto případě hraje důvěra ve vztahu mezi lékařem a pacientem.

Důležitou součástí rozhodování je dostatek informací. Pokud je pacient dostatečně informovaný, minimalizuje se u něj strach, profituje z terapie, spolupracuje s lékařem a snáší léčbu lépe. Každý člověk chce mít kontrolu nad svým tělem, chce být informován, chce vědět, co se bude dít. Je to pro něj psychologicky významné. Při nedostatku informací může docházet k prolapsu onemocnění, k neúčinnosti terapie a vše bude zapříčiněno nedůvěrou v lékaře, který pacientovi zatajil informace. Ten pak hledá informace na nedůvěryhodných místech a mění mu to pohled na onemocnění. Pacient má právo být informován o možnostech terapii, které jsou spojeny s benefitem a riskem pro něj. Chce znát terapeutická opatření, co může, co nesmí. V dnešní době je pacientovo právo na informace podloženo právně a to informovaným souhlasem, který je v tištěné podobě. Nastává zde však otázka, za jakých okolností pacient informovaný souhlas podepsal, zda byl kognitivně schopen vstřebat informace, které jsou na informovaném souhlase uvedeny. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 57)

Informovaný souhlas je pojem, který zahrnuje lékařův názor na podstatu pacientových problémů, doporučující léčbu, popřípadě návrhy alternativních možností, odůvodnění svého rozhodnutí, při kterém poukáže na výhody a nevýhody terapie. Lékař by se měl při konverzaci s pacientem vyhýbat odborné terminologii, měl by být schopen předložit statistická data, aktivně se dotazovat pacienta, zda má nějaké obavy, zda všemu rozumí. Pacient by měl informaci pochopit, projevit svůj názor, vést s lékařem dialog o akceptaci, popřípadě zamítnutí terapie. U zamítnutí terapie kompetentním pacientem je lékař s ohledem na pacientovu autonomii povinen respektovat přání pacienta, i v případě že u neposkytnutí terapii pacientova prognóza může skončit smrtí, což může být pro lékaře i příbuzné náročné. Odmítnutí léčby může být z důvodu svého přesvědčení nebo také náboženského vyznání. (Mach, 2017, s. 51-52)

V případě pacienta, který není schopen sám o sobě rozhodovat ať už z důvodu ztráty vědomí, nemožnosti komunikace, stařecké demence, duševních chorob, mentální retardace či jiného postižení, je třeba nalézt alternativní přístup k vyřešení situace. První možnou alternativou je dříve vyslovené přání pacienta v čase, kdy byl schopen rozhodovat sám za sebe. Pokud se nejedná o případ, u kterého by pacient byl schopen vyjádřit svůj postoj, musí se určit zástupce, který bude rozhodovat za pacienta. Dříve vyslovené přání může obsahovat i informaci, která se týká zástupce pacienta v rozhodování o své péči. Může ale také dojít k situaci, kdy pacient nemá

žádného zástupce. V tomto případě se jedná o lidi, kteří nemají domov, jsou závislí na drogách či alkoholu. (Hříbek, 2021, s. 229-231)

Mnoho studií však poukazuje na selhávání lékařů v uspokojivém podávání informací. Stále u lékařů panuje autorita nad pacientem, užívání terminologie, které pacienti nerozumí, bojí se pacientovi říci, že i oni jsou jen lidé a mají v určitém ohledu strach a třeba možná někdy ani neví, jak správně postupovat. Jsou pohlceni mnoha administrativními povinnostmi, jsou ve spěchu a pod tlakem na výkon. Tím dochází k vzájemnému nepochopení. Na druhé straně je pacientovi sdělováno nejvíce informací v době, kdy je ve stresu, ve špatné kondici a má strach o svůj život. Lékař by proto měl vyvinout co největší snahu na překonání těchto bariér, a na co možná nejlepší porozumění s pacientem.

Těžištěm pro kvalitně provedenou léčebnou a ošetrovatelskou proceduru je otevřená komunikace, oboustranný respekt a sdílené hodnoty a rozhodnutí. Lékař by měl být při vysvětlování informovaného souhlasu erudovaný nejen v odborné problematice, ale také komunikačně zdatný. V případě nezkušenosti by se měl poradit s odborníkem na problematiku týkající se pacienta. Důležitým aspektem při komunikaci je pravdomluvnost. Pokud pacient vycítí, že zdravotnický pracovník zamlčuje či zkresluje informace, dochází k narušení mezilidských vztahů. Může se zdát, že lež je někdy přijatelnější než krutá pravda, ale v podmínkou etické přijatelnosti zvažovaného rozhodnutí je pravdivost informací. I přes množství výzkumů, které prokazují, že informovanost pacienta je benefitem v medicíně, mnoho zdravotnických pracovníků tuto důležitost bagatelizuje. Tvrdí, že pacienti stejně informacím sdělovaným lékařem nerozumí a že čas strávený na vysvětlování nemají. Toto tvrzení dehonestuje autonomii pacienta a vyvolává pocit hořkosti a smutku. (Benařík, Andrášiová, 2020, s. 63-65)

2.3.1.3 Kvalita života

Kvalita života patří do třetí roviny a je velice těžce definovatelná. Každý jedinec je individuum s odlišnou potřebou od druhých. Kvalita života je proto úzce spjatá s první a druhou rovinou. Lékařská indikace spolu s pacientovými preferencemi se snaží pacientovi nastavit terapii, aby došlo k zlepšení jeho kvality života. Nejen, že se u pacientalepší jeho biologické parametry, bude naplněna i duševní stránka, pacient se opět začlení do sociálního života a tím bude pociťovat uspokojení a zlepšení kvality života. Do kvality života lze zahrnout dobrý fyzický stav pacienta, absence bolesti, bez pocitu únavy a vyčerpání, nepřítomnost zranění, zvládnutí sebepečce, účast na denních aktivitách, psychická bdělost, sociální interakce a jiné. Jedná se

o činnosti, které člověka naplňují, umožňují mu vykonávat svou roli, využívat svůj intelekt, projevovat emoce. Medicína jde stále kupředu, má vysoký stupeň vývoje a chce zvládat nemožné. Někdy však medicína opomíjí stanovenou daň za její vědecký posun. Člověk, který by ještě před několika desítky lety umřel, dnes žije. Ale můžeme si položit otázku, zda kvalita života je dostačující? Zda by někdy nebylo lepší říci medicíně stop a nechat přirozený vývoj člověka dojít do konce? (Argayová, Angelovičová, Dimunová, 2021, s. 27-28)

Existují rozdílné pohledy na kvalitu života. Problémy, které klinická etika uvádí, jsou rozdíly v hodnocení kvality života lékařem a pacientem, neporozumění pacientovým hodnotám, neprofesionální přístup k anti sympatickému pacientovi a jeho diskriminace v plnění potřeb pro jeho vysokou kvalitu života. Anti sympatie může vzniknout na podkladě rasové diskriminace, náboženství, pohlaví, národnosti a sociálního postavení. Při výzkumné studii bylo zjištěno, že lékaři se při hodnocení kvality života zaměřují na nemoc, zatímco pacienti v otázce kvality života řeší finance, mezilidské vztahy, sociální postavení a sociální podmínky. Kvalita života může být také ovlivněna neaktivní spoluprací pacienta. Kupříkladu pacient závislý na drogách se nebude aktivně podílet na doporučeních stanovených lékařem. Lékař k takovým pacientům může přistupovat s nechutí a takovéto pacienty na základě vlastního přesvědčení odmítne. Dle etického jednání to však není správné.

V etice pod pojmem kvalita života vyvstávají čtyři oblasti, které bych ve své diplomové práci ráda zmínila. Jedná se o rehabilitaci, paliativní péči, terapii chronické bolesti, zlepšení života díky vývoji medicíny. Rehabilitační etika přispívá k zlepšení kvality života po stránce mobility. Člověk díky rehabilitaci obnovuje a zvyšuje svou nezávislost. Spolupráce v této oblasti je klíčová. Nejedná se jen o zlepšení mobility, ale také o přijetí samého sebe, své diagnózy, možností, které aktuální zdravotní stav nabízí. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 122)

Oborem, který citlivě vnímá kvalitu života pacienta, se stala paliativní péče. V roce 1990 vymezila Světová zdravotnická organizace paliativní péči jako aktivní komplexní péči pro nevyлéčitelně nemocné pacienty a jejich rodinu, která poskytuje léčbu bolesti a symptomů, které ovlivňují kvalitu života pacienta, dále řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Tato péče klade důraz na předcházení utrpení nemocným v jejich konečné fázi lidského bytí. Péče by měla být založená na pacientových přáních, individuálně zaměřená na pacientovy potřeby, bezpečná, včasná, efektivní a měla by být prospěšná pacientovi. Nemocnice využívají paliativní péči u etického sporu s ukončením léčby, která pacientovi nijak neprospívá a udržuje jej takřka uměle při životě. V tuto chvíli je paliativní péče

tou správnou volbou, kdy se pacientovi a jeho rodině uleví od zatěžující terapie a zvolí způsob léčby, který zmírňuje symptomy nemoci. (Bužgová, 2015, s. 17)

Bolest je zásadní příčina snížení kvality života u pacienta, narušuje jeho komfort, soustředění, znemožňuje jeho každodenní činnosti. Obavou lékařů je nežádoucí efekt dlouhodobého užívání analgetik spojený se závislostí. U terminálně nemocných spočívá etická otázka v adekvátním tlumení bolesti a zároveň způsobující vznik dechové deprese, která může u pacienta způsobit zástavu dechu až smrt. Ani v takovém to případě by nemělo být podání analgetik ukončeno. Jedná se o princip dvojího efektu, který je k etické diskuzi. Argumentace spočívá v tom, že pacient při užívání analgetik musí čelit dvěma efektům. Dobrý efekt musí být převažující nad špatným efektem. Lékařova medikace musí být naordinována za úmyslem využití dobrého, tedy žádoucího analgetického efektu. Pokud lékař naordinuje lék s vědomím, že primárním účinkem je překročení analgetické dávky za účelem eutanazie, kterou ustanovuje Zákon č. 40/2009 Sb. Trestního zákoníku, jedná se o špatný efekt. (Česko, 2009)

Poslední zmiňovanou oblastí je zlepšení kvality života prostřednictvím rozvoje medicíny. Typickým příkladem zlepšení komfortu života je využití oboru plastické chirurgie, která dokáže efektivně zmírnit či odstranit problémy pacienta. Pro subjektivní zvýšení kvality života se upravuje růst díky aplikaci růstového hormonu, užívají psychofarmaka, které povzbuzují mysl, potenci nebo aplikují steroidy pro zvýšení sportovních výkonů. Lékař se však ocitá na hranici uvážení, zda se jedná o opravdovou potřebu vedoucí ke zlepšení kvality života nebo o rozmařilost a rozpustilost jedince. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 125)

Etickou otázkou v oblasti kvality života je umělé podávání výživy a tekutin. Jedna část odborné veřejnosti tvrdí, že příjem výživy je jednou ze základních lidských potřeb člověka a ukončením podávání výživy způsobím jedinci smrt z vyhladovění. Naopak druhá část odborné veřejnosti tvrdí, že podávání výživy pacienta zatěžuje a v období smrti přináší pacientovi nežádoucí účinky. Usnesení těchto dvou pólů je, že se má přihlížet na benefit ve srovnání se zátěží s poskytovanou péčí. Zdravotnický personál si má uvědomit benefity, které pacientovi poskytovaná péče nabízí a jednat v jeho nejlepším zájmu s respektováním jeho autonomie. (Tomáška, 2022, s. 114-115)

2.3.1.4 Kontextuální charakteristiky

Kontextuální charakteristiky patří do čtvrté roviny řešení etických případů v klinické etice. Neřeší přímo etický problém, ale pojednávají o faktorech, které jsou důležité při jejich rozhodování. Klinická etika se zaměřuje především na rovinu lékařské indikace, pacientových

preferenci a pacientovy kvality života, avšak při rozhodování nejsou k dispozici jenom dvě varianty, ale řešený problém je omezován kontexty, ve kterých se daná situace odehrává. Při řešení problému zdravotnický pracovník musí přihlížet na názory svých kolegů a rodiny či příbuzných pacienta. Nejedná se jenom o úzce spjatý vztah mezi pacientem a lékařem, ale přihlíží se i na poskytovatele zdravotní péče, dostupnost zdravotnické péče, dostatek personálu, pojišťovny, farmaceutický průmysl a jiné profesní, státní a federální organizace. Zdravotnický pracovník se tedy musí řídit pravidly instituce, v které péči poskytuje, možnostmi zdravotní pojišťovny, právními normami a celkovým aktuálním ekonomickým trhem. Zdravotnická politika je jedním z největších kontextů souvisejících s etickým problémem. Zdravotnický systém, složitost poskytování péče o pacienta společně s jejím financováním má významný dopad na vztah lékaře a pacienta. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 157-158)

Důležitým pojmem pro čtvrtou rovinu je spravedlnost. Spravedlnost znamená rovnoměrné rozdělení přínosů a nedostatků sociálního systému mezi všechny členy. Znamená to, že zdravotní péče by měla být poskytována bez ohledu na původ, rasu, sociální postavení, věk a pohlaví stejně. Dochází však i v dnešních dobách k jakémusi nespravedlivému rozdělování péče na podkladě známosti, sociálního postavení a finančních možností. Nejedná se však jen o vztahy mezilidské, ale i o vztah mezi lékaři a medicínským byznysem. Tento vztah nepohlíží na pacienta, ale na zdravotní zařízení, v kterém je péče poskytnuta, na nabídku farmaceutických firem a na ekonomickou situaci. (Haškovcová, 2022, s. 15-17)

Důležitým pojmem pro oblast kontextuálních charakteristik je konflikt zájmu. Terapeutický vztah je děj odehrávající se v různých strukturách a zahrnuje potenciál konfliktu zájmu. Nastává v situaci, kdy zdravotnický pracovník nerespektuje princip beneficence a princip respektu k pacientově autonomii a využívá bezmocnosti a nevzdělanosti pacienta. Konflikt zájmu znamená, že zdravotnický pracovník neplní své povinnosti a zájmy vůči svoji profesi. Konflikt vede k vlastnímu zájmu a ne k prospěchu pacienta. Je tedy neetické, když pacientův prospěch není na prvním místě, ale zdravotnický pracovník jedná ve prospěchu svém. Prostředek, který slouží ke kontrole je poctivost. Avšak poctivost se nedá nijak měřit, je o svědomí a přesvědčení každého zdravotnického pracovníka a nedá se nijak druhou osobou kontrolovat. Zdravotnické povolání nese profesionální závazek péče o blaho nemocného nad jiné závazky. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 159)

Zdravotnické povolání je náročné povolání a je třeba, aby členové zdravotnického týmu dodržovali dobré vztahy na pracovišti. I tuto problematiku začleňujeme do otázek

kontextuálních charakteristik. Při léčbě pacienta může dojít ke střetu zájmu mezi lékařem a sestrou, služebně starším a mladším lékařem či ve vztahu lékaře či sestry ke studentům, kteří o pacienta pečují. Jedná se o problém morálního distresu, kdy u lékaře převažuje paternalistický a povýšený přístup k jiným členům zdravotnického týmu a ten je pod mocenskou hierarchií lékaře nebo strukturami administrativy. Konflikt na pracovišti ohrožuje péči o pacienta a proto je důležité problém rozpoznat a vyřešit jej za pomoci interpersonální a interinstitucionální nápravy. (Houston, Casanova, Leveille, 2013, s. 99)

Nejen však vztahy na pracovišti negativně ovlivňují péči o pacienta, ale také vztah zdravotnického pracovníka s kontextu s jeho osobním životem. Každý zdravotnický pracovník je jen pouhá bytost, která má své potřeby, povinnosti, sociální postavení a sociální role. Proto je důležité, aby našel při svém zaměstnání rovnováhu mezi pracovním a osobním životem. Pokud nedojde k bilanci těchto dvou rolí, opět to vede k špatné péči o pacienta, ale i k osobním problémům, vzniku nemocí, rodinné krizi a k následnému syndromu vyhoření. Mnoho studií dokládá, že k předcházení syndromu vyhoření je důležité, aby každý zdravotnický pracovník měl čas na svou osobní relaxaci. (Jedličková, Mičudová, 2019, s. 197)

Medicína jde stále dopředu díky novým klinickým výzkumům. Ty přinášejí řadu etických problémů. Nové výzkumné poznatky se testují na lidech trpících onemocněním, která výzkumná studie zkoumá. Střet zájmů spočívá ve dvou rolích zdravotnického pracovníka, které musí vykonat v co nejkvalitnější míře a to je péče o pacienta samotného a provádění výzkumné studie na pacientovi. Vždy by však zdravotnický pracovník měl upřednostnit blaho pacienta nad samotným výzkumem. Výzkumník by měl dodržovat při výzkumu autonomii pacienta a s tím spojený informovaný souhlas. Otázkou klinické etiky je, jestli léčba poskytovaná za výzkumem pacienta nepoškozuje a nepřidává pacientovi další zdravotní obtíže. Lékaři by tak při vykonávání výzkumu měli dodržovat předem stanovené právní normy, aby nedošlo k výzkumným činnostem, které pacienta poškozují. Jedním z takových pravidel je Norimberský kodex. (Fisher, Walker, 2019, s. 5-6)

2.4 Etická dilemata u onkologického pacienta

Onkologie je obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění. Léčba nádorových onemocnění může být různá. Nádory nemají vždy jasnou prognózu. Vždy záleží na organismu jedince, jak na daný nádor bude reagovat. Dále na charakteru a lokalizaci nádoru a na spoustě dalších ukazatelů, které vývoj nemoci ovlivňují. S nádorovým onemocněním je spjata spousta vedlejších účinků a kontraindikací při léčbě. První etickou otázkou, která se

objeví v komunikaci s pacientem, se stane sdělení nádorového onemocnění, jak samotnému nemocnému, tak popřípadě rodinným příslušníkům. Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem je tudíž velmi náročná. Záleží na charakteru každého jedince, jak na danou situaci bude reagovat. Obecně jde říci, že sdělování špatné zprávy přináší s sebou strach, úzkost, beznaděj, změnu sociálního postavení, změnu životního stylu, změnu vzhledu, zhoršený zdravotní stav a mnoho dalších životních změn. S tím souvisí druhá etická otázka, zda není lepší nepříznivé informace nesdělovat nebo dát pacientovi planou naději? I když je někdy těžké sdělit nepříznivou prognózu, opětovný relaps pacienta či terminální fázi onemocnění, je důležité, aby pacient využil svou autonomii a rozhodl se sám, zda chce pravdu slyšet. I když je pravda někdy dost krutá a pacienta zasáhne, je důležitá ve fázi smířování a přijetí současné životní situace. Dokonce je někdy pro pacienta i osvobozující. (Opatrná, 2022, s. 72-75)

Během péče o onkologického pacienta se vyskytuje řada dilematických otázek. Zda péče pacientovi přináší benefit, zda u pacienta je léčba zvolená správně, zda zdravotnický pracovník udělal vše, co bylo v jeho možnostech, zda nejednal ve svůj vlastní prospěch a kariérní růst, zda péči poskytovanou pacientovi neovlivňovala ekonomická situace zdravotnického zařízení, zda nebral pacienta jen jako výzkumný vzorek, ale přihlížel na jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby a na pacientovu autonomii, důstojnost, zda jednání zdravotnického personálu vůči pacientovi je spravedlivé a spouště dalších etických otázek, které u pacienta můžou nastat. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 19)

Důležitá je psychosociální podpora v průběhu prožívání onkologické nemoci pacienta. Tato oblast není lehká pro pacienty, tak ani pro zdravotnické pracovníky. Pacienti prožívají psychosociální diskomfort a chtějí od zdravotnického personálu co nejvíce pozornosti. Není však v možnostech a snaze zdravotnických zdravotníků pozornosti, kterou nemocní očekávají dosáhnout. V této oblasti je velice důležité, aby nastal mezi zdravotnických pracovníkem a pacientem dobrý vztah, důvěra a aby se jejich vztah stal partnerským a ne paternalistickým. V tomto období nastává jedna z etických otázek, která souvisí s výzkumem a to se zařazením pacienta do klinických studií pro výzkum nových léků. Díky zařazením do výzkumné studie je důležité, aby studie pacientovi neubližovala, aby nečinila nic, s čím nesouhlasí a aby lékař nebral pacienta pouze za výzkumný vzorek. Někdy zdravotničtí pracovníci zkoušejí společně s pacienty všechny možnosti léčby až agresivní terapie, které pacientovi ubližují a snaží se za každou cenu pacienta udržet při životě. V tuto chvíli přichází etická otázka o marnosti léčby. Není lepší po dohodě léčbu ukončit a nechat pacienta v poklidu odejít? (Stankušová, 2014, s. 274-279)

Pokud se pacient rozhodne léčby onkologického onemocnění zanechat, tak se dostáváme k etickým otázkách v terminálním stádiu pacienta. Terminální stádium je v onkologii často používaným termínem u pacientů, kdy medicína využila všechny své možnosti léčby pacientova onemocnění a že mu současná medicína nemá co nabídnout. S tímto problémem se používá pojem paliativní péče, která pečuje o pacienty v terminálním stádiu onemocnění a využívá současné možnosti medicíny, aby pacient v posledních chvílích života netrpěl, nepocíťoval bolest, neměl zažívací obtíže a další symptomy, které umírání a diagnóza pacienta doprovází. V tomto období nastávají etické dilemata, které souvisí s podáváním výživy pacienta, jestli je vhodné podávat či nepodávat výživu a nechat pacienta vyhladovět, otázka s podáváním analgetik a opioidů, které mají za sekundární účinek utlumovat pacientovo dechové centrum. Někteří autoři tvrdí, že podáním sedativních přípravků pacientovi navozujeme pomalou a maskovanou euthanasii, což je proti předpisům všech zdravotnických pracovníků. I když o tomto sekundárním účinku víme, je nutné u pacienta poskytnout úlevu od fyzikálních symptomů při jeho aktuálním zdravotním stavu a zdravotnický pracovník má odpovědnost fyzikální symptom v tomto případě bolest mírnit v době, kdy se pacientův život chýlí ke konci. (Opatrná, 2022, s. 46-47)

2.5 Legislativa spojená s etikou

Vztah mezi etickými a právními normami je buď v těsném či vzdáleném vztahu. Vztah může být buď ve shodě, nebo v rozporu. Při rozporu je důležité vždy dodržovat normy právní. Mravní normy slouží jako návod k předepsanému chování a jednání v určitých profesionálních situacích. I když je norma předem stanovená, záleží na uchopení normy každým jedincem individuálně. Soubory etických norem jsou mravní či etické kodexy. Ty slouží jako doporučení, návody, rady jak postupovat v co největší míře pro co největší počet zúčastněných. (Plevová, 2019, s. 82)

Nejznámějšími mezinárodními etickými kodexy jsou již zmiňována Hippokratova přísaha, která patří mezi nejcitovanější kodexy v medicíně, Norimberský kodex, který vznikl na podkladě hrůz za dob 2. světové války, a Ženevský slib, který vytvořila Světová zdravotnická organizace na podkladě Norimberského kodexu. Tyto etické kodexy jsou určeny převážně pro lékaře, ale mohou sloužit i pro jiné zdravotnické pracovníky např. všeobecné sestry. U českých etických kodexů bych chtěla zmínit etický kodex České lékařské komory, etický kodex práv pacientů, etický kodex hospitalizovaných dětí, etický kodex zdravotních sester a nelékařských pracovníků. (Haškovcová, 2015, s. 55-75)

Nejvyšší právní normou je Ústava České republiky, v které je uvedena Listina základních práv a svobod. Dále existuje spousta zákonů a vyhlášek týkající se medicíny, mezi něž patří: Zákon č. 258/2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon 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 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), Zákon č. 373/2011 Sb. Zákon o specifických zdravotních službách, Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a jiné. (Zákony pro lidi, 2024)

2.5.1 Mravní zákony pro sestry

Sestry v České republice užívají etický kodex zdravotních sester, jež byl převzatý Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses) v roce 1953 a do dnešních dob již několikrát zrevidován. Jsou v něm popsány čtyři základní povinnosti sester, mezi které patří předcházet nemocem, pečovat o zdraví, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Kodex je rozdělený do několika článků, mezi něž patří: sestry a spoluobčan, sestry a jejich praxe v ošetřování, sestry a jejich profese, sestry a spolupracovníci.

Při perioperační péči lze tyto články charakterizovat následovně. Sestry a spoluobčan poukazuje na poskytování péče pacientům, na podílení se na péči a podpory o zdraví pacienta, na spoluzodpovědnosti sester v ohledu na poskytování bezpečí na operačním sále a dodržování hygienických pravidel. Sestry a jejich praxe v ošetřování lze chápat jako poskytování co nejvyšší kvality ošetrovatelské péče, sestra klade důraz na důstojnost pacienta, na dodržování lidských práv. Sestry a jejich profese vytváří požadavky, které by sestra měla při vykonávání profese splňovat. Jedná se např. o vytváření a realizaci norem pro ošetrovatelskou praxi, podílí se na výzkumech spojených k dosažení poskytování lepší zdravotnické péče. Sestry a spolupracovníci je chápána jako obhájkyne pacienta v případě ohrožení pacienta spolupracovníkem. (Wichsová, 2020, str. 59-60)

Důležitým kodexem v oboru perioperační péče je etický kodex ANA (American Nurse's Association), který převzala Asociace AORNA (Association of periOperative Registered Nurses). Slouží perioperačním sestřím jako opora pro vykonávání co nejlepší péče na operačním sále. Zahrnuje celkem devět ustanovení, jež se zaměřují na pacientovu důstojnost a úctu každé osoby jedinečně. Sestra má pohlížet nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu a

komunitu, má být pacientovou ochránkyní, která brání jeho práva, zdraví a bezpečnost. V perioperační péči má sestra nezvyklou povinnost rozhodovat za pacienta v jeho nejlepším zájmu, jelikož je pacient pod vlivem anestezie. Osobní růst a s tím spojený vědecký výzkum, profesionalita a povědomí o kompetencích je základním úlohou každé kvalitní perioperační sestry. Sestra je zodpovědná za etické pracovní prostředí a stanovuje podmínky pro zajištění bezpečné a kvalitní zdravotní péče, spolupracuje s ostatními pracovníky zdravotnického zařízení i laickou veřejností za účelem ochrany lidských práv a svobod. Perioperační péče patří mezi obory ošetrovatelství, která prostřednictvím profesní organizace formuluje ošetrovatelské hodnoty, zachovává integritu profese a uplatňuje principy sociální spravedlnosti a zdravotnické politiky v ošetrovatelství. (AORN, 2017)

Evropskou organizací pro perioperační sestry je EORNA (European Operating Room Nurses Association) evropská asociace perioperačních sester, která sdružuje perioperační sestry z celé Evropy. Jejím úkolem je zajištění vzdělání nových perioperačních sester, určení kompetencí, kvalita provádění ošetrovatelství a výzkumu v perioperační péči. EORNA byla založena v roce 1980 skupinou inovativních evropských perioperačních sester a formálně zahájena v Kodani v Dánsku v roce 1992. V současnosti existuje 24 členských asociací, kdy z každé členské země dva zástupci zastupují správní radu EORNY. (EORNA, 2024)

3 VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Výzkumná část diplomové práce bude zaměřena na výzkumný cíl, kterým je chápání etiky na operačních sálech z pohledu perioperačních sester, výzkumné otázky zabývající se tímto tématem, metodiku prováděného průzkumu, charakteristiku zvoleného průzkumného vzorku, popsání získaných dat a způsob jejich vyhodnocení, analýzu výsledků společně s výsledky výzkumné studie, které popíšu v závěru diplomové práce.

3.1 Výzkumný cíl

Hlavní cíl vztahující se k průzkumné části diplomové práce:

1. Zjistit, jak perioperační sestry pracující na operačních sálech vnímají etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi.

Díličí cíle vztahující se k průzkumné části diplomové práce:

1. Zpracování etických problémů metodou čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea.
2. Navrhnu postup řešení etických problémů na pracovišti.

3.2 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka vztahující se k průzkumné části diplomové práce:

1. Vnímají perioperační sestry etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi v rámci svého pracoviště na operačních sálech?

Díličí výzkumné otázky vztahující se k průzkumné části diplomové práce:

1. Jaký je biologický rozměr pacientova života v kontextu principu beneficence a nonmaleficence při použití diagnostických a terapeutických metod při léčbě?
2. Co znamená pojem autonomie na operačních sálech?
3. Jaký je brán ohled na preference pacienta v rámci jeho autonomie na operačních sálech?
4. Jak je perioperačními sestrami vnímaná kvalita života onkologického pacienta s ohledem na provedený zákrok?
5. Co pro sestru znamená spravedlnost na operačním sále?

3.3 Metodika průzkumu

Výzkumná studie byla sestavena na základě zpracování etických problémů metodou čtyř rovin, což jsou lékařská indikace, preference pacienta, kvalita života, kontextuální charakteristiky, dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea, kdy cílem studie bylo zjištění, jak

nelékařský zdravotnický personál tedy perioperační sestry vnímají etiku na operačním sále konkrétně u onkologických pacientů. Ke sběru dat byl zvolen kvalitativní výzkum, jelikož je zvolené téma specifické a obsahuje vyjádření vlastních osobních zkušeností a názorů, které v tomto případě nelze sesbírat kvantitativně.

Hendl (2023, s. 50) u kvalitativního výzkumu uvádí: „*Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.*“ Kvalitativní výzkum je zaměřený na delší a intenzivnější kontakt s terénem či jedincem nebo skupinou. Výhodou tohoto výzkumu je získání hloubkových popisů případů.

Vymezení kvalitativního výzkumu se ale liší různorodostí názorů výzkumníku. Podle názoru Hendla (2023, s. 48) (definoval metodolog Creswell) „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ Jiný názor chápání kvalitativního výzkumu má autor Švaříček (2014, s. 14) (komentuje americký sociolog Blau): „*Kvalitativním výzkumem nelze vlastně zjistit nic více než to, co jsme „kvalitativně“ předem věděli, ale o čem jsme pouze nevěděli jak je „to“ v populaci rozloženo, distribuováno.*“

U kvalitativního výzkumu jsou nástroji pro sběr dat různé typy rozhovorů, pozorování, diskuze, analýza dokumentů a jiné. Zvoleným nástrojem pro výzkumnou studii v diplomové práci byl polostrukturovaný rozhovor. Mišovič (2019, s. 80) uvádí: „*Velmi podstatná je jeho schopnost vyjevit, odhalit významné a často skryté a závažné aspekty lidského a organizačního chování. Často je to nejefektivnější a výhodný prostředek k získání informací.*“ Rozhovor byl prováděn s respondentem na základě předem připravených otázek, na které každý respondent v prováděných rozhovorech odpověděl a v případě potřeby byla možnost volně se respondenta na danou problematiku doptat a reagovat na jeho slovní odpovědi. Otázky byly vytvořeny na základě metody čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea. Každá rovina obsahovala tři otevřené otázky k dané rovině. První rovina lékařská indikace se zabývala dříve vysloveným přáním, problematikou neresuscitování na operačním sále v případě dříve vysloveného přání a nonmaleficenci lékařské a nelékařské perioperační péče. Druhá rovina preference pacienta obsahovala otázky zabývající se autonomie pacienta na operačním sále, respektování lidských práv a svobod a podmínkami pro vykonávání péče o pacienta. Ve třetí

rovině kvalita života bylo respondentům dotazováno na pojem kvality života u onkologického pacienta a euthanasii. Čtvrtá rovina kontextuální charakteristiky poukazovala na spravedlnost a problematiku výzkumu na operačním sále. Pro přehled přesných otázek pro respondenty viz Příloha 1 Otázky k rozhovoru a Příloha 2 Doplnující otázky k rozhovoru.

3.3.1 Přípravná fáze průzkumu

Před vlastním průzkumem předcházela literární rešerše odborné literatury k tématu diplomové práce. Po důkladném nastudování literatury uvedené v teoretické části diplomové práce byla sestavena východiska pro výzkumnou část. Následovala literární rešerše odborné literatury k metodologickému základu průzkumu. Byla sestavena konstrukce otázek pro pilotní průzkum. Následně byla provedena pilotáž polostrukturovaného rozhovoru k průzkumu, která byla provedena se dvěma respondenty, kteří do konečného průzkumu zařazeni nebyli. Po provedení pilotáže průzkumu byly některé otázky opraveny do znění, aby byly pro respondenty srozumitelnější. Celkový počet otázek byl zredukován z důvodu náročnosti výzkumu pro respondenta.

Byla sestavena finální konstrukce otázek pro polostrukturovaný rozhovor v rámci čtyř rovin s jednou otázkou osobní zkušenosti eticky náročné situace pro perioperační sestru. První část konstrukce otázek tvořil kritéria pro výběr respondentů, kteří byli vybráni dle záměrného výběru a oslovení k průzkumu. Kritériem byla minimální délka praxe na operačním sále jeden rok a práce na oddělení s onkologickými pacienty, kde se minimálně jednou měsíčně provádí operační výkon za účelem onkologické diagnózy. Obecnými údaji byly pohlaví a věk respondenta a náboženské vyznání. Respondenti byli vybíráni cíleně z důvodu specifických vlastností, které museli splňovat, aby průzkum splňoval data pro hlavní cíl diplomové práce.

3.3.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor byl sestaven celkem devíti respondenty viz Tabulka 1 Charakteristika respondentů, které tvořily ženy ve věkovém rozmezí 20-65 let. Kritériem pro přijetí do průzkumného souboru byly podmínky pracovat na pozici perioperační sestry na operačním sále s onkologickými pacienty v délce praxe minimálně jeden rok. Další podmínkou bylo minimální provedení jednoho operačního výkonu měsíčně za účelem onkologické diagnózy. Respondenti byli dále vybíráni dle různých věkových kategorií, z důvodu různorodosti názorů na dané téma. Dále byl výběr respondentů ovlivněn délkou praxe na operačních sálech.

Respondenti byli záměrně vybráni dle kritérií, oslovení s žádostí o provedení rozhovoru a na základě ústního informovaného souhlasu byl rozhovor realizován. Všichni respondenti byli

předem informování o možnosti nahrávání rozhovoru a na základě souhlasu byl pořízen audiozáznam na mobilní zařízení do aplikace Záznamník, který byl následně zaznamenán do písemné formy. Rozhovory byly realizovány na odděleních, kde respondenti pracují. Jednalo se o odpočinkovou místnost, v které byl dostatek soukromí na provedení rozhovoru s respondentem.

Tabulka 1: Charakteristika respondentů

Označení	Pohlaví	Věkové rozmezí	Pracovní oddělení	Měsíční počet onkol. op. výkonů	Délka praxe na sálech	Náboženské vyznání
R1	Žena	20-35 let	Urologie	10 a více	1-5 let	Ne
R2	Žena	20-35 let	Urologie	10 a více	1-5 let	Ano
R3	Žena	20-35 let	Chirurgie, gynekologie, urologie	10 a více	6-10 let	Ne
R4	Žena	20-35 let	Chirurgie, gynekologie, urologie	10 a více	6-10 let	Ano
R5	Žena	36-45 let	Ortopedie	1-5	6-10 let	Ne
R6	Žena	36-45 let	Urologie	10 a více	16-20 let	Ne
R7	Žena	36-45 let	Gynekologie	5-10	1-5 let	Ne
R8	Žena	46-55 let	Chirurgie, gynekologie, urologie	10 a více	Více jak 20 let	Ano
R9	žena	46-55let	Urologie	10 a více	Více jak 20 let	Ne

(vlastní zdroj)

3.3.3 Sběr dat

Data byla sesbírána v únoru roku 2024 na operačních sálech na odděleních, kdy minimálně jednou měsíčně dochází k operačními výkonu za účelem, kdy výkonem u pacienta je

onkologická diagnóza. Průzkum byl prováděn s perioperačními sestrami pracujícími na oddělení s onkologicky nemocnými pacienty, kde pracují. Po domluvě s respondentem byl rozhovor proveden v odpočinkové místnosti, v které byl dostatek soukromí na provedení rozhovoru. Rozhovor byl nahrán na mobilní telefon do aplikace Záznamník a následně přepsán do psané podoby. O nahrávání byl respondent předem informován a na začátku rozhovoru udělil slovní souhlas s použitím nahrávky za účelem diplomové práce. Před dotazováním byl respondent obeznámen s ochranou osobních údajů, o respektování zákona č. 110/2019 Sb. O ochraně osobních údajů a o respektování anonymity respondenta a po zpracování dat sloužící pro účely diplomové práce upozorněn, že budou data smazány. (Česko, 2019)

Proto dále v textu diplomové práce budou respondenti označeni pomocí R_n, kdy R je označení pro respondent a n udává číslo pro identifikaci respondenta podle pořadí provedených rozhovorů, aby byla zachována jejich anonymita. Respondent měl na rozhovor neomezený časový limit. V případě nejasností se mohl doptat. Pokud mu byly otázky nepříjemné, mohl na danou otázku neodpovídat.

3.3.4 Technika vyhodnocení dat

Data byla pořízena pomocí aplikace Záznamník, která umožnila pořízení audio nahrávky, která byla následně převedena doslovnou transkripcí do psané podoby v programu MS WORD za pomocí aplikace diktovat. Texty byly pomocí aplikace přepsány nespisovným hovorovým jazykem, aby byla zachována autenticita myšlenek a vyjádřených slov respondentů. Švaříček (2014, s. 41) vysvětluje doslovnou transkripci následovně: „*Co nejpřesnější přepis vede k tomu, aby si badatel byl schopen vzpomenout na intonaci účastníka v rozhovoru, na jeho zámlky a ironii v hlase.*“ Respondenti byli informováni o přepisu v programu MS WORD a k možnosti náhledu do tištěné verze rozhovoru. Po přepsání rozhovoru byl rozhovor upraven k pořízení tištěné verze k lepšímu zpřehlednění všech rozhovorů a k následné ruční analýze. Prvotním záměrem zpracování dat byla aplikace Atlas, která slouží ke zpracování kvalitativních výzkumů, avšak z technických důvodů technika vyhodnocení dat proběhla pomocí ruční analýzy a vyhledání vlastních kódů. Význam kódů popsal ve své knize Hendl (2023, s. 219) následovně: „*Konstrukcí se myslí návrh popisného systému kategorií pro systematickou klasifikaci a roztřídění dat, přičemž se silněji nebo slaběji vychází přímo z nashromážděných dat. Jejich pomocí uspořádáme datový materiál tím, že ho přiřazujeme k různým nadpisům.*“ Kódy umožňují zpřehlednění zjištěných dat a odpovídají na cíle výzkumné studie.

3.4 Analýza dat

Analýza dat polostrukturovaného rozhovoru proběhla pomocí otevřených kódů, které byly z dříve vytištěných textů vyhledány po několikanásobně opakovaném čtení tak, aby odpovídaly výzkumných otázkám diplomové práce. Při čtení byly nalezeny různé obsahy odpovědí na danou otázku. Výsledky kvalitativního šetření u jednotlivých otázek v rozhovoru jsou zpracovány na základě kategorií, které obsahují jednotlivé kódy, které odpovídají obsahu odpovědí respondentů na dané téma. Celkem bylo vytvořeno na základě sestaveného rozhovoru pět kategorií obsahující kódy, které obsahovaly výsledky odpovědí respondentů na danou otázku. Kódy nebyly stanovené předem. Byly vytvořeny na základě získaných dat z analyzovaných rozhovorů. Celkem bylo vytvořeno dvacet dva kódů v pěti kategoriích viz Obrázek 1 Analýza dat.



Obrázek 1: Analýza dat (vlastní tvorba)

3.4.1 Kategorie – osobní zkušenost

Tato kategorie obsahuje osobní zkušenost respondentů při eticky těžké a náročné situaci. Kódy v této kategorii popisují eticky náročnou situaci pro perioperační sestru vztahující se k onkologického pacientovi při pobytu na operačním sále. V této kapitole jsou obsaženy kódy-identifikace pacienta, situace a pocity sestry. Respondentům byl nechán prostor pro vyjádření své osobní životní zkušenosti.

3.4.1.1 Kód – identifikace pacienta

R1: „ muž, 30 let, nádor ledviny, nefrektomie, kněz“

R2: „ pacienta si žádného nevybavuji...“

R3: „ žena, 30 let, cysta na děloze, předpokládaný odhad kolem 20 kilogramů, odstranění cysty i s dělohou“

R4: „ muž, 30 let, vasektomie, orchiektomie, odstranění penisu z důvodu nádoru“

R5: „ vůbec nevím...“

R6: „ žena, přes 80 let, tumor ledviny s trombem nebo nádorem až do srdce, trombektomie a nefrektomie“

R7: „ žena, 36 let, adenokarcinom hrdla děložního, radikální hysterektomie s lymfadenektomií“

R8: „ muž, 17 let, cysta v podpaží, enukleace cysty, extirpace cysty, útvar tumorórní na podkladě peroperační biopsie“

R9: „ žena, 30 let, nádor v dutině břišní, diagnostický výkon dutiny břišní“

3.4.1.2 Kód – situace

R1: „ Byl to kněz a otázkou je, zda na něho může jakoby žena vůbec sahat nebo ho cévkovat nebo cokoli mu dělat nebo ho vidět, protože se jedná o celibát a všechno ostatní no...“

R2: „ Žádná eticky náročná situace tady nebyla.... Jako nepamatuji si ani tady ani jinde, že bych já zažila nějakou takhle etickou věc, která by se musela řešit a u které by člověk nevěděl, co v tu chvíli má dělat... Tak aspoň já to tak beru, že my se můžeme při operaci podívat jen do dokumentace.“

R3: „ Byla vyhublá, měla pouze obrovské břicho. Už dlouho se k operaci odhodlávala, ale jako odmítala jakoukoliv léčbu, ale už ji to velké břicho vlastně omezovalo v dýchání, nechtěla žádné infuze nic.“

R4: „ *Byl to muž, kdy vlastně celkově se k němu personál chovat nevhodně, házel vtipky na jeho účel... Personál byl otrlý, instrumentárka nepřipravená jak technicky tak ani psychicky*“

R5: „ *No pro mě to jako nějak eticky náročné není...*“

R6: „ *Lékaři výkon nedoporučovali, byla tam šance asi 50 na 50 u toho, protože byla napojená na mimotělní oběh, vlastně se nemusí jako potom zase nahodit nebo prostě že nemusí pacient tu operaci zvládnout a nebo ještě potom je náročná rekonvalescence na jipce, že prostě může jako na to umřít... takže vím, že jsem ještě náhodou mluvila i s jejím synem, který tady volal ohledně toho výkonu, takže to bylo takové, že moc se do toho nechtěli pouštět, protože to jsou náročné výkony, ale samozřejmě z pohledu asi rodiny, tak by každý chtěl, ať je tady jeho babička, maminka co nejdéle...*“

R7: „ *Byla to primipara, i když v budoucnu plánovala další dítě, tak si vybrala možnost radikální operace. Byla ji tedy odebrána děloha a nebude už mít tedy další vlastní dítě, ale vlastně bylo pro ni důležitější se uzdravit.*“

R8: „ *Byl to mladý kluk, kdy lékař uvažoval o exanteraci axily, ovšem nebyla označena sentinelova uzlina, takže se to neprovedlo, protože by to bylo zbytečně radikální. K tomu dle výsledků krve bylo podezření na leukemii, kdy vlastně pacient nic nevěděl a ptal se nás, kdy může začít trénovat zase fotbal.*“

R9: „ *Ted' mi nic náročné nepřijde, ale před 20-ti lety mám případ, kdy jsme měli mladou ženu, která měla malé děti a v břiše byla rakovina, u které se nevědělo, kde všude zasahuje a jak jsme ji otevřeli, tak byla všude. Víceméně i doktor říkal, že jako jim doporučí, že by třeba už ani paní nebudili, ale vím, že potom ten manžel ji chtěl vzbudit, aby se rozloučila s dětmi.*“

3.4.1.3 Kód – pocity sestry

R1: „ *Jestli mu jeho víru prostě jakoby nevezmeš, protože on věří na to, že vlastně žena na něj nesaáh jakoby, ale neřekl při operaci že nesmí, ale otázka je, jestli to vůbec můžeš dělat? Protože na celém sále je sesterský jako operační tým a některé jakoby asistence jsou i ženy. Takže ty mu saháš na to přirození, protože ho musíš vycévkovat a vidíš ho nahého a tak.... Jako jestli je to pro něho to správné, jestli mu to jeho víra dovolí.*“

R2: „ *My se můžeme až při operaci podívat do dokumentace a podívat se na všechno... Vždycky je operace jako záchrana života. Když je chvilka, podívám se do dokumentace, ať zjistím, proč se mu to operuje. Mladý člověk, má nějakou rakovinu, co má v anamnéze, jestli kouří, jaká je rodinná situace, podle toho, co tam všechno je napsáno, tak si to můžu nějak jako vydedukovat,*

ale jako tady tohle právě řeší operatér, který se ním na ambulanci se potká a ten rozhodne co a jak dál.“

R3: „ Překvapovala mě agresivita pacientky na operační personál, kdy vlastně žilní vstup byl zaveden až na sále, kdy se s námi prala, asi nějaká úzkost, nevím... Celkově nás brala jako své nepřátelé než, jako ty, co ji chtějí pomoci.“

R4: „ Nebylo to v rozporu s vírou, ale spíše s přístupem k pacientovi a personálu, takové to neřeš to a operuj.... Chyběla mi tam potřeba komunikovat a sdělit to někomu.“

R5: „ Když pacienty zaroužkuju, tak mi to jako upřímně nepříjde. Je to takhle, dokud si člověk nepřečte dokumentaci, což si jako instrumentárka, která jste umytá dokumentaci nečtíte, tak ani nevíte o koho jde.“

R6: „ Když se na to dívám ne z pohledu rodiny, ale sestry, jako tak bych si řekla, že třeba větší riziko je toho pacienta operovat než neoperovat a vlastně lékaři to hodnotili, že bez operace třeba tady bude maximálně pár měsíců života a že ta operace jí to možná prodlouží o rok až 2 víc. No, že prostě oni nemůžou říct, jak to bude, ale pak třeba řeknou nějakého takového člověka jsme operovali a on třeba tady je už 5 let. Je to individuální, ale prostě už to byl vysoký věk a bylo to prostě těžké onemocnění a jestli to přinese benefit pro toho pacienta prostě bylo otázkou...“

R7: „ No představila jsem si, že bych byla na místě té pacientky. Jako, když člověk do toho vidí, tak ví, že kvalita života bude v průběhu několika měsíců snižená, vliv léků, strach o život...jednalo se o mladou ženu s tak radikálním výkonem vlastně stejně starou jak já.“

R8: „ Pacient byl stejně starý jako syn...“

R9: „ Bylo to za mě strašně psychicky náročné a drsné, že věděli že má před sebou jen dny, u výkonu neudělali nic, protože se to už nedalo a vlastně jen čekali než umře a chtěli ať umře ve spánku a rodina chtěla ji vzbudit. Bylo to hrozné.“

3.4.2 Kategorie - lékařská indikace

Tato kategorie obsahovala otázky zabývající se znalostí a vlastním postojem dříve vysloveného přání. Respondenti byli dotazováni, zda se s touto situací setkali a jak postupovali. S ohledem na poskytovanou péči na operačním sále, která může ihned zasáhnout je otázkou, v případě dříve vysloveného přání pacienta neresuscitovat, jak perioperační sestry vnímají jejich vnitřní pocit s pacientovým přáním a akceptací přání pacienta. Třetí oblastí kategorie lékařská indikace

je oblast nonmaleficence v perioperační péči. Zde sestry vyjádřili svůj pocit, jak vnímají nonmaleficenci a jak ji na operačním sále mohou zajistit. Respondentům, kteří nevěděli co pojem dříve vyslovené přání znamená, byl pojem vysvětlen a rozhovor dále pokračoval. Tato kapitola obsahuje kódy - znalost, praxe, vlastní přesvědčení, neresuscitovat, význam nonmaleficence, činnost zabraňují neškození.

3.4.2.1 Kód – Znalost

R1: „ *Je to, že si řekne, co chce, vlastně před tím, než to bude ta operace.* “

R2: „ *Už jsem to někde slyšela a myslím, že to musí být uvedeno asi někde v dokumentaci.* “

R3: „ *Zmínili se o tom v okolí...* “

R4: „ *Nevím, neseťkala jsem se s tím...* “

R5: „ *Nevím, netuším neseťkala...* “

R6: „ *Je přání, že si přeje, aby se něco stalo nebo aby se něco dělo v nějakém případě.* “

R7: „ *No je to přání, které si pacient sepíše dříve u notáře. Je to vlastně o tom, co bude v případě jeho dalšího bytí. Mělo by to být tak, že vlastně když ze zdravotních důvodů o sobě nemůže rozhodovat a vlastně je to proti jeho přesvědčení, buď nějaká léčba nebo tak, tak zdravotník jeho přání vyslyší a neučiní to. Jedná se např. o resuscitaci, vyživování a udržování vitálních funkcí při smrti mozku, transfuze...* “

R8: „ *Znám to z paliativní péče, ale stále o tom ví málo lidí.* “

R9: „ *No nevím, asi že si něco přeju.* “

U respondentů R4, R5, R9 proběhlo vysvětlení definice dříve vysloveného přání dle odborné literatury. Následovalo pokračování rozhovorů, kdy respondent, odpověděl, že se s tím setkal nebo naopak, že s tímto případem se v praxi nikdy neseťkal.

3.4.2.2 Kód - praxe

R1: „ *Ano tenhle doktor bude zrovna tady nebo nechci operovat z důvodu toho, že se něco děje nebo se bude něco dít, prostě si vždycky může něco jakoby před tou operací přát, ale tady na sále se toho moc neděje... Čistili ty kameny, které si prostě jo jakoby po té operaci chtěli vzít domů... U svědků Jehovových ti řeknou, že vysloveně si nepřeje transfuzi...onkologičtí pacienti nemají žádné přání, jejich přání je přežít...* “

R2: „ *No já jsem se s tím setkala u těch svědků Jehovových.* “

R3: „ *Neznám nikoho, kdo by ho měl, nebo si něco přát...* “

R4: „ *Nikdy jsem se s takovým žádným přáním u pacienta nesečkala...* “

R5: „ *Ted' jsem si uvědomila, že to člověk zná, ale nějak si to nedal do souvislostí...Jak máte ty informované souhlasy, že podepisujete, že souhlasíte, nesouhlasíte, jestli tam chtěou studenty a tyhle věci...* “

R6: „ *Jedině co se mě tady týká na sále, tak jsou pacienti, co třeba odmítají studenty a něco takového jinak nevím, možná ještě svědci Jehovovi a podávání transfuze...* “

R7: „ *Vím o co jde, ale nikdy jsem se s takovým pacientem nesečkala.* “

R8: „ *Na sále jsem se s tím nesečkala.* “

R9: „ *Vůbec jsem se s tím za svoji praxi nesečkala, jediné s tím, že jehovisté nechtějí krev.* “

3.4.2.3 Kód - vlastní přesvědčení

R1: „ *Myslím si, že u Jehovistů je to život ohrožující stav, třeba je to malé dítě, které nemůže rozhodovat a rozhoduje za něj někdo cizí, tak proč mu nemáš dát tu transfuzi, jako zachránit mu život, jenom protože nějaká matka je blázen...* “

R2: „ *Jestli je to v rámci přesvědčení pacienta a já jsem tady ta sestřička, která mu má maximálně při té operaci pomoci, tak bych asi k tomu neměla nějaký vyhrazený názor, nechce krev, tak bohužel, tak se dají jiné preparáty, o to se už pak stará ARO a to jde mimo mě a já se soustředím na svoji práci...V případě transfuze pokud by to bylo nějaké dítě a matka by nechtěla, tak by se ve mně nějaké přesvědčení hnulo... V případě dospělého by mi to bylo úplně jedno.* “

R3: „ *Jelikož jsem se s tím nikdy nesečkala, tak vlastně nevím, jaký bych k tomu měla postoj či názor...Asi záleží na případě, ale asi bych přání pacienta respektovala.* “

R4: „ *Asi bych to respektovala, i když by to mělo být být proti mému vlastnímu přesvědčení a byla bych sama v rozporu s vnímáním toho přání od pacienta. Rozhodnutí je na lékaři...* “

R5: „ *Jako ze svého jako pocitového hlediska jako takového bych to respektovala jo jako opravdu jo, protože já bych si to upřímně přála taky, aby mě druzí respektovali. Když už si člověk něco takového přeje, tak aby to dodrželi a aby to vydrželi, protože já bych byla upřímně když na to přijde i pro tu eutanazii...* “

R6: „ Asi bych respektovala přání pacienta. V případě těch svědků je to ale kravina, protože nikdy neví, jak dlouho ještě budou věřit... “

R7: „ No myslím, že to je dobrá věc, že vlastně člověk může vyjádřit vlastní názor, když už toho není schopný vlastně ze zdravotních důvodů no. Jako mě se to líbí a já jsem pro, aby se to lidem asi více nabízelo. “

R8: „ No asi bychom vždycky měli respektovat přání pacienta. “

R9: „ Podle konkrétního případu, je to dokonce v nějakých pravidlech, kdy nemusím resuscitovat, když je to vlastně onemocnění neslučitelné se životem i vlastně u onkologických pacientů je to neslučitelné se životem, ale vše je na lékařích, já se lékaři podřídím... V případě Jehovistů bych transfuzi podala, pokud mu to má zachránit život u kohokoliv, a u dětí bych nad tím ani neuvažovala, rodiče přece nebudou rozhodovat za děti, že je nechají umřít. “

3.4.2.4 Kód – neresuscitovat

R1: „ To je otázka na ARO, jestli resuscitovat či neresuscitovat, my neresuscitujeme, takže pokud si to někdo přeje tak neresuscitovat, akorát si to musíš vše doložit papírově a pak se to může řešit jako soudní spor. “

R2: „ Tak bych neresuscitovala, pokud si to pacient nepřeje, tak po domluvě s lékařem bych neresuscitovala. “

R3: „ Asi bych na to upozornila lékaře, pokud bych to nevěděla vlastně tak dopodrobna. Dokumentaci si sice nastuduji, ale pokud to tam ten člověk má napsané, tak bychom neměli pokračovat. “

R4: „ Nesetkala jsem s takovým pacientem na sále, ale jak říkám rozhodnutí je hlavně na lékaři, takže bych teda na to přání upozornila a on by se dále rozhodl co budeme dělat. “

R5: „ Jako nikdy jsem se s tím nesetkala, ale určitě bych to respektovala a prostě když si pacient přeje, tak to udělám, jsem toho názoru. “

R6: „ Asi bych se podívala jakou má pacient diagnózu nebo s čím tady přichází na ten sál a stejně se řídím pokynem lékaře, takže jestli by lékař řekl, že resuscitujeme a já můžu říct, že se toho nechci účastnit, že chci respektovat přání pacienta a jestli mě může přijít nějaká jiná sestra vystřídat, ať se toho nemusím účastnit... S ohledem na onkologického pacienta bych přání neresuscitovat respektovala. “

R7: „ No já bych to určitě respektovala. Kdybych viděla, že to někdo porušuje, tak bych ho určitě upozornila vlastně kolegy na jejich porušení přání. “

R8: „ Neresuscitovat toto přání jsem nezažila, ale zažila jsem na sále, že jsme dali transfuzi jehovistovi z vitální indikace. Je to tak, že vždycky rozhoduje lékař. “

R9: „ Je to na lékařích, já o tom nerozhoduji. Lékaři říkají prostě, že ty papíry nejsou prostě jako stále správně, nejsou jako adekvátní, takže stále on by za to mohl být souzený, pokud by teda pacient zemřel. “

3.4.2.5 Kód – význam nonmaleficence

R1: „Když přijede pacient na sál, tak můžeš na něho mít akorát tak dobré oči a usmívat se na něj a říct mu, že bude vše v pořádku, to je tak jako jediné, protože pak se uspí... Jedině můžeš být empatická a říct mu, že mu chceš pomoci... “

R2: „ Dbát na všechno, jak to zvládnou v rámci ošetrovatelské péče na sále, takže dívat se, aby všechno bylo sterilní, aby prostě nikdo neudělal nějakou chybu, zvýšená péče tady u těch onkologických pacientů. “

R3: „ Dodržovat postupy. “

R4: „ Určitě mít kompetenci pro svoji práci a znát vlastně jako vůbec svoji náplň práce, jaké jsou vůbec ošetrovatelské standarty, abych zabránila tomu poškození u pacienta. “

R5: „ No v uvozovkách pracovat pořád stejně, sterilně, aby se nic nestalo, ať nikoho nepoškodíte... Člověk taky u výkonu ať ví, jestli ten pacient spí a může se bavit o čem chce anebo respektovat, že nespí a neházet tam nějaké blbé vtípky a takové to, když si člověk jako kdyby baví, takže i vlastně na tu psychickou stránku, aby pacienta člověk nepoškozoval. “

R6: „ Určitě dodržovat všechny zásady bezpečnostního procesu a celkového přístupu k pacientovi i vlastně dodržování pravidel pro práci. “

R7: „ No určitě řídit se protokoly a normami asi no. “

R8: „ No tak znamená to pro mě dělat celou péči dle standardů a vlastně správných postupů, ať toho pacienta nepoškodím. “

R9: „ U onkologických pacientů nebudu dělat nic jiného než u ostatních. U všech dělám vše stejně... Vše správně a vše jak má být. “

3.4.2.6 Kód - činnost zabraňují neškození

R1: „Je to na operaci a na operatérovi a ty jedině co můžeš, jako sestra tady tak pořádně očistit rány, ať se mu tam něco nedostanete, tak jako maximálně nějaký aseptických přístup k ranám k tomu, aby prostě nedošlo k dalším nějakým, jako např. dostanu bakterií a ostatní věci, aby neměl další problémy prostě teďka tady. Takže nějaký jako přístup aseptický dodržování asi nějakých jako hygienických pravidel.“

R2: „, Snaží se, aby to méně krvácelo, aby prostě ten pacient utrpěl co nejmenší újmu, aby to bylo rychlé a efektivní pro toho pacienta, protože každá minuta drahá, protože tělo už samo bojuje s nemocí, tak ještě aby bojovalo jenom protože tam jsou pomalé sestry nebo neefektivní, tak ten lékař se vždycky snaží a dělá co může, takže je třeba dobře se soustředit na tu operaci“

R3: „, Znat svou práci, vědět jak se vše provádí, hygiena rukou, sterilní prostředí...“

R4: „, Určitě budu mít zvýšený přístup k pacientovi, samozřejmě dobrá komunikace, která zajistí, aby vlastně nedošlo k nějakému pochybení, klid na sále, určitě nebudu pacienta odhalovat, takže zajištění intimity, takové ty hloupé řeči jdou stranou, když mám na sále pacienta, ani vtípky, snažím se tomu předcházet, jako každý pacient má nějakou svoji důstojnost, takže i tak k němu přistupovat. Je taky důležitá atmosféra na sále, když je špatná, tak je to všechno více ve stresu a může nastat nějaké poškození, taky profesionalita celého týmu...“

R5: „, Sterilita na sále, a vlastně pracovat lege artis... Když je zase uvolněná nálada, tak vidíte že to jde fajn, takže víme, že se občas i stane, že máme blbé kecy prominutím, ale tomu dotyčnému to nevadí. Takže se i lépe soustředíte a takhle se i člověk nějak odprostité od toho, že je to člověk a děláte jen svoji práci...“

R6: „, Operovat to co máme operovat ne levou nohu místo pravé... Správná poloha, samozřejmě dezinfekce řádná, nějaké oblečení v dodržování nějakých zásad jak se říká asepse antiseptice a takové věci prostě zkontrolovat všechno, taky bezpečností proces, hygiena...“

R7: „, Tak určitě do toho spadá nějaká ta kontrola že, jako sterilita, nástroje, jestli jsou vlastně funkční, materiály, taky operační nějaký ten postup že pole operační taky a jak říkám, řídit se těmi protokoly a normami.“

R8: „, Tak jako důsledně dbát na ty přání pacienta, operovat asi jen do té míry, jak je to pro člověka prospěšné a řídit se těmi postupy a standarty no.“

R9: „*První instrumentuje správně, ta druhá se o všechno postará, co se týče nachystání věci, aby bylo vše nachystané, sterilita, kontrola, hygiena, je to všechno pořád stejné u onkologických i u neonkologických pacientů.*“

3.4.3 Kategorie- preference pacienta

Kapitola preference pacienta odpovídá na otázky co znamená pojem autonomie, jak lze autonomii na operačním sále zajistit, respektování lidských práv, hodnot, zvyků, duchovních přesvědčení a osobní zkušenost se spravedlivostí na operačním sále a vyjádřením vlastního názoru, co spravedlnost znamená. V případě neznalosti pojmů autonomie byl respondentům pojem vysvětlen dle odborné literatury a rozhovor byl veden dále. Tato kapitola obsahovala kódy – vědomost, činnosti, respektování lidského bytí, informovaný souhlas, sociální postavení.

3.4.3.1 Kód – vědomost

R1: „*Tak to vůbec nevím...*“

R2: „*No já si myslím, že aby se ten pacient nestyděl ne, aby věděl do čeho jde a když má někdo strach, tak ať ví, že jsem s ním a pomůžu mu. Dát mu pocítit, že jsme s ním, protože to není jenom číslo...*“

R3: „*Nevím, asi to, co si přeje.*“

R4: „*Rozhodnutí a přání pacienta respektovat.*“

R5: „*Nevím, co to znamená, zkuste mě nauknout.*“

R6: „*No je to vlastně, ať se pacient rozhodne sám.*“

R7: „*Autonomie pacienta jako rozhodování si sám o sobě.*“

R8: „*No je to něco jako jedinečnost, každý jsme jiní s jinými potřebami, zvyky...*“

R9: „*Jako, že je sám sebou, rozhodne se sám.*“

Respondentům R1, R3, R5 proběhlo vysvětlení pojmu autonomie dle odborné literatury a následovalo pokračování v rozhovoru.

3.4.3.2 Kód – činnosti

R1: „*Na operačním sále se nedá autonomie zajistit, my v podstatě přicházíme ke spícímu pacientovi.*“

R2: „ Když má někdo strach, tak většinou jdu, chytnu ho za ruku, tak ten pan doktor tu minutu počkat než ho třeba obleču nebo prostě chvíli jo, dokad' ho třeba neuspí, tak se tam snažím pro toho pacienta být...Pacient řekl, že nechce úplně radikální obřízku, ale semi a tak lékař mu sice řekl svůj názor, ale dal na přání pacienta, takže autonomii na sále lze provést, hlavně i u ARA... “

R3: „ Nějak není čas se ptát, co chce, spíše operujeme... “

R4: „ Tak určitě zajištění dostatku informací pacientovi, aby se mohl sám rozhodnout, aby věděl, proč se co dělá, co by se mu více líbilo, dát mu vlastně možnost sám o sobě rozhodnout nějakou svobodnou vůlí, určitě respektovat jeho důstojnost, jeho zvyky, přesvědčení, nějak jeho názory neshazovat. Za mě je taky hrozně důležitá komunikace, takže představení, otázka na jeho potřeby... “

R5: „ U nás jsou stejně ti pacienti premedikováni, takže my se jich jenom zeptáme, jestli náramky souhlasí, s čím jdou a tak, ale tyhle ty věci spíše řeší ARO, a my se jich na nic neptáme... Bylo by fajn, kdyby bylo jak se říká odhalený co nejmiň, jako když tam vstoupíte a jsou všude otevřené dveře a najednou tam leží s prominutím polonahý pacient a v uvozovkách není to moc příjemné, takže se snažit zajistit tu intimitu a měla by tam být co nejmenší fluktuace těch lidí, aby tam nechodilo plno lidí. “

R6: „ Tak asi nějakou správnou péči, abychom ho neodhalovali už na překladišti že, takže nějaký respekt toho studu pacienta, což je teda pravda, že se ne vždy 100% děje, máme to tak už někdy bohužel automaticky zajeté no... Respektovat nějaké přání pacienta, třeba do gynekologické polohy až jak je uspaný... “

R7: „ No na operačním sále to úplně doslova nelze, jelikož je pacient uveden do narkózy a je vlastně anestezií uspaný. Takže asi jenom nějaké respektování přání. “

R8: „ Dbáme na intimitu, komunikaci, oslovení, důstojnost člověka, není to kus ani diagnóza. “

R9: „ Když pacient přijde, a řekne, že chce mluvit s panem doktorem, tak řeknu, ať ještě neuspává, zavolám doktora, který ho bude operovat, jinak ti pacienti mají spíše kontakt s tou anesteziologickou sestrou, která ho přebere a mluví s ním... Pokud má pacient nějaké přání tak si ho vyslechnu, ale jinak nemám pro autonomii pacienta na sále co udělat. “

3.4.3.3 Kód – respektování lidského bytí

R1: „ Lidská práva jsou respektována dle papíru, co zjistíme, co si přeje nebo jestli má nějaké přesvědčení, třeba u toho jehovisty ta jeho víra nebo u korejce, aby na něj sahaly jenom ženy. “

R2: „ Jsou respektovány, většinou se všichni snažíme být lidé. A všechno je na lidech a na domluvě.“

R3: „ No, na nějaké duchovní věci se moc neptáme a na zvyky taky vůbec ne. Prostě operujeme a rodina na sál taky nemůže.“

R4: „ No duchovní a spirituální potřeby vůbec, hodnoty a zvyky také ne, je to součástí systému. Lidská práva vlastně vychází z legislativy.“

R5: „ Tak u nás se takové věci neřeší, jako instrumentárka s tím do styku nepřijdu, u nás jsou pacienti premedikováni, takže to je otázka na oddělení a ambulance.“

R6: „ Práva se respektují, myslím že jo, jak jsou vlastně teď nově ty děti, tak byl doprovod rodiče na sál, ale je pravda že pacienta беру už někdy rutině, záleží, co operujeme třeba u dětí ne nebo mladý muž s karcinomem penisu, tak tě to taky zasáhne.“

R7: „ No u nás respektována jsou. Vždy se personál snaží vyjít vstříc. Třeba rodič doprovází dítě až k překladovému okénku a po operaci s ním smí být i vlastně na dospávacím pokoji. Pokud je třeba někdo věřící, tak se v klidu může pomodlit než vlastně ta anestezie začne. I jednou na přání byli na sále jen ženy.“

R8: „ Asi tím, že vlastně akceptujeme jeho přání, taky vlastně podepisují informovaný souhlas a asi taky tím, že vlastně vím koho operuju, že se na tu operaci vlastně připravím, že vím že to je třeba jehovista nebo že nechce stomii...“

R9: „ No, co se mě sestry týče tak jako vnímám, vadí mi, když je někdo odhalený no... No co vlastně nejvíce vnímám, tak to jsou děti, že teď nově vlastně rodič může být na tom sále u toho uspání, za to jsem ráda nebo když to jsou děti postižené a tím tuplem to špatně snášejí to odloučení... Jinak vlastně respektuju vše, když je třeba někdo pověřivý a nechce křížek u značení strany, ale kolečko, tak proč ne.“

3.4.3.4 Kód – informovaný souhlas

R1: „ Je to určitě důležité, aby vlastně dotyčný souhlasit, pokud je člověk schopný číst, tak tomu rozumí a vlastně lékař mu to má vysvětlit.“

R2: „ Dle kvality operátora by měl všechno porozumět a i ze strany anestezie, že mu to všechno ještě jednou vysvětlí a zeptá se, zda všemu porozuměl.“

R3: „ Já jen zkontroluju, že má vše podepsané, a dál nad tím neuvažuji, já operuju.“

R4: „ *Tak je to důležité, aby tomu dotyčný porozuměl, aby věděl, co ho čeká. Před operací s ním komunikuju a zeptám se ho, jestli ještě něco nepotřebuje.* “

R5: „ *Já si myslím, že tam toho je strašně moc, ten pacient to stejně nechte.* “

R6: „ *No já si myslím často že ne, že tam je spousta informací a když těch souhlasů podepisují čtyři až pět, tak ti normální laici, kteří nemají zdravotnické povědomí, tak jsou z toho v lese. Záleží, jak to podá lékař a sestra, tak to podepíšou, protože věří v autoritu, v lékaře.* “

R7: „ *Informace jsou doktorama řádně vysvětleny a myslím, že tomu pacienti rozumí, jinak se vždy ještě u nás před operací můžou zeptat. Informace o pacientech jsou pak rodině sdělovány hned po operaci.* “

R8: „ *Podepisují informace a tím utvrzují, že tomu rozumí, můžou u toho i vyslovit přání.* “

R9: „ *Já si myslím, že je to dobré, je to vlastně moc pěkně vysvětlené a podepisuje to vlastně i lékař, takže když něčemu člověk nerozumí, tak se může zeptat.* “

3.4.3.5 Kód – sociální postavení

R1: „ *Péče se lišila pouze v tom, že se pacient nenechal odkládat a udělal se hned. I kdyby nebyl čas, tak se to nějak zařídí.* “

R2: „ *Ne v ničem se péče nelišila. Všechny bez rozdílu.* “

R3: „ *Ano setkala jsem. No používali jsme lepší materiál a většinou operovali starší lékaři, kteří jsou zkušenější.* “

R4: „ *Ano, vypadá to jinak. Je tam úplně jiný přístup zdravotníků, jinak se představí, popovídají si, vlastně taky že najednou přijdou všichni v čas. Pacient si vybere anesteziologa či operátora, používá se lepší materiál, šití atd...* “

R5: „ *My přistupujeme ke všem stejně, je to nejlepší, když se dělá cirkus, když je tam někdo známí, tak se udělá více chyb, všichni jsme něčí známí, takže ke všem by se mělo přistupovat stejně.* “

R6: „ *Péče je stejná, liší se akorát v tom, že s ním více komunikují na začátku.* “

R7: „ *Ano, setkávám se s tím hodně často. Jdou na řadu jako první. Dříve jak byl na výběr u anestezie thiopental nebo propofol, tak vlastně pacientka dostala propofol. Naštěstí teď už ho mají všichni. Používají se taky jenom nové jednorázové nástroje, nadstandartní a kvalitnější* “

materiály, třeba šití, lepidla, antibiotické prostředky. Ty operace jsou více stresové, protože je vlastně větší tlak na výsledek a taky trvají delší dobu. “

R8: *„ Ano, třeba se operuje jako první nebo domluví se mu anesteziolog i operatér, používají se nové přístroje a nástroje, personál je milejší, ohleduplnější. “*

R9: *„ No zažila, zažila... Zažila jsem třeba synovi od doktora, že se píchl blok, což je správně, ale když nebyl známý, tak mu píchl lokál a tak to ty lidi bolí více. To bylo na plastice, ale u onkologického pacienta je ta péče poskytovaná stejně, rozdíl tam není. “*

3.4.4 Kategorie- kvalita života

Tato kapitola obsahu odpovědi, zabývají se vlastním názorem na kvalitu života u onkologického pacienta, umožněním euthanasie a předsudky zdravotnického personálu při hodnocení kvality života. Respondentům byly pokládány otázky a na základě jejich odpovědi byly vytvořeny kódy – podmínky, paliativní péče, euthanasie a předsudky.

3.4.4.1 Kód – podmínky

R1: *„ Kdybych věděla, že mám onkologickou nemoc, tak chci, aby to svinstvo ze mě dali co nejrychleji pryč. Na druhou stranu, když do tebe začne někdo vrtat, tak kvalita života se ti sníží úplně na minimum, zůstaneš po nemocnicích a budeš tím zasažena. Dostatečné je pro mě neležet asi v nemocnici a být se svými dětmi doma. Než abych ležela v nemocnici, tak radši nic nepodstoupím a budu doma. “*

R2: *„ Je to strašně individuální, záleží na rodinné situaci, za kvalitu života bych brala být déle s rodinou, vždycky jde o čas, kvalita života rovná se čas při vědomí. “*

R3: *„ No když můžu dělat, co před operací, když se dožiju vlastně o pár let více a taky je vlastně důležité, abych byla mezi svými lidmi. “*

R4: *„ Já se do takové role neumím vžít, kvalita života je věcí každého pacienta a já jako zdravotník to nemohu hodnotit. “*

R5: *„ No tak hlavně, že je člověk zdravý po psychické i fyzické stránce. Asi tak no, aby se člověk o sebe dokázal postarat sám a nemusel být odkázaný na cizí pomoc, aby mu to v hlavě myslelo. Musí si člověk umí utřít zadek, udržet vidličku, umí něco přečíst a takhle. “*

R6: *„ Aby mu ten život přinášel radost, pro každého je to omezení asi něco jiného. Pro mě kdybych asi měla ležet v nějakém ústavu a tiše skomírat, tak by to pro mě nebyla otázka*

kvalitního života. Já bych chtěla být fyzicky aktivní, určitá soběstačnost, kdy člověk z toho vnímá více pozitivitu než strádání asi, protože když někdo leží a čeká tak je to hrozné.“

R7: „, Pokud má chuť žít, je alespoň částečně soběstačný a netrpí neustálou nesnesitelnou bolestí.“

R8: „, Jako netroufám si to posuzovat, ale ten pacient, co pak já vím, co pro daného člověka znamená konkrétně život.“

R9: „, Záleží to na každém člověku a jeho rodinném zázemí. Jestli mám malé děti, tak tu budu chtít být co nejdéle a často lidi, co jsou staří, tak se nechtějí trápit a jsou sami, tak chtěou umřít. Takže kvalita života záleží na okolnostech, hlavně ty děti, tak vydržím vše.“

3.4.4.2 Kód – paliativní péče

R1: „, Paliativní péče je vlastně k tomu, aby pacient měl komfort, je to vlastně jen aby jeho kvalita života nebyla taková, že se rozpadá za živa a je to vlastně výkon, aby si ten dotyčný myslel, že mu někdo chce ještě pomoci i když mu vlastně pomoci nejde. Takže vlastně důležitá je psychika.“

R2: „, Tělo je už tak oslabené a při té paliaci se nedoporučuje další zásah do těla. A efekt záleží na případě. I dle typu nádoru. V některých případech je dobrá, ale v některých ne.“

R3: „, No myslím, že už by se ty pacienti někdy neměli operovat, že to nemá význam.“

R4: „, Moc se nehledí na kvalitu života z pohledu pacienta, spíše se prostě operuje dokud to jde a bere se, že tu bude o něco déle.“

R5: „, No třeba my děláme i ty protézy, že když má ty bolesti tak silné, tak my mu vyměníme klouby, takže alespoň jedná část se mu uleví a dokáže se o sebe postarat. A co vím tak to má dobrý efekt.“

R6: „, Dělá se to tady, zvyšuje to vlastně kvalitu života, aby umírali důstojně, aby nesmrděli, ale někdy jsem si říkala, že někteří ti pacienti nezvládli tu pooperační léčbu, pak šel pacient na operaci, takže jestli to někdy lepší hnit za živa než ležet pak jen v nemocnici a paliativní péče ztrácí smysl.“

R7: „, No při dožití je ta kvalita života snížena a doktoři pořád operují, místo, aby ho nechali v klidu důstojně dožít.“

R8: „, No jako záleží jak u koho, nedokážu říct, jestli to má efekt. Každý pacient to vnímá jinak.“

R9: „*Dělá se, když nejde operace radikální, tak se mu udělá paliativní, aby se mohl vyprázdnit, takže tato péče je adekvátní, dělá se jen to nejnnutnější, je za mě prospěšná.*“

3.4.4.3 Kód – euthanasie

R1: „*Za mě ano, i když je to nereálné, někomu udělat euthanasii, myslím si, že někteří pacienti trpí už moc.*“

R2: „*Asi ano, dovedu se vžít do člověka, který už tady nic nemá, rodinu, nikoho a jsou onemocnění, kdy člověk ví, že do měsíce umře a že nechce čekat. Je to psychická zátěž.*“

R3: „*Ne, i když jsem ateista, tak si myslím, že by se to mohlo zneužít a lidi by mohli normálně zabíjet.*“

R4: „*Sama za sebe jsem proti, nedala jsem si život, tak si ho ani nevezmu. Ve vztahu k pacientovi bych nechala rozhodnutí na něm, ale je nutné mít rámec a pravidla a taky komunikace.*“

R5: „*Já si myslím, že určitě jo, no protože když víte, že byste v určité chvíli zvíře trpět nenechala a vidíte ty lidi, jak jim není dobře, trápí se, jsou v posledních stadií, tak nevidím jediný důvod, proč by se jim to nemohlo umožnit.*“

R6: „*Tato možnost by měla být, protože ke konci máš větší bolesti, trápení, léky už ti nezabírají a víš že ke konci už jiná možnost není a byla bych ráda, kdyby to šlo v uvozovkách ukončit.*“

R7: „*Ano, jsem pro eutanazii, ale za přísných podmínek a kritérií a omezeným počtem pacientů na rok.*“

R8: „*Je to sporná otázka, protože je těžké zajistit nezávislé rozhodování, ale na druhou stranu jsem viděla mnoho lidí, kteří si smrt přáli a kteří si ji zasloužili. Osobně bych si o tom chtěla rozhodnout, kdy a jak pokračovat.*“

R9: „*No jako já s tím souhlasím, ale je to strašně složité najít tu hranici, kdy a jak to poskytnout. Jako asi ani já bych se nechtěla nějak trápit. Tak bych se bála, kdybych byla ochrnutá celá, chtěla bych mít tu možnost říct, že už nechci tak dál pokračovat. Asi by to musela zhodnotit nějaká komise.*“

3.4.4.4 Kód – předsudky

R1: „*Nevím, jaký bych mohla mít předsudek, ale třeba u pacientů, i když pacientům léčba nepomůže, tak my je vlastně stále léčíme a rozloučení s rodinou vlastně není už žádné.*“

R2: „ Neměl by mít žádné předsudky, zdravotnický personál je tady od toho, abychom tady byli pro ty pacienty a nějaký svůj názor cpát pacientovi je neprofesionální. Já žádné předsudky nemám.“

R3: „ Tak bere to vlastně podle svého názoru taky zkušeností, že bych třeba nechtěla mít viditelné jizvy nebo třeba přijít o vlasy. Nemohla bych vlastně dělat, co bych chtěla.“

R4: „ No máme předsudky v celkovém hodnocení, hodnotíme to z pohledu odbornosti a zkušeností. Vzali jsme tolik, že má tři měsíce, ale zázraky se dějí. Odsouzení a časová limitace vše vědomého zdravotníka.“

R5: „ No že se snaží zachránit všechno, co jde, že zachraňují i to, co by v přírodě zemřelo. No místo, aby nechali pacienta rozloučit se s rodinou, tak ho léčí a operují.“

R6: „ Vidíme více takové ty hrůzy, takže to negativně více vidím než pozitivně, vidím více komplikace a více bych se strachovala, než že to zvládneme a taky ty komplikace s tou následnou péčí. Operační péče vím že se zvládne, ale ta následná, to je horší.“

R7: „ No určitě věk udává velké předsudky. A taky zkušenosti, jak někdy vidím ty pacienty, tak si říkám, že do toho bych fakt nešla.“

R8: „ Můžu hodnotit, že bych třeba nechtěla stomii nebo být bez končetiny nebo třeba bez žaludku, že to není život. Na druhou stranu jsem viděla pána, co jsme mu vzali půl pánve a přesto chtěl žít a vrátit se domů k rodině.“

R9: „ Já kdysi dávno jsem si myslela, když jsem byla mladá, člověk to ještě nezná, že se nedá nic dělat, že vlastně člověk stejně umře, tak co se tu snažíme. Ale dneska na to mám úplně jiné názory, teď asi žádné předsudky nemám.“

3.4.5 Kategorie- kontextuální charakteristiky

Kontextuální charakteristiky je kapitola, která obsahuje otázky obsahující témata spravedlnosti, výzkumu, inovativních postupů a vlastního názoru na etické problémy týkající se operačních sálů. Kategorie se skládá celkem z pěti kódů, kterými jsou spravedlnost, vnímání spravedlnosti, etický problém, inovativní postupy a výzkum.

3.4.5.1 Kód – spravedlnost

R1: „ No jako za mě moc není.“

R2: „ V rámci týmu a práce a s ohledem na pacienta je všechno v pořádku, ve vztahu personálu k pacientovi. Ale mezi kolegy spravedlnost není.“

R3: „ *No někdy se moc spravedlnost nedá tak změřit, takže někdy není no.* “

R4: „ *Nelze zajistit na 100%, tím spíš, pokud do toho vstupují další osoby, ale jako já sama za sebe nedělám rozdíly.* “

R5: „ *Já si myslím, že jo, u nás nejsou možnosti moc nadstandardů, u nás všichni dostanou to stejné.* “

R6: „ *Vnímám nespravedlnost někdy...* “

R7: „ *Jako vnímám to a mrzí mě to.* “

R8: „ *Myslím, že se to děje všude.* “

R9: „ *No myslím, že je vše spravedlivé na operačním sále.* “

3.4.5.2 Kód – vnímání spravedlnosti

R1: „ *Určitě si myslím, že by měli mít přednost pacienti s onkologickou diagnózou než pacienti, kteří mají nějaké obřízky z náboženského hlediska třeba muslimové, což se vlastně děje, že je středa a operují se děti s obřízkou a onkologický pacient čeká. Nebo teďka stávka anesteziologů a vlastně xxx pacientů bylo odloženo z onkologickým nemocem a kdo jim ten čas vrátí, chápu, každý chce v dnešní době peníze, ale doplatí na to pacienti.* “

R2: „ *No přístup k pacientovi, celkové péče, dostupnost té péče, ať pacient nečeká.* “

R3: „ *Je to za mě měřit stejným metrem.* “

R4: „ *Vlastně stejné vybavení a zařízení pro všechny, stejné podmínky jako jsou nástroje, personál.* “

R5: „ *U nás se všem dávají stejné protézy, je to dávání všem rovným dílem, chování se ke všem menšinám stejně.* “

R6: „ *Já teda vidím největší nespravedlnost v personálu, takže směny, střídání na sále, vzájemná domluva, aby nebyl někdo někde a někdo pořád jinde. Spravedlnost ohledně sálu, no tak bojujeme s anestezií často, že mají nárok na pauzu na oběd, ano já taky chci chodit na oběd, ale někdy je mi líto, že nestihneme pacienta a on tři dny hladoví, protože už ho konečně anestezie třetí den nezruší, že už je hodně hodin... Když děláme robotiku pro jinou kliniku, tak třeba šetří v nesmyslných věcech a oni chtějí ušetřit dvě stě korun na pytlíku nebo na stehu a přitom robotika je extrémně drahá záležitost.* “

R7: „ *Poskytování stejného rozsahu péče jak mladým pacientkám tak i starším šedesát plus. Zacházení ke všem stejně.* “

R8: „ *No, aby byla spravedlnost pro pacienta, jako všem stejně, co se týče materiálu, personálu, vybavení a péče. V kontextu spravedlnost mezi personálem a kolegy, tak to musí zajistit vedení, jinak je to dlouhodobě neudržitelné.* “

R9: „ *No představuji si pod tím asi, že jde někdo přednostně na sál nebo se mu dá nějaké lepší stehy.* “

3.4.5.3 Kód – etický problém

R1: „ *Problémem je ten Jehovismus, jdou na operaci, že chtějí pomoci a najednou jim víra něco zabraňuje, když přijde komplikace, tak vlastně proč na tu operaci jdou. A taky vlastně u informovaného souhlasu je problém, že u onkologické operace má pacient podepsaný vlastně jen souhlas s odstraněním dělohy, ale najednou jsou zasaženy i vaječníky a nemám to podepsané a není to z vitální indikace a chtěl bych mu pomoci a nemůžu, protože nemám to podepsané a vlastně musí jít příště.* “

R2: „ *Třeba vidím velký problém mezi fungováním, každý chceme jít po třetí hodině domů, je to jasné, každý má svůj život, ale komunikace je někdy největší problém, rozhodnutí každého člověka v práci je velice zásadní, když všechno funguje, když je rušivý element, tak se všechno zpomaluje, je to všechno o komunikaci.* “

R3: „ *No vlastně určit tu hranici, kdy pokračovat s tou operací a kdy přestat, protože už to stejně nemá význam.* “

R4: „ *Za mě rozhodnutí ukončit nějaký výkon nebo nějakou operaci z nějakého důvodu, jako je třeba neodstranění tumoru, komplikovaný stav a nemožnost dalšího výkonu.* “

R5: „ *Jedině kdyby člověk někoho operoval, spíše neoperoval, spíše pitval, operoval ho v posledním stádiu života. Když se operují stavy, kdy by se ten člověk měl nechat v klidu.* “

R6: „ *No někdy ty onkologické výkony, kdy už mi přijde, že to je za hranou, že už to není ten benefit pro toho člověka.* “

R7: „ *Zda daného pacienta operovat několikrát po sobě a s velkou radikalitou. Někdy je pacient zohyzděn a jeho kvalita života při dožití je tímto snížena.* “

R8: „ *No hlavně chování vůči pacientovi, zdravotnický personál není bůh, ale někdo, kdo má udělat maximum pro jeho zdraví nebo alespoň nějaký konkrétní život.* “

R9: „ Ten lékař má někdy to největší dilema, jestli zvolit paliativní léčbu nebo teda do toho výkonu, jestli to vlastně člověk vůbec přežije. To je asi to nejtěžší na té doktorské práci. Já většinou lituji doktory. Co řekne lékař, tak tak to dělám.“

3.4.5.4 Kód – inovativní postup

R1: „ Inovativní postupy žádné nejsou.“

R2: „ Veškeré inovativní postupy jsou ku prospěchu pacienta, třeba Davinci robot.“

R3: „ Musí se to zkusit na lidech, s tím souhlasím, ale já bych se toho bála, nejsem bílá myš.“

R4: „ Je to postup směrem dopředu a pro další lidi.“

R5: „ Pro mě to je příjemná změna, že se člověk naučí něco nového, nějaký jiný postup, jinak to je rutina stále ty výkony.“

R6: „ Já bych řekla, že tady zkusíme inovativní postupy u onkologických pacientů, třeba robotika, sice to už je několik let, ale určitě to je pro pacienta prospěšné v té pooperační době.“

R7: „ Jsem pro inovativní postupy, vždycky to vede k lepšímu efektu pro pacienta.“

R8: „ Pokud to je v souladu s přáním a lepším životem pro pacienta, tak proč ne.“

R9: „ No nic moc nového se na urologii nedá vymyslet, udělám to, co doktor řekne.“

3.4.5.5 Kód - výzkum

R1: „ Já nic jako sestra nezkoumám, co mám zkoumat...“

R2: „ No výzkum se tady snad neprovádí, nějaké neověřené postupy snad ne.“

R3: „ No výzkum se nějaký určitě někde děje, ale já se toho účastnit nechci.“

R4: „ No výzkumy se někde dějí, člověk ví pak do čeho jde a jaká jsou rizika.“

R5: „ Výzkumy a tohle si spíše řeší na oddělení. Na sále s tím nepřicházíme do kontaktu.“

R6: „ No já jsem pro, ať se dělá výzkum, ale nedělám ho.“

R7: „ Jako kladně, je to důležitá součást vývoje medicíny, vyvíjení nových léků a operačních technologií... Já ho ale nedělám, to dělají jiní.“

R8: „ Bez výzkumu se nemůžeme posunout v žádném oboru, ani v medicíně. Já jako sestra výzkum nedělám.“

R9: „ Lékaři zkoumají, já nic nezkoumám.“

3.5 Souhrn analýzy rozhovorů

Ve výzkumné části byla data sesbírána celkem od devíti respondentů metodou polostrukturovaného rozhovoru, kde byla zvolena metoda pro analýzu dat pomocí otevřeného kódování. Cílem analýzy je porozumět zažité zkušenosti perioperačních sester pracujících na operačním sále a jejich zpracováním zjistit výsledek zkoumaného jevu. Analýza dat by měla odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, zda perioperační sestry pracující na operačním sále vnímají etiku a zda se etické principy při poskytování péče můžou respektovat.

3.5.1 Analýza výsledků u sociodemografických odpovědí

Na dané otázky respondenti odpovídali následovně:

Otázka č. 1: Pohlaví

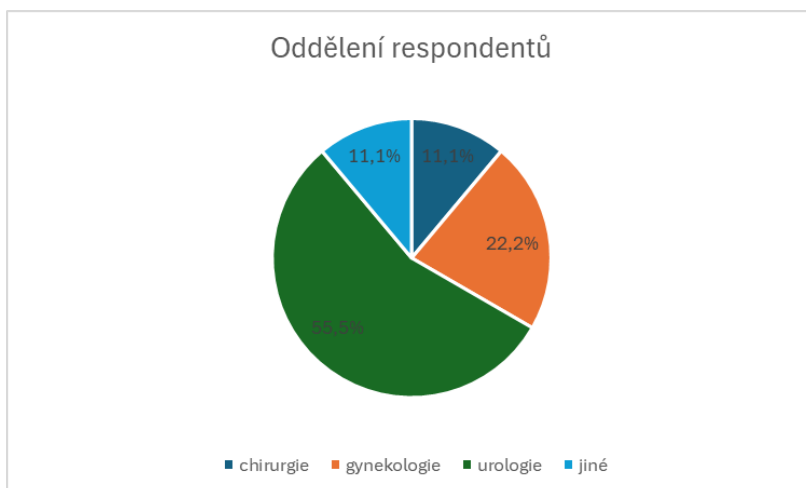
Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		
Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Muž	0,0%	0
Žena	100,0%	9
Celkem	100,0%	9

(vlastní zdroj)

Celkový počet 9 (100,0 %) perioperačních sester pracujících na operačním sále tvořili ženy. Muži zastoupení neměli z důvodu nižšího výskytu na této pracovní pozici.

Otázka č.2 Na jakém oddělení pracujete?



Graf 1 Oddělení respondentů (vlastní zdroj)

Z 9 (100,0%) respondentů pracujících na operačním sále pracují 3 (33,3%) respondenti na operačních sálech zabývající se operacemi z oblasti chirurgie, gynekologie i urologie a 1 (11,1%) respondent pracuje na sále gynekologickém. Dále se průzkumu účastnil 1(11,1%) respondent z oboru ortopedie a 4 (44,4%) respondenti pracující na oddělení urologických operačních sálu.

Otázka č. 3 Jaká je vaše délka praxe na operačních sálech?

Tabulka 3: Délka praxe

Délka praxe		
Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
1-5 let	33,3%	3
6-10 let	33,3%	3
11-15 let	0,0%	0
16-20 let	11,1%	1
Více jak 21 let	22,2%	2
Celkem	100,0%	9

(vlastní zdroj)

Délka praxe na operačních sále je ve výsledcích průzkumu považována za důležitý ukazatel při odpovědích respondentů. Respondenti ve svých odpovědích délku praxe často zmiňovali v kontextu s osobními zkušenosti na operačních sálech a dle jejich délky se odpovědi často lišili. V kategoriích délka praxe 1-5 let a 6-10 let obsahovala 3 (33,3%)respondenty v každé z kategorií. Rozmezí 11- 15 let nenašla své zastoupení respondentem. Kategorie 16-20 let obsahovala 1 (11,1%) respondenta a kategorie 21 let a více obsahoval 2 (22,2%) respondenty.

Otázka č. 4 Kolik operačních výkonů z důvodu onkologické diagnózy provedete měsíčně?

Tabulka 4: Počet operačních výkonů

Počet operačních výkonů		
Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
1-5	11,1%	1
6-10	11,1%	1
11 a více	77,7%	7
Celkem	100,0%	9

(vlastní zdroj)

Z celkového počtu 9 (100,0%) respondentů odpovědělo, že počet operačních výkonů za účelem onkologické diagnózy měsíčně činí u 1-5 výkonů 1 (11,1%) respondent, u 6-10 výkonů taktéž 1 (11,1%) respondent a u výkonů 11 a více je počet respondentů roven 7 (77,%).

Otázka č. 5 Kolik je Vám let?

Tabulka 5: Věkové rozmezí respondentů

Věkové rozmezí respondentů		
Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
20-35 let	44,4%	4
36-45 let	33,3%	3

46-55 let	22,2%	2
56-65 let	0,0%	0
Celkem	100,0%	9

(vlastní zdroj)

Z celkového počtu 9 (100,0%) respondentů se v rozmezí 20-35 let nachází 4 (44,4%) respondenti. Kategorie 36-45 let je obsažena 3 (33,3%) respondenty a věk 46-55 byl u 2 (22,2%) respondentů.

Otázka č.6 Jste věřící?

Tabulka 6: Náboženské vyznání

Náboženské vyznání		
Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	33,3%	3
Ne	66,6%	6
Celkem	100,0%	9

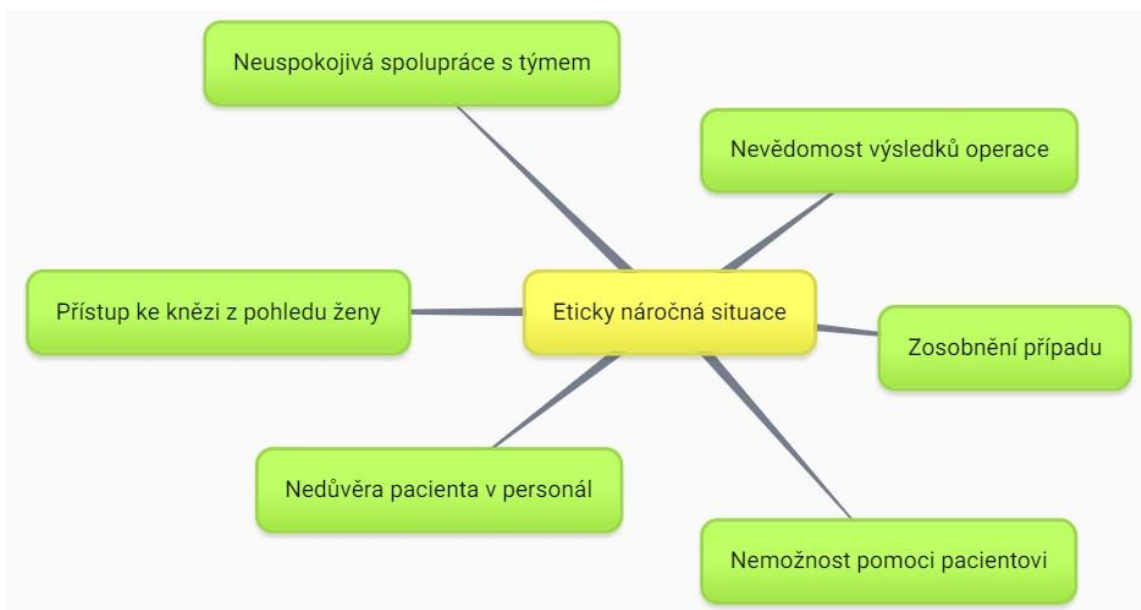
(vlastní zdroj)

Z celkového počtu 9 (100,0%) respondentů uvedlo 6 (66,6%) respondentů, že věřící nejsou a 3 (33,3%) respondenti odpověděli, že věřící jsou.

3.5.2 Analýza kategorie osobní zkušenost

Na podkladě odpovědí respondentů byla vytvořena myšlenková mapa viz Obrázek 2 Eticky náročná situace příkladů náročné situace vztahující se ke konkrétnímu onkologickému pacientovi. R1 vidí svoji osobní zkušenost v eticky náročné situaci při péči o kněze s onkologickou diagnózou, kdy dle jejich přesvědčení neví, zda péče ženou kněze neodvrátí od jeho víry, když podstupuje celibát a má pocit zneuctění jeho hodnot. U R2 a R5 příklad uveden nebyl. Respondenti ke své práci přistupují profesionálně, bez zosobňování se z daným případem jedince. R3 popisuje svou zkušenost jako překvapenost při přístupu pacienta k personálu. Vyjadřuje úděl svého poslání jako pomoci pacientovi v jeho nelehké situace a cítí

pacientovu zlost vůči týmu, který mu chce pomoci. Naopak R4 se cítí nekomfortně v případě přístupů svým kolegům, kteří se nechovají vůči pacientovi profesionálně. Dle R7 a R8 se lze domnívat, že situace, které nás v práci zasáhnou, jsou závislé na osobním postavení vůči pacientovi například zda se jedná o stejně starou osobu, nebo se stejným sociálním postavením v roli matky. Odpověď, kterou uvedl R6 a R9 lze charakterizovat jako beznaděj při maximálním dosažení péče nebo jak vlastně člověku pomoci, aby poskytovaná péče přinášela benefit.



Obrázek 2: Eticky náročná situace (vlastní tvorba)

3.5.3 Analýza kategorie lékařská indikace

Kategorie lékařská indikace obsahovala kódy, kterými byly znalost, praxe, vlastní přesvědčení, neresuscitovat, význam nonmaleficence a činnost zabráňující neškození. U prvního kódu znalost byli respondenti dotazováni, zda pojem dříve vyslovené přání znají. Kromě R4 a R5, kteří pojem neznali, respondenti uvedli, že pojem dříve vyslovené přání znají. V případě vysvětlení pojmu jej však charakterizovali chybně. Pouze R3, R7 a R8 pojem charakterizovali správně. S dříve vysloveným přáním souvisel i druhý kód praxe, u kterého respondenti uváděli, že praktickou zkušenost na sálech s dříve vysloveným přáním ve většině případů nemají. R1, R2, R6 a R9 uváděli, že se s tímto přáním setkali v případě podání krve u svědků Jehovových. R5 odpověděl po vysvětlení pojmu, že se s tím setkal v případě podepsání informovaného souhlasu u pacientu v případě odmítnutí studentů. Třetí kód navazoval na předešlou praxi respondentů, kdy uváděli vlastní postoj k rozhodnutím u dříve vyslovených přání. R1 uvádí, že v případě Jehovistů by určité přání neakceptovala. R2, R3, R4, R5, R7, R8 pacientova přání respektují a

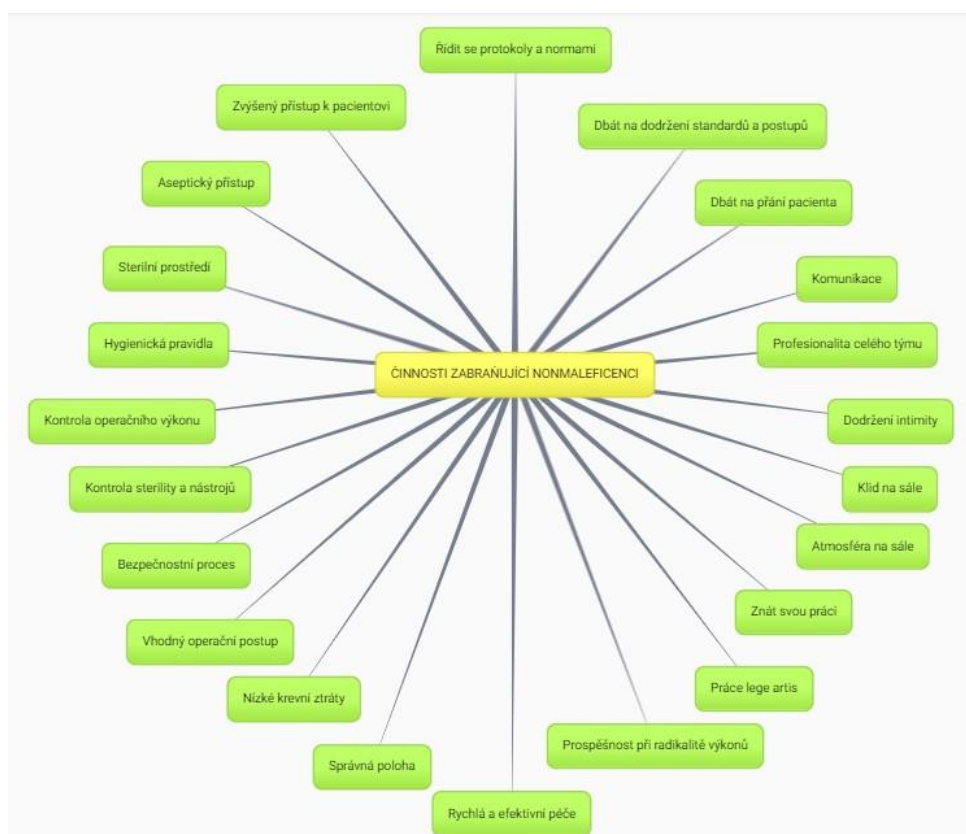
vyšly by vstříc. R6 uvádí, že by vyšla pacientovi vstříc, ale je proti přáním nepodávat krev Jehovistům. V takovém to případě by od výkonu odstoupila a nechala se vyměnit kolegyní. R9 nemá na to názor, uvádí, že rozhoduje vždy o všem lékař a nemá na to svůj názor. Pokud by se však jednalo o nepodání transfuze, tak v tomto případě by jednala v rozporu s pacientem a transfuzi by podala.

Respondenti byli dále dotázáni, jak by postupovaly v případě dříve vysloveného přání pacienta neresuscitovat. Jedná se o péči poskytovanou na operačních sálech, kde je anestezie s resuscitačními pomůckami ihned po ruce a může zasáhnout. Respondenti odpovídali následovně. R1 si otázku nebere osobně z důvodu jiné funkce na sále než je resuscitace, kterou má za úkol anestezie. R2, R5 a R7 plně s přáním pacienta souhlasí a udělají to, co si pacient přeje. R3 uvádí, že by na to upozornila lékaře a že bude hájit přání pacienta a respektovat jej. R4, R8 a R9 toto rozhodnutí není na mě, ale na lékaři. R6 uvádí, že rozhodnutí je na lékaři a že akceptace pacientova přání by záležela na jeho diagnóze. Z odpovědí respondentů v případě dříve vyslovených přání lze konstatovat, že respondenti institut dříve vyloveného přání neznají. U většiny respondentů je vnímán rozpor s odmítnutím podání transfuze převážně u dětí, kdy jsou přesvědčeni, že v případě nepodání transfuze nemají právo rozhodovat za dítě. Jedná se o život ohrožující stav. V případě resuscitace nejsou kompetentní, aby hájili pacientovo přání. O resuscitaci rozhoduje lékař a sestra pouze uposlechne požadavek lékaře.

Druhým zkoumaným okruhem v kategorii lékařská indikace je význam pojmu nonmaleficence a soubor činností, které lze na operačním sále poskytnout za účelem beneficence pro pacienta. Pojem nonmaleficence perioperační sestry na operačních sálech charakterizovaly následovně. R1, je přesvědčena, že neškození je pouze o dobrém přístupu k pacientovi, aby se sestra usmála a uklidnila jej, že bude vše v pořádku, byla empatická. Argumentovala, že pacient spí. R2 neškození rozumí jako činnosti, které provádí na operačním sále v rámci ošetrovatelské péče. R3, R4, R6, R7 a R8 charakterizuje nonmaleficenci jako dodržování předem stanovených postupů a pravidel v péči o pacienta. R5 chápe tento pojem spíše s ohledem na psychické potřeby pacienta, aby pacientovi neškodila komunikací při operačním výkonu, při kterém pacient není v celkové anestezii. R9 tento pojem popisuje: „*dělat vše správně, vše jak má být*“. Nevidí rozdíl v poskytování péče onkologickému pacientovi a pacientovi s neonkologickou diagnózou.

Činnosti, které respondenti uvádějí v rozhovoru jsou uvedeny v myšlenkové mapě viz Obrázek 3 Činnosti zabraňující nonmaleficenci. Respondenti v činnostech zabraňujících

poškození pacienta uvádění nejčastěji sterilitu a hygienické pravidla péče o pacienta na operačním sále, tedy celkově se to dá shrnout jako aseptický přístup péče o pacienta. R2 uvádí, že činnostmi zabraňujícímu poškození pacienta jsou nízké krevní ztráty a rychlá a efektivní péče. R4 zmiňuje i psychickou stránku pacienta, při péči myslí i na komunikaci s pacientem, která pacienta na operačním sále může při nevhodně zvolených tématech poškodit. Dále uvádí potřebu dodržování intimity u pacienta. R3, R4, R5, R7 a R8 dbají na znalosti své profese při poskytování péče, dodržování norem a pravidel pro poskytování co nejefektivnější ošetrovatelské péče. R4 a R5 dále uvádějí, že pro dobro činění pacienta je důležitá atmosféra na sále a psychická pohoda celého týmu. R6 zahrnuje do činností volbu vhodné polohy pacienta, kontrolu operačního výkonu a bezpečnostní proces u pacienta, jež slouží jako prevence zabraňující vzniku chyby při poskytování perioperační péči. R7 předchází poškození i kontrolou provedené sterility nástrojů a materiálů. R8 přemýšlí nad prospěšností při radikalitě výkonu a dbá na přání pacienta, které při nedodržení by pacienta poškodili. R9 rozebírá činnosti jako plnění své role při poskytování perioperační péče z pohledu instrumentující a obíhající sestry. Ve své odpovědi uvádí, že důležitá je i kontrola při péči o pacienta.



Obrázek 3: Činnosti zabraňující nonmaleficenci (vlastní tvorba)

3.5.4 Analýza kategorie preference pacienta

Kategorie preference pacienta pro respondenty znamenala otázky v okruhu autonomie na operačním sále, respektování lidských práv, hodnot, zvyků, duchovních přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity a spravedlností na operačním sále. Respondenti byli dotázáni, zda pojmu autonomie rozumí a zda se autonomie a respektování práv a hodnot pacienta dá na sále zajistit. Druhým okruhem byly otázky, zabývají se pohlížením perioperační sestry na spravedlnost a praxí na sálech, která buď spravedlnost popírá, nebo jí potvrzuje. Tato kapitola obsahovala kódy, kterými jsou: vědomost, činnosti, respektování lidského bytí, informovaný souhlas, sociální postavení.

U prvního kódu vědomost pojmu autonomie respondenti R1, R2, R3 a R5 pojem neznají. R4 uvádí, že se jedná o rozhodnutí a respektování pacientových přání. R6, R7 a R9 autonomii charakterizuje jako samostatné rozhodnutí pacienta. R8 popisuje autonomii jako jedinečnost jedince s jinými potřebami a zvyky. Druhý kód odpovídal na dílčí otázku, zda lze využít autonomii na operačním sále. Odpovědi respondentů, kteří se k otázce vyjádřili jsou uvedeny viz Obrázek 4 Zajištění autonomie na operačním sále. R1 je přesvědčena že autonomii na sále nelze zajistit z důvodu celkové anestezie, kdy pacient po dobu intraoperační péče pacient spí. R2 popisuje svou odpověď jako empatický přístup k pacientovi a vyjádření pacientových preferencí před začátkem výkonu, kdy svou autonomii může vyjádřit. R3 odpovídá na otázku, že na autonomii na sále není čas, že sestra na sále nemá prostor se pacienta vyptávat na jeho potřeby, její práce spočívá v asistenci operatérovi. R4 je přesvědčena, že autonomii na sále lze provést. Spočívá v dostatku informací pacientovi, aby měl povědomí o postupu výkonu, svoboda v pacientových rozhodnutích, respektování jeho důstojnosti, zvyků, přesvědčení, upevňování pacientových rozhodnutí. Vyzdvihuje důležitost komunikace s pacientem. R5 autonomii na sále popírá, z důvodu premedikace pacienta. Poukazuje jen na dodržování intimity pacienta. R6 ve svých odpovědích uvádí, že autonomii lze zajistit správnou péčí, dodržováním intimity a respektováním přání pacienta, avšak z praxe uvádí, že z důvodu zautomatizování úkonů se autonomie na operačním sále neděje. R7 udává, že z důvodu anestezie nelze autonomii na sále využít, lze pouze akceptovat pacientova přání. R8 popisuje, že pacienta nebere jako diagnózu ani jako kus, ale dbá na intimitu pacienta, komunikaci, představení se pacientovi, akceptuje důstojnost každého jedince. R9 uvádí, že z pozice perioperační sestry si může pouze pacienta vyslechnout, ale nemůže pro autonomii pacienta udělat více. Vyšší možnosti pro dosažení autonomie pacienta má anesteziologická sestra.

V závěru tohoto kódu lze konstatovat, že perioperační sestry se domnívají, že autonomii v perioperační péči o pacienta nelze zajistit z důvodu celkové anestezie.



Obrázek 4: Zajištění autonomie na operačním sále (vlastní tvorba)

Třetí kód spočíval v přístupu perioperační sestry v rámci respektu lidských práv, hodnot, zvyků, duchovních přesvědčení jednotlivce, rodiny či komunity, kdy respondenti odpovídali následovně. R1 odpověděla, že lidská práva jsou respektována pouze v rámci dokumentace pacienta. R2 opět poukazuje na empatický přístup personálu. Tvrdí, že respektování závisí na přístupu personálu k pacientovi. R3 uvádí, že respektování lidských práv, svobod, zvyků ani neduchovních přesvědčení jedince a rodiny se na operačním sále nedá zajistit. R4 ve svých odpovědích zaznamenává, že lidská práva vychází z legislativy. Duchovní přesvědčení a zvyky se na operačním sále u pacienta nejišťují. R5 odpovídá, že otázky zabývají se respektu lidských práv a svobod, zvyků a duchovních přesvědčení na sál nepatří. Tato otázka se vztahuje na oddělení a ambulance. R6 uvádí, že práva na sálech respektována jsou. Uvádí příklad doprovodu rodiče při operaci dětského pacienta. Také však uvádí, že svou práci bere rutinně a že záleží na daném případě. R7 je přesvědčena, že na oddělení, kde pracuje práva respektována jsou. R8 se domnívá, že práva respektována jsou na podkladě akceptace pacientových přání a podepsáním informovaného souhlasu. R9 respektuje pacientova práva. V závěru tohoto kódu lze konstatovat, že sestry na operačním sále mají povědomí o respektování lidských práv, ale lze tvrdit, že na operačním sále přistupují k pacientovi spíše rutinně jako k operačnímu výkonu či diagnóze. Viz Obrázek 5 Sestra a respektování práv ukazuje způsoby, jakým sestry dodržují respektování práv, hodnot a zvyků pacienta.



Obrázek 5: Sestra a respektování práv (vlastní tvorba)

Čtvrtým kódem této kategorie byl informovaný souhlas, kdy respondenti v návaznosti na respektování práv byli dotázáni, co si myslí o důležitosti informovaném souhlasu v rámci autonomie a respektování práv u pacienta a zda se domnívají, že pacienti obsahu dokumentu porozuměli. R1, R2, R7, R8 a R9 uvádí, že dokument je velmi důležitý, avšak za porozumění obsahu je odpovědný operátér. R8 také uvádí, že při podepsání informovaného souhlasu mají možnost vyslovit přání. R3 uvedla, že nad touto problematikou nikdy neuvažovala. R5 a R6 uvádí, že dokument je pro pacienta příliš obtížný a obsahu dokumentu pacienti nerozumí. R6 také uvádí, že pacienti věří v autoritu sestry či operátéra a dokument i bez pochopení podepíší. R4 informovaný souhlas považuje za důležitý a bere v případě nedostatku informací odpovědnost na sebe a v případě potřeby pacientovi nedostatky dovysvětlí. Informovaný souhlas je záležitost pacienta a lékaře avšak sestra má být pacientovým rádcem, ochráncem a v případě potřeby mu být nápomocná. Z odpovědí respondentů jasně vyplývá, že sestra tuto roli u informovaného souhlasu neplní.

Druhá oblast kategorie pacientových preferencí se zabývá problematikou spravedlnosti na operačním sále, odlišným přístupem v rámci poskytování zdravotnické péče osobám známým zdravotníkům. Dle odpovědí respondentů lze usoudit, že nespravedlnosti při poskytování péče se pacientům dostává. V odpovědích respondentů lze zaznamenat, že nespravedlnost je charakteristická pro užití lepších a kvalitnějších materiálů, užitím jednorázových nástrojů, použití nových přístrojů a nástrojů, výběrem operátérů a anesteziologů, možnostmi volby anestezie, celkovým přístupem zdravotníků a možnostmi operace pacienta na začátku operačního programu. Pro přehlednější zobrazení viz Obrázek 6 Odlišnosti péče.



Obrázek 6: Odlišnosti péče (vlastní tvorba)

3.5.5 Analýza kategorie Kvalita života

Otázky z oblasti kvality života pacienta znamenali pro respondenty vžití se do role onkologického pacienta s otázkou, jakým způsobem by pro respondenty byla kvalita života přijatelná, kdyby byli právě oni pacienti s onkologickou diagnózou. Kvalita života je úzce spjata s poskytováním paliativní péče pro pacienta, která by kvalitu života měla zlepšit. Proto byli respondenti také dotázáni na poskytování paliativní péče v rámci jejich oboru a praxe. Dále se respondenti měli zamyslet nad odlišností chápání kvality života z pohledu zdravotnického pracovníka. Druhým okruhem byla otázka z oblasti euthanasie, která se respondentů dotazovala na jejich osobní názor. Kódy obsažené v této kategorii byly podmínky, paliativní péče, euthanasie a předsudky.

V prvním kódu podmínky odpovědi respondentů jsou vyobrazeny viz Obrázek 7 Dostatečná kvalita života. R1,R2, R3 uvádí, že kvalita života se při operačním zásahu sníží na minimum z důvodu zásahu do organismu jedince a narušením jeho sociálního prostředí. Je důležité, aby pacient nebyl v nemocnici, ale byl doma s rodinou.R4 uvádí, že se do takové role nedokáže vžít. Kvalita života znamená pro každého jedince jiné parametry. R5 popisuje kvalitu života jako dostatečné zdraví po fyzické i psychické stránce. Při fyzické stránce je nutná důležitá zachována soběstačnost jedince ve smyslu hygieny a úkonům spojených se stravováním. Po psychické stránce je zachována kognice jednice, že ku příkladu dokáže číst. R6 charakterizuje kvalitu života jako odlišné chápání toho pojmu za účelem přinášení radosti při

lidském bytí. Dále popisu podmínky pro kvalitu života jako fyzicky aktivní bytost a soběstačnost jedince. R7 popisuje kvalitu života jako chuť žít, dostatečná soběstačnost jedince a dobré snášení bolesti. R9 popisuje kvalitu života jako individuální přístup jedince v určité životní roli, který je schopný vydržet jakýkoliv stav nebo jedince, který nemá důvod bojovat nevnímá kvalitu života žádnou a chce umřít. K závěru tohoto kódu lze konstatovat, že chápání kvality života je dle různých životních rolí odlišné a je ku příkladu při roli matky schopný člověk více vydržet než starší člověk bez rodiny bez zázemí.



Obrázek 7: Dostatečná kvalita života (vlastní tvorba)

Druhým kódem byla paliativní péče, kdy R1 uvádí, že paliativní péče v perioperační péči je důležitá pro psychiku pacienta. Člověku dodává pocit naděje, že medicína nabízí pacientovi další možnosti terapie. Výkony prováděné při paliativní terapii slouží k udržení důstojnosti pacienta při posledních chvílích života. V odpovědích R2, R8 lze zaznamenat, že paliativní péče má význam jen v některých případech dle typu nádorů a dle různorodostí jedinců. R3, R4, R6 a R7 paliativní výkonu odsuzují. R5 a R9 uvádí, že paliativní péče je prospěšná, z důvodu snížení bolesti pacienta a zlepšení jeho sebepěče. Ve shrnutí kódu paliativní péče lze zaznamenat, že paliativní péče je prospěšná pouze pro některé pacienty dle neznámým kritériím. Tato otázka by mohla sloužit pro navázání následujícího průzkumu.

Druhou oblastí kategorie kvalita života je osobní názor na euthanasii. R1, R5 a R8 uvádí, že s eutanázií by souhlasili z důvodu nadměrného utrpení jedinců, u kterých jedinec ztratil lidskou důstojnost. R2, R6 taktéž souhlasí z důvodu psychické zátěže pro pacienta, který každým dnem čeká na smrt. R3 nesouhlasí s podáním euthanasie z důvodu zneužití pravomocí. R4 předkládá

rámec náboženského vyznání o daru života a s umožněním euthanasie nesouhlasí. R7 uvádí, že s eutanazií souhlasí za přísných podmínek a kritérií a omezeným počtem pacientů na rok. R9 souhlasí s umožněním euthanasie po zhodnocení předem určené komise, zabývající se tímto tématem. I když se jedná o malý vzorek respondentů, lze konstatovat, že perioperační sestry by onkologickým pacientům umožnili euthanasii z důvodu nadměrného utrpení jedinců, ztráty lidské důstojnosti a nadměrné psychické zátěže po stanovení kritérií a komise, která o tom rozhodne.

Poslední kódem kategorie kvalita života byl kód předsudky, který odpovídal na dílčí otázku, zda u zdravotnického pracovníka existují předsudky ve významu kvality života oproti pacientům. Respondenti byli dotázáni, jaké předsudky v hodnocení kvality života může mít zdravotnický personál a odpovědi respondentů byli následovné viz Obrázek 8 Předsudky zdravotnického pracovníka. R1 uvádí, že předsudkem zdravotníka je negativní dopad léčby. R2 udává, že zdravotnický personál je povolání, u kterého je důležitý profesionální přístup a předsudky nejsou vhodné. R3 poukazuje na znalost dopadů při terapii. R4 uvádí, že předsudky u zdravotnického personálu jsou v celkovém hodnocení při léčbě a v odsouzení a časové limitaci účinku terapie. R5 udává předsudky při záchraně života i přes jasné známky neúspěšnosti. R6 charakterizuje své předsudky na podkladě osobních zkušeností, kdy se jí při léčbě ve větší míře vyskytují komplikace než pozitivní účinky. R7 popisuje své zkušenosti na podkladě zkušeností. R8 hodnotí předsudky dle zkušeností při praxi na operačním sále. R9 předsudky neuvádí.

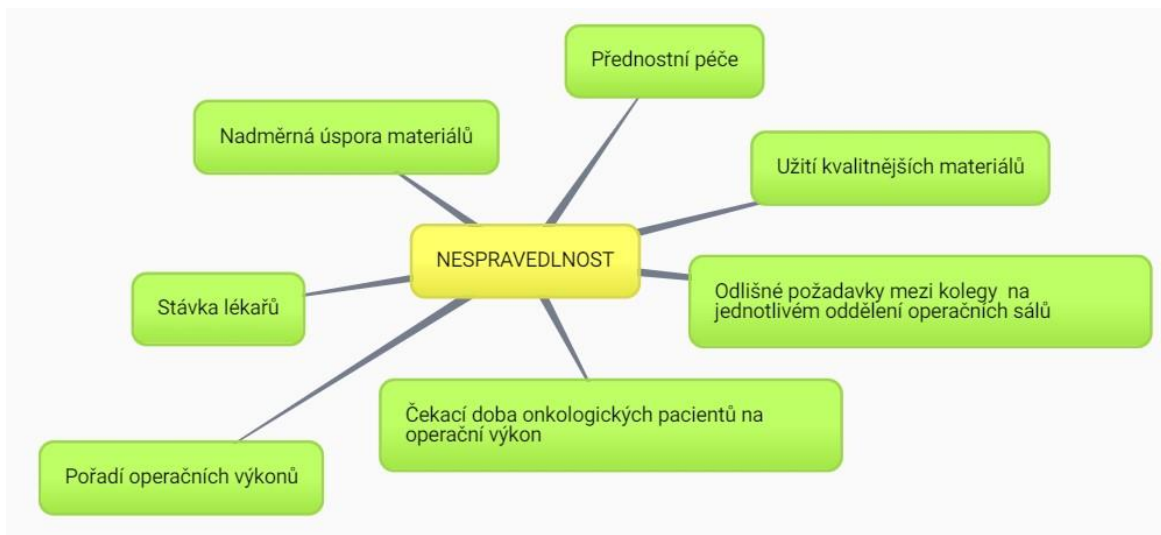


Obrázek 8: Předsudky zdravotnického pracovníka (vlastní tvorba)

3.5.6 Analýza kategorie Kontextuální charakteristiky

Kapitola kontextuální charakteristiky se respondentů dotazovala na tři okruhy, kterými byla spravedlnost na operačním sále z hlediska přístupu k etnickým menšinám, ekonomické situaci, finančním prostředkům pro oddělení a poskytování ošetrovatelské péči známým zdravotníkům. Druhým okruhem bylo vyjádření největšího etického problému či dilemata na operačním sále z pohledu každého jedince. Inovativní postupy a výzkum využívaný při léčbě onkologických pacientů tvořil třetí okruh odpovědí respondentů. Kódy obsažené v této kategorii byly spravedlnost, vnímání spravedlnosti, etický problém, inovativní postupy a výzkum.

První kód spravedlnost obsahoval odpovědi respondentů, zda je nebo není spravedlnost na operačním sále. R1, R3, R4, R6, R7 a R8 odpovídají, že spravedlnost na operačním sále není. R2 uvádí, že péče o pacienty je spravedlivá nezávisle vůči jedinci. Pokud však hovoříme o spravedlnosti mezi kolegy na oddělení, tak zde spravedlnosti není dosaženo. R5 a R9 jsou přesvědčeni, že spravedlnost na sále je. U druhého kódu vnímání spravedlnosti respondenti odpovídali následovně. R1, R6 a R9 hovoří v kontextu s touto otázkou o nespravedlnosti viz Obrázek 9 Nespravedlnost. R1 uvádí, že nespravedlnost vnímá v ohledu poskytování péče onkologickým pacientům v souvislosti s jinými diagnózami na svém oddělení. Dále uvádí, že nespravedlnost pociťuje v rozhodnutí lékařů stávkovat z důvodu finančních požadavků. Dále respondenti odpovídali v kontextu spravedlnosti na operačním sále viz Obrázek 10 Spravedlnost. R6 popisuje největší nespravedlnost v kontextu s personálem na operačním sále. R9 uvádí nespravedlnost v péči o pacienta v pořadí na operační sál a v užívání kvalitnějších materiálů. R2 spravedlnost charakterizuje jako dostupnost péče a přístupu ke každému pacientovi za stejných podmínek. R3 jako měření pro všechny pacienty stejným metrem. R4 dále uvádí, že spravedlnost znamená poskytování stejného vybavení a zařízení pro všechny jedince bez rozdílu, užívání stejných nástrojů a poskytování služeb stejným personálem. R5 ze svého oboru uvádí, že spravedlnost znamená užívání pomůcek pro všechny pacienty bez rozdílu a chování se ke všem etnickým menšinám bez rozdílu. R7 charakterizuje spravedlnost jako přístup ke všem stejně. Vyzdvihuje věk při poskytování péče. R8 popisuje spravedlnost jako stejné užití materiálu a vybavení. Možnost stejné péče a stejného personálu



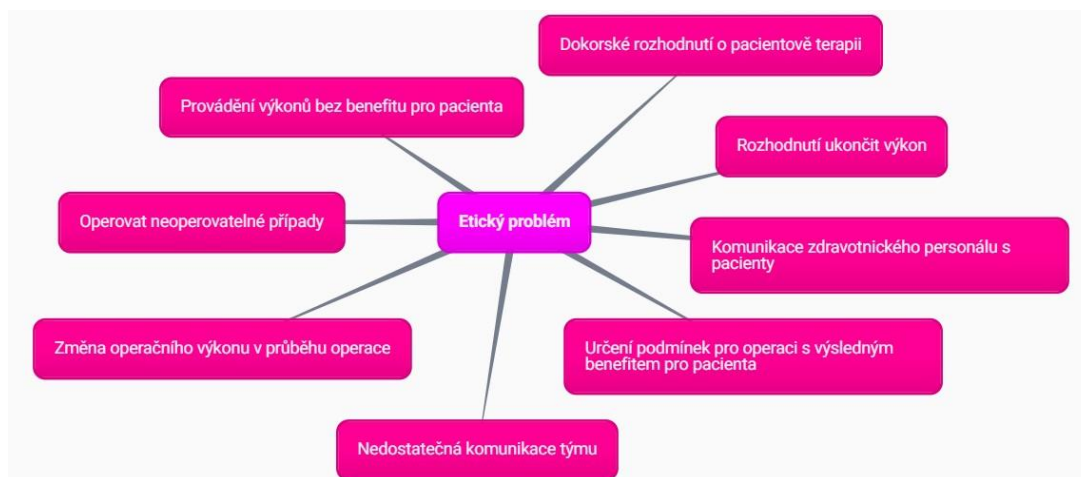
Obrázek 9: Nespravedlnost (vlastní tvorba)



Obrázek 10: Spravedlnost (vlastní tvorba)

Druhou oblastí v kategorii kontextuální charakteristiky byl vlastní názor na největší etickou problematiku na operačních sálech z pohledu perioperační sestry viz Obrázek 11 Etický problém. R1 uvádí, že největším etickým problémem v kontextu onkologického pacienta je problematika informovaného souhlasu, kdy pacient uděluje souhlas s výkonem, který mu bude proveden, ale během operace nastane nové zjištění operačního týmu a nastane nový výkon, o kterém pacient není informován. R2 udává problém v nedostatečné komunikaci týmu, kdy následkem komunikace je přesun pacientova výkonu na jiný termín. R3 charakterizuje problém v určení podmínek, kdy je operace prospěšná a kdy pacienta poškozuje. R4 uvádí, že etickým

problémem je rozhodnutí ukončit výkon z důvodu nemožnosti dalšího výkonu. R5 charakterizuje problém jako operování neoperabilních pacientů. R6 a R7 popisuje problém jako provádění výkonů, které pacientovi nepřinášejí benefit a snižují kvalitu života pacienta. R8 uvádí problém v komunikaci zdravotnického personálu s pacienty. R9 vyjadřuje lítost s lékaři, kteří mají největší dilema při rozhodování o pacientově terapii. Při důkladném přečtení všech odpovědí respondentů z odpovědí vyplývá, že perioperační sestry vidí největší etický problém s poskytováním péče bez benefitu pro pacienta.



Obrázek 11: Etický problém (vlastní tvorba)

Třetí oblastí kategorie kontextuální charakteristiky je vnímání inovativních postupů na operačním sále při léčbě onkologického pacienta a provádění výzkumu na sále z pohledu perioperační sestry. R1 a R9 uvádí, že inovativní postupy na svém pracovišti nevyužívají. R2 a R6 vnímá inovativní postupy jako benefit při léčbě pacienta. Uvádí jako příklad robot Davinci. R3 je v rozporu inovativními postupy prováděnými na lidech. R4 a R7 je přesvědčena, že inovativní postupy vyvíjí medicínu a zlepšují péči o pacienta, tedy přinášejí benefit. R5 vidí inovativní postupy jako příjemnou změnu své rutinní práce. R8 neudává přesný názor. Charakterizuje své přesvědčení na základě přání pacienta a podmínkách prospěšnosti péče. Výzkum v perioperační péči se dle odpovědí všech respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu neprovádí. Sestry uvádějí, že jako sestry nemají co zkoumat, zkoumají jen lékaři a že výzkumy jsou otázkou na standardní oddělení. Uvádějí však, že prováděné výzkumy jsou pro medicínu prospěšné, určují nové postupy a technologie medicíny, které pacienta méně poškozují a zkracují dobu hospitalizace.

4 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na vnímání etiky na operačním sále z pohledu čtyř rovin. V praktické části bylo metodou polostrukturovaného rozhovoru využita metoda otevřeného kódování rozhovorů jako pilotního průzkumu. V této kapitole jsou shrnuty výsledky analýzy těchto rozhovorů. V empirické části byly stanoveny celkem tři cíle vztahující se k průzkumné části a to :

1. Zjistit, jak perioperační sestry pracující na operačních sálech vnímají etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi.
2. Zpracování etických problémů metodou čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea.
3. Navrhnu postup řešení etických problémů na pracovišti.

K těmto cílům bylo stanoveno celkem šest výzkumných otázek.

1. Vnímají perioperační sestry etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi v rámci svého pracoviště na operačních sálech?
2. Jaký je biologický rozměr pacientova života v kontextu principu beneficence a nonmaleficence při použití diagnostických a terapeutických metod při léčbě?
3. Co znamená pojem autonomie na operačních sálech?
4. Jaký je brán ohled na preference pacienta v rámci jeho autonomie na operačních sálech?
5. Jak je perioperačními sestrami vnímaná kvalita života onkologického pacienta s ohledem na provedený zákrok?
6. Co pro sestru znamená spravedlnost na operačním sále?

4.1 Otázka 1: Vnímají perioperační sestry etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi v rámci svého pracoviště na operačních sálech?

Tuto oblast průzkumu charakterizovali odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byli:

- Uveďte příklad eticky náročné situace vztahující se k onkologickému pacientovi?
- Co je největší etický problém na operačním sále?

Odpovědi respondentů vyjadřovali náročné situace v péči o pacienty ve třech rovinách. První rovina byla zosobnění se s pacientem, kdy respondenti uvádějí v kazuistice pacienta stejně starého jako syna a zosobnění se s matkou, která už nebude moci mít děti. Druhá rovina popisovala beznadějnost zdravotnického personálu pomoci pacientovi a třetí rovinou byl přístup operačního týmu k pacientovi. Odlišnou odpověď uvádí R1, kdy náročnou situaci popisuje v péči o kněze a narušení jeho víry v péči o něj. Lze se můžeme domnívat, že R1 taktéž odpověděl v otázce vyznání víry, že je ateista a měl strach v péči o člověka s tímto postavením.

Největšími etickými problémy na operačním sále nejčastěji respondenti uváděli problematiku ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu, kdy zdravotnický personál nemůže říct, že operace je pro pacienta prospěšná nebo stojí v situaci, kdy se musí rozhodnout terapii ukončit. Druhou oblastí, kterou respondenti uváděli je souhra operačního týmu na podkladě dobré komunikaci mezi členy týmu. Respondenti uvádějí, že nedostatečná komunikace vede k poškozování pacienta.

Lze konstatovat, že na podkladě odpovědí respondentů perioperační sestry pracující na sále s onkologickými pacienty vnímají etické otázky. Můžeme na podkladě nezávislých odpovědí respondentů říci, že týmová práce je náročná a je třeba dobré komunikace mezi členy týmu, aby to vedlo k dobrým výsledkům při péči o pacienta. Jelikož se jedná o pacienty v onkologickým onemocněním, je důležité nastavení péče pro pacienta na míru, aby jej nepoškozovala a přinášela mu benefit.

4.1.1 Doporučení pro praxi:

Při práci s onkologickými pacienty je důležitá psychická vyrovnanost personálu, aby se v případě potřeby mohl obrátit na pomoc v těžkých psychických situacích, které ho během výkonu povolání mohou zasáhnout. Je proto důležité, aby pravidelně na odděleních byl dostupný peer pracovník, na kterého by se v případě potřeby mohl personál obrátit, aby nedošlo k frustraci a následné deprivaci při výkonu své profese. Proto je doporučením pro zdravotnické zařízení zaškolovat nové členy peer pracovníků ze všech oborů, aby jich v případě potřeby byl dostatek a zajistit pravidelné setkání členů oddělení, aby dokázali navzájem vyjadřovat své pocity a naučili se vzájemně mezi sebou komunikovat.

4.2 Otázka 2: Jaký je biologický rozměr pacientova života v kontextu principu beneficence a nonmaleficence při použití diagnostických a terapeutických metod při léčbě?

Tuto oblast průzkumu charakterizovaly odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byly:

- Co znamená pojem nonmaleficence?
- Jak můžeme na operačním sále nonmaleficenci zajistit?
- Jak vnímáte inovativní postupy v péči o pacienta?
- Provádíte na svém pracovišti výzkum?
- Přináší výzkum v péči o pacienta benefity?

Respondenti ve svých odpovědích uvádějí, že pojem nonmaleficence je ve většině případů charakterizován jako dodržování předem stanovených postupů a pravidel v péči o pacienta. Dále respondenti uváděli nonmaleficenci s ohledem na psychickou stránku pacienta, aby péče byla empatická a nepoškozovala pacienta v rámci komunikace. Dle Wichsová (2020, s. 56) je nonmaleficence charakterizována na operačním sále následovně: „ *Aktér perioperační péče, který má na mysli, že pacienta v první řadě nesmí poškodit, nemůže prvotně sledovat ze zásad hygieny. Vždy infekce v místě chirurgického výkonu získaná na operačním sále nedbalostí personálu může znamenat v lepším případě obtížnou rekonvalescenci, prodlouženou hospitalizaci, zatížení organismu pacienta další dávkou antibiotik, nevzhlednou jizvou, v horším případě trvalou invaliditou či dokonce smrt v důsledku infekční komplikace.*“

Zajištění nonmaleficence na sále se dle odpovědí respondentů dá shrnout jako dodržení hygienických pravidel a sterility, rychlá a efektivní péče, neustálá kontrola, dodržování postupů a standardů při péči o pacienta, vyplnění bezpečnostního procesu, zajištění dobrých podmínek na operačním sále, komunikace a souhra operačního týmu. Dá se říci, že pokud sestra bude dodržovat předem nastavené postupy a standarty pro výkon svého povolání, k poškození pacienta by nemělo dojít. Z odpovědí respondentů lze zaznamenat, že o činnostech, které zabraňují poškození pacienta mají sestry přehled a znají zásady, které tomuto poškození zabraňují.

K rozvoji medicíny je nezbytné provádět výzkumnou činnost. Sestry ve svých odpovědích uvedly, že samy za sebe výzkumnou činnost neprovádí. Dále respondenti uvádí, že je přínosem pro pacienta využívání inovativních přístupů na sále, které zkracují délku hospitalizace a

minimalizují operační ránu, jako příklad uvádí robot Da Vinci. V závěru otázky lze konstatovat, že sestry pracující na operačním sále pohlíží na poskytování péče za účelem benefitu pro pacienta a snaží se postupovat dle nastavených standardů a doporučených postupů, aby zabránily poškození u pacienta.

4.2.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro zdravotnické zařízení, které by mělo v pravidelných intervalech provádět aktualizaci standardů a postupů, provádět pravidelné audity a vzdělávat personál v doporučených postupech při poskytování péče pacientovi, aby péče byla prospěšná. Dále by se každé zdravotnické zařízení mělo zapojit do výzkumu, aby péče poskytovaná pacientům přinášela nové poznatky, tím urychlilo délku hospitalizace pacienta a snížilo vznik komplikací spojených s hospitalizací a terapií. Zdravotnické zařízení by tak mělo motivovat své zaměstnance k zapojení se do výzkumných aktivit a odměňovat je finanční odměnou.

4.3 Otázka 3: Co znamená pojem autonomie na operačních sálech?

Tuto oblast průzkumu charakterizovaly odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byly:

- Co znamená pojem autonomie?
- Jak můžeme autonomii pacienta zajistit na operačním sále?
- Respektují se v prostředí operačních sálů lidská práva, hodnoty, zvyky, duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity?
- Jaký máte pohled na autonomii pacienta v rámci informovaného souhlasu?

Respondenti ve svých odpovědích uvádějí, že ve většině případů pojmu autonomie nerozumí. Autonomie dle respondentů, kteří pojmu rozumí je popisována jako samostatné rozhodnutí pacienta nebo jako jedinečnost jedince s jinými potřebami a zvyky. Plevová (2019, s. 77) charakterizuje autonomii následovně: *„Jedná se o respekt nezávislého, samostatného jednání bez zevního ovlivnění, kdy každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů.“* Na otázku zajištění autonomie na operačním sále perioperační sestry odpovídaly, že autonomie na sále zajistit v průběhu operace nelze. Jak uvádí Wichsová (2020, s. 57): *„Problém autonomie nabývá na sále extrémní podobu. Pacient velkou část své nezávislosti a schopnosti o sobě rozhodovat ztrácí tím, že se odevzdává, či je odevzdán do péče chirurga a jeho týmu.“*

Sestry však uvádějí, že před začátkem výkonu můžeme pacientovu autonomii zajistit empatickým přístupem k pacientovi s následným představením se a zahájením komunikace o pacientově rozhodnutích. Autonomie dále spočívá v předání dostatku informací pacientovi, aby měl povědomí o postupu výkonu. Dále respektování jeho důstojnosti, intimity, zvyků, přesvědčení a upevňování pacientových rozhodnutí. V opozici je však R5, která uvádí, že autonomii nelze zajistit před začátkem anestezie z důvodu premedikace pacienta.

Respektování lidských práv, hodnot, zvyků a duchovních přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity patří do vyjádření autonomie každého pacienta. Personál je proto povinen se těmito otázkami zabývat a dbát na jejich respekt. Odpovědi respondentů spočívaly v názorech, že lidská práva jsou zahrnuta v legislativě nebo v dokumentaci, a proto by mělo docházet k jejich respektování. Důležitý je však přístup personálu k pacientovi, základem tedy každého zdravotnického pracovníka by měl být empatický přístup. Jako příklad respektování práv R6 uvádí doprovod dětského pacienta na operační sál rodičem, avšak uvádí, že v některých případech bere pacienta jako rutinní výkon a nepohlíží na respektování lidského bytí. Také jiné odpovědi některých respondentů zněly, že respektování lidských práv, hodnot, zvyků a duchovních přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity na sál nepatří a tudíž se i nerespektují. Lze tedy konstatovat, že o respektování lidských práv, hodnot, zvyků a duchovních přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity na sále mají sestry povědomí, ale dle nedostatku konkrétních příkladů uváděných respondenty lze chápat, že zdravotnický pracovník pohlíží na člověka spíše jako na výkon a tudíž nelze tuto oblast na sále zajistit.

Čtvrtou oblastí zabývající se výzkumnou otázkou byl informovaný souhlas, kterým pacient ztvrzuje své rozhodnutí a na jeho základě je pacientovi proveden výkon. Většina respondentů uvádí, že za porozumění obsahu informovaného souhlasu je odpovědný operatér. R8 vyzdvihuje informovaný souhlas jako podporu autonomie pacienta a vyjadřuje myšlenku při podepsání souhlasu možnost vyjádření pacientových přání. R5 a R6 uvádí, že informovaný souhlas je pro pacienty náročný a tudíž neslouží k podpoře autonomie pacienta. R1 vidí v informovaném souhlasu největší etický problém, kdy při operačním výkonu nastane nové zjištění v terapii a zdravotnický personál mu výkon nemůže provést z důvodu nepodepsání informovaného souhlasu, a tudíž nastává otázka, zda informovaný souhlas není pro pacienta zatěžující.

V závěru lze konstatovat, že perioperační sestry pojmu autonomie nerozumí. Domnívají se, že autonomii na sále v péči o pacienta nelze během výkonu provést z důvodu celkové anestezie, do které je pacient uveden.

4.3.1 Doporučení pro praxi

Doporučením pro praxi je pro zdravotnické zařízení osvěta zdravotnických pracovníků o významu autonomie při poskytování péče pacientovi v rámci povinné přednášky pro všechny zaměstnance. Dále doporučení pro perioperační sestry, které by docházeli den před operací za pacientem, který nebude ovlivněn premedikací ani anestézií, aby mohl vyjádřit své preference pro péči poskytovanou na operačním sále. Perioperační sestra by mu vysvětlila průběh operace, odpověděla by na otázky pacienta a vyplnila s ním formulář v rámci preferencí pro operační výkon.

4.4 Otázka 4: Jaký je brán ohled na preference pacienta v rámci jeho autonomie na operačních sálech?

Tuto oblast průzkumu charakterizovaly odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byly:

- Co znamená dříve vyslovené přání?
- Setkala jste se s dříve vysloveným přáním u pacienta na operačním sále?
- Jaký máte názor na odmítnutí transfuze?
- Jak byste postupovala v případě přání neresuscitovat?

Respondenti ve svých odpovědích v případě významu dříve vysloveného přání uvádějí, že dříve vyslovené přání je to, co člověk vysloví předem, že si přeje. Nejčastějším příkladem respondentů byli Jehovisté a s tím související přání nepodávat transfuzi. R7 uvádí, že se jedná o přání, které si pacient sepíše dříve u notáře, co bude v případě jeho dalšího bytí. Plevová (2019, s. 88) popisuje dříve vyslovené přání následovně: „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, toto přání vyslovit předem. Přání musí mít písemnou podobu a být opatřeno úředně ověřeným podpisem. Při hospitalizaci je přání uvedeno do dokumentace s podpisy pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka*“ Sestry na operačním sále dříve vyslovené přání znají, ale uvádějí, že v praxi se s tímto přáním nesetkávají často.

U svědku Jehovových byla většina respondentů při vyjadřování osobního názoru rozhořčena, že takové přání pacient může vyslovit. Většina respondentů však uvedla, že by v případě vyslovení nepodávat transfuzi přání uposlechla. Zajímavostí na odpovědích respondentů byl odlišný přístup v nepodání transfuze dětskému pacientovi, kdy respondenti nedefinovali přesný názor a byli ve vnitřním rozporu, zda akceptovat rozhodnutí rodičů či nikoli. Z odpovědi respondentů lze konstatovat, že dříve vyslovené přání u pacientů rádi uposlechnou, avšak u dříve vysloveného přání nepodávat transfuzi nejsou jasně přesvědčeni o uposlechnutí přání, které může u pacienta způsobit vykrvácení a následně smrt.

V případě dříve vysloveného přání neresuscitovat byly dva pilíře odpovědí. Prvním pilířem byla akceptace pacientova přání. Druhý pilíř tvořil odpovědi respondentů, že o resuscitaci pacienta nerozhodují oni jako perioperační sestry, ale lékař, a proto rozhodnutí je na lékaři. Závěrem této výzkumné otázky lze konstatovat, že u většiny respondentů je vnímán rozpor s odmítnutím podání transfuze převážně u dětí, kdy jsou přesvědčeni, že v případě nepodání transfuze nemají právo rozhodovat za dítě. Jedná se o život ohrožující stav. V případě resuscitace nejsou kompetentní, aby hájily pacientovo přání. O resuscitaci rozhoduje lékař a sestra pouze uposlechně požadavek lékaře.

4.4.1 Doporučení pro praxi

Doporučením pro praxi je osvěta obyvatelstva zdravotnickými pracovníky o možnosti vyslovení dříve vysloveného přání v případě, kdy se nebudou moci rozhodnout sami. Osvěta by probíhala jednou ročně v určitý den, kdy by zdravotničtí pracovníci na veřejně dostupných místech propagovali myšlenku dříve vysloveného přání a edukovali obyvatelstvo o možnostech volby a podporovali by tím autonomii každého jedince ve vlastních přesvědčeních a hodnotách.

4.5 Otázka 5: Jak je perioperačními sestrami vnímaná kvalita života onkologického pacienta s ohledem na provedený zákrok?

Tuto oblast průzkumu charakterizovaly odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byly:

- Co pro Vás znamená kvalita života a do jaké míry by pro Vás v případě onkologického onemocnění byla dostačující?
- Co si myslíte o paliativním rozsahu péče na operačním sále s ohledem na kvalitu života?
- Je euthanasie pro Vás přijatelná?
- Za jakých podmínek by pro Vás byla euthanasie přijatelná?

➤ Jaké předsudky v hodnocení kvality může mít zdravotnický personál?

Respondenti ve svých odpovědích uvádí, že při vžití se role onkologického pacienta je u převážné většiny nejdůležitější, aby u pacienta byla co nejnižší doba hospitalizace a mohl být doma se svou rodinou. Dále se respondenti shodují, že dostačující kvalita života je ovlivněna sociálním postavením daného jedince s onkologickým onemocněním. Uvádí jako příklad roli matky, která vydrží jakoukoliv kvalitu života, aby mohla být co nejdéle se svými dětmi. Při pomyšlení kvality života respondenti odpovídali shodně, že je důležitá fyzická soběstačnost jedince, aby pacient nebyl upoután na lůžku a aby byla zachována kognitivní složka pacienta. U nevléčitelně nemocných se využívá možnost paliativní péče, na kterou respondenti během svého rozhovoru byli dotázáni. Bužgová (2015, s. 16) paliativní péči popisuje následovně: „*Jedná se o aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ Respondenti ve svých odpovědích popisují paliativní péči jako péči, která má nemocnému zajistit důstojné umírání a zvýšit psychickou stránku, aby věděl, že stále má pro něj medicína co udělat. Účinek paliativní péče popisují jako prospěšný pouze u některých pacientů. Nedá se dopředu stanovit, zda pacientovi přinese benefit. Sestry paliativní péči popisují v obou rovinou v beneficenci i maleficenci.

Euthanasie je dle jejich odpovědí proto přijatelná v případě z důvodu nadměrného utrpení jedinců, kterému nechtějí přihlížet. Dále jako důvod uvádějí nadměrnou psychickou zátěž, kdy pacient čeká na smrt, protože ví, že medicína už pro něj nemá další možnost. Opozice těchto názorů odůvodňuje svoji odpověď jako zneužití pravomocí jedinců a dále z důvodu náboženského vyznání a s tím spojeným nedotknutelnosti lidského bytí. Respondenti navrhnou, aby euthanasie byla umožněna na základě komise, která stanoví předem podmínky, pro schválení, která bude kapacitně omezená. Respondenti dále ve svých odpovědích odpovídali na otázku předsudků zdravotnického pracovníka, kdy předsudky existují u většiny zdravotníků. Respondenti uváděli, že díky svému zaměstnání mohou odhadnout průběh terapie, dopad léčby a komplikace, které mohou při terapii nastat. Dále respondenti uvádějí, že zdravotničtí pracovníci operují případy, které by se operovat neměly a jejich předsudkem je tudíž zaslepená záchrana života jedince.

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jak je perioperačními sestrami vnímaná kvalita života onkologického pacienta s ohledem na provedený zákrok. Z odpovědí respondentů lze konstatovat, že kvalita života závisí na každém jedinci individuálně na podkladě jeho sociální role, v které se nachází. Po zvážení odpovědí lze říci, že zdravotnický pracovník na podkladě zkušeností vnímá předsudky v terapii na operačním sále a lze říci, že péče poskytována pacientovi nepřináší vždy benefit. Proto perioperační sestry ve většině případů souhlasí s poskytnutím euthanasie jako vysvobození pacienta z fyzického i psychického utrpení.

4.5.1 Doporučení pro praxi

Bez dostačující kvality života je lidské bytí nenaplněné a jedinec nepocítuje ze života radost, necítí se být užitečný, připadá si jako zátěž pro okolí. Doporučením pro praxi v případě nedostatečné kvality onkologického pacienta je zvážení pro vládu České republiky umožnění euthanasie za předem stanovených podmínek. Etika hovoří o autonomii pacienta, kdy chceme, ať pacient rozhoduje sám za sebe ve všech ohledech, tak proč mu nedovolit se rozhodnout s ukončením života v případě, kdy pocítuje psychickou deprivaci z nevléčitelného onemocnění a čeká na smrt. Dalším doporučením je pro zdravotnické pracovníky určit etickou komisi v každém zdravotnickém zařízení, která v případě onkologických pacientů zasedne za účelem prospěšnosti léčby pro pacienta a rozhodne o dalších krocích léčby, aby poskytovaná léčba přinášela pacientovi benefit.

4.6 Otázka 6: Co pro sestru znamená spravedlnost na operačním sále?

Tuto oblast průzkumu charakterizovaly odpovědi na otázky polostrukturovaného rozhovoru, kterými byly:

- Setkala jste se s odlišným přístupem k pacientovi, který byl příbuzný zdravotnického pracovníka?
- Jak se péče poskytovaná příbuzným lišila?
- Jak vnímáte spravedlnost na operačním sále?

Respondenti ve svých odpovědích uvádí, že příbuzným zdravotnickým pracovníkům je péče poskytována odlišným způsobem. Péče se liší v odlišném přístupu jedinci v komunikaci, ve výběru operačního týmu, ve využití nových pomůcek, nástrojů a přístrojů a dbá se zvýšené důslednosti při výkonu. Spravedlnost je perioperačními sestrami vnímaná ve dvou rovinách spravedlnost ve vztahu pacient a poskytování služeb a spravedlnost mezi pracovníky na oddělení. Jednoznačně odpovědi respondentů poukazují na nespravedlivost, která se děje na

operačních sálech. Jako příklad nespravedlnosti ve vztahu pacienta s poskytováním služeb uvádí nespravedlnost v pořadí pacientů, s úsporou materiálu, čekací dobu operací, přednostní péči v rámci známosti člena zdravotnického personálu. Nespravedlnost v rámci spolupracovníku je popisována jako sobectví personálu, který upřednostňuje vlastní zájmy nad péčí o pacienta. Dále je nespravedlnost popisována v rámci spolupracovníku jako nespravedlivé rozdělování služeb a výkonů a odlišné požadavky na spolupracovníky. Pojem spravedlnost pro respondenty znamená poskytování stejných služeb za stejných podmínek všem jedincům bez ohledu na věk stejně. Jak uvádí Petrášek (2022, s. 14) „*Spravedlivost není inherentně daná. Není geneticky zakódovaná. Je lidským konstruktem.*“ Jinými slovy charakterizuje spravedlnost Haškovcová (2022, s. 15) „*Spravedlnost je cnost, která určuje mravní jednání člověka a rozumí se tím jednání k druhému člověku a ostatním lidem v dané době a v dané společnosti.*“ Závěrem této otázky lze říct, že nespravedlnost, která se dle respondentů na operačních sálech děje v rámci poskytování jiných služeb jedincům je důsledkem dle autorů Petráška a Haškovcové špatným mravním jednáním člověka vůči druhým.

4.6.1 Doporučení pro praxi

Spravedlnost je cnost, kterou můžeme každý za sebe ovlivnit. Doporučením pro zdravotnický personál je absolvování konference za účelem osvěty etické cnosti, kterou je spravedlnost a uvědomění si závažnosti při nedodržení této cnosti. Při zvyšování se nespravedlnosti při poskytování péče pacientům může nastat nedůvěra v medicínu a tím snížení zdraví populace. Dále může zdravotnické zařízení provést výzkumnou studii u svých zaměstnanců, zda jsou na svém pracovišti spokojeni a zda je přístup nadřízených vůči podřízeným spravedlivý. Je důležité si uvědomit, že všichni jsme lidé a všichni bychom měli mít stejné nároky.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce přibližuje vnímání etiky na operačním sále z pohledu perioperačních sester dle modelu čtyř rovin autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea. Práce má dvě části a to teoretickou, která přináší vhled do vývoje etiky po současné chápání etických principů. Jsou zde shrnuty informace o klinické etice s modelem čtyř rovin, na podkladě kterých jsem sestavila otázky v dotazníku k polostrukturovanému rozhovoru, který byl stěžejním pro průzkumnou část diplomové práce. Dále jsem v teoretické části uvedla seznam etických dilemat vztahujících se k terapii onkologického pacienta. Průzkumná část popisuje sběr informací od respondentů s jejich následnou analýzou a interpretací. Odpovědi respondentů reflektují povědomí o etice vztahující se k péči o onkologického pacienta a k vnímání použitelnosti etických principů v praxi.

Stanovenými cíli byli:

1. Zjistit, jak perioperační sestry pracující na operačních sálech vnímají etické otázky ve vztahu k onkologickému pacientovi.
2. Zpracování etických problémů metodou čtyř rovin dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea.
3. Navrhnu postup řešení etických problémů na pracovišti.

Cíle stanovené pro diplomovou práci byli splněny a výsledky jsou uvedeny v následujícím shrnutí:

Z analýzy odpovědí vyplynulo, že perioperační sestry etické otázky k onkologickému pacientovi vnímají. Odpovědi respondentů byly shrnuty do třech oblastí. První oblastí je poskytování péče umírajících pacientů, u kterých neví, jaký bude mít poskytovaná medicína efekt. Popisují zde beznaděj v pomoci či přehnanou péči v záchraně pacientů. Druhou oblastí je personál pečující o pacienta, který nezvolí vždy správnou techniku komunikace či přístupu v chování se k pacientovi. Třetí oblastí je pak zosobnění se s konkrétním případem jedince.

Zpracování etických problému dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea, proběhlo na základě vybraných témat k daným rovinám týkající se onkologických pacientů. Z roviny lékařská indikace byl analyzován problém vyslovení dříve vysloveného přání a péče poskytována pacientovi za účelem nonmaleficence. Z analýzy dat vyplynulo, že perioperační sestry institut dříve vysloveného přání ve většině případů znají, ale v praxi se s ním nesetkávají

často. Nejčastějším případem je přání odmítnutí transfuze, s kterým respondenti zkušenost mají. Výsledkem jejich odpovědí je nejednoznačné uposlechnutí pacientova přání z důvodu ohrožení pacienta na životě a rozpor s pacientovým rozhodnutím převážně u dětí, kdy rozhodnutí je na rodičích. Při přání neresuscitovat vnikly dvě skupiny respondentů, kteří odpovídali, že s pacientovo přání budou akceptovat nebo že rozhodnutí je na lékaři.

Péči poskytovanou za účelem nonmaleficence respondenti charakterizovali jako dodržení hygienických pravidel a sterility, rychlá a efektivní péče, neustálá kontrola, dodržování postupů a standardů při péči o pacienta, vyplnění bezpečnostního procesu, zajištění dobrých podmínek na operačním sále, komunikace a souhra operačního týmu. V závěru vyplývá, že perioperační sestry pracující na operačním sále s onkologickými pacienty poskytují péči za účelem nonmaleficence a pacientova přání akceptují, pokud to není v rozporu s jejich vnitřním přesvědčením.

Druhou rovinou jsou preference pacienta, kde jsem pro průzkumnou část zvolila témata autonomie pacienta, respektování lidských práv, hodnot, zvyků a duchovních přesvědčení jedince, rodiny a komunity. Pojmu autonomie perioperační sestry ve většině případů nerozumí. Z analýzy dat vyplývá, že autonomie na sále v průběhu operace zajistit nelze. Před úvodem do anestezie lze autonomii chápat jako empatickým přístupem k pacientovi, komunikaci s pacientem, respektování jeho důstojnosti, intimity, zvyků, přesvědčení a upevňování pacientových rozhodnutí. Lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jedince, rodiny a komunity jsou z analýzy uvedeny v legislativě a dokumentaci a tudíž by mělo docházet k jejich respektování. Dle odpovědí sestry na sále mají povědomí, ale dle nedostatku konkrétních příkladů uváděných respondenty pohlíží na člověka spíše jako na výkon a tudíž nelze tuto oblast na sále zajistit. Z analýzy dat vyplývá, že druhá rovina na sále zajistit nelze.

Třetí rovinou je kvalita života, kde respondenti byli dotázáni jaká je dostačující kvalita života v kontextu onkologického pacienta, účinky paliativní terapie, téma euthanasie a předsudky zdravotnického personálu v hodnocení kvality života. Z analýzy dat vyplývá, že dostačující kvalita života je ovlivněna sociálním postavením daného jedince s onkologickým onemocněním. Respondenti do kvality života zahrnutí krátkou délkou hospitalizace, fyzickou soběstačností a zachováním kognice jedince. Účinek paliativní péče popisují jako prospěšný pouze u některých pacientů. Lze konstatovat, že paliativní péči je v obou rovinou v beneficenci i maleficenci. Euthanasie dle jejich odpovědí proto přijatelná v případě z důvodu nadměrného utrpení jedinců, kterému nechtějí přihlížet. Dále jako důvod uvádějí nadměrnou psychickou zátěž, kdy pacient

čeká na smrt. Tato oblast je však v rozporu s věřícími jedinci, kteří argumentují, že život je dar od Boha. Poslední dotázanou oblastí respondentů jsou předsudky, kdy z analýzy dat vyplývá, že u zdravotnického personálu existují předsudky v hodnocení kvality života na podkladě jejich osobních pracovních zkušeností.

Pro čtvrtou rovinu jsem hlavním tématem zvolila spravedlnost a inovativní postupy spojené s výzkumem u onkologických pacientů. Z analýzy dat lze konstatovat, že perioperační sestry popisují nespravedlnost dějící na operačních sálech ve dvou oblastech. První oblastí je nespravedlivý přístup poskytovaný známým zdravotnických pracovníků a druhou oblastí je nespravedlnost, která je mezi členy operačního týmu a spolupracovníky na daném oddělení. Inovativní postupy sestry vnímají jako prospěšné. Výzkumnou činnost na operačních sálech neuvádí.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Primární zdroje

JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark a WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019, s. 225. ISBN 978-80-755-3653-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015, s. 225. ISBN 978-80-749-2204-6.

KLIMKOVÁ, Andrea. *Ošetrovatel'ská etika: teória, prax, poradenstvo*. Banská Bystrica: Belianum, 2017, s. 177. ISBN 978-80-557-1282-6.

OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 3. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2022, s. 104. ISBN 978-80-734-5726-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 2. přepracované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019, s.198. ISBN 978-80-271-0889-3.

WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2020, s. 88. ISBN 978-80-271-1029-2.

6.2 Sekundární zdroje

ARGAYOVÁ, Ivana; ANGELOVIČOVÁ, Katarína a DIMUNOVÁ, Lucia. *Specializovaná ošetrovatelská péče v onkologii: nádory močového měchýře*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2021, s. 120. ISBN 978-80-271-1726-0.

BEAUCHAMP, Tom L. a CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press, 2012, s. 459. ISBN 978-01-999-2458-5.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020, s.227. ISBN 978-80-271-2288-2.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 168. ISBN 978-80-247-5402-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Může být medicína spravedlivá?* In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Spravedlnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 14-24. ISBN 978-80-271-2431-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál, 2023, s.494. ISBN 978-80-262-1968-2.

HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021, s. 357. ISBN 978-80-200-3102-0.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a Erna MIČUDOVÁ. Etika v perioperační péči. In: JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, s. 197-205. ISBN 978-80-701-3598-3.

MACH, Jan. Informovaný souhlas – právní aspekty. In: PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a MACH, Jan. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017, s. 51-60. ISBN 978-80-749-2334-0

MATĚJEK, Jaromír. Etika v dětské paliativní péči. In: BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2019, s. 154-165. ISBN 978-80-271-0584-7.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019, s. 292. ISBN 978-80-741-9285-2.

PETRÁŠEK, Jan. Předmluva recenzenta In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Spravedlnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 14. ISBN 978-80-271-2431-2.

STANKUŠOVÁ, Hana. Etické problémy v onkologii. In: BARTŮNĚK, Petr, Radek, BARTŮNĚK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 271-282. ISBN 978-80-247-5471-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Praha: Portál, 2014, s. 377. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMÍŠKA, Miroslav. Anorexie, kachexie a nutriční podpora. In: SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022, s. 109-115. ISBN 978-80-749-2627-3.

6.3 Odborné články

FISHER, Jill A. a Rebecca L. WALKER. *Advancing Ethics and Policy for Healthy-Volunteer Research through a Model-Organism Framework*. Ethics & Human Research. Wiley Periodicals, 2019, 41(1), s. 1-40. ISSN 2578-2355.

6.4 Internetové zdroje

AORN. *AORN'S Perioperative Explikations For The ANA Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. [online]. 2017 [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.aorn.org/guidelines-resources/clinical-resources/code-of-ethics>

BEIN, Thomas. Avoidance of futile treatment—confluence of human dignity and ecological ethics. *Intensive care medicine*. [online]. 2023, 49(9), s. 1145-1146. [cit. 2023-11-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07173-x>. ISSN 0342-4642.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 08.12.2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. 2024 [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 09.02.2009 trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. 2024 [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ČESKO. Zákon č. 110 ze dne 24.04.2019 o zpracování osobních údajů In: *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. 2024 [cit. 2024-03-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>

CHAN, Wing Lok. The “do-not-resuscitate” order in palliative surgery: Ethical issues and a review on policy in Hong Kong. *Palliative & supportive care* [online]. 2015, 13(5), s. 1489-1493. [cit. 2023-11-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1478951514001370>. ISSN 1478-9515

EORNA. *EORNA-European Operating Room Nurses Association* [online]. 2024 [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://eorna.eu/>

Houston, Susan a Casanova, Mark a Leveille a kol. The Journal of clinical ethics. *The Intensity and Frequency of Moral Distress Among Different Healthcare Disciplines*. [online]. 2013, 24(2) s. 98-112. [cit. 2023-11-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1086/JCE201324203>. ISSN 1046-7890

SHAPIRO, Michael E. a Eric A. SINGER. Perioperative Advance Directives: Do Not Resuscitate in the Operating Room. *Surgical Clinics of North America*. [online]. 2019, 99(5), s. 859-865. [cit. 2023-11-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.006>. ISSN 0039-6109.

ZÁKONY PRO LIDI. *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online].2024 [cit. 2024-01-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>

7 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Dotazník k rozhovoru</i>	88
Příloha B <i>Doplňující otázky k rozhovoru</i>	91

Etika na operačním sále z pohledu perioperační sestry

Vážené kolegyně a kolegové,

Dovolte mi Vás požádat o spolupráci pro vypracování výzkumné studie k mé diplomové práci, která se týká etické problematiky onkologických pacientů na operačním sále z pohledu perioperační sestry. Jmenuji se Lucie Kudelová a jsem studentka navazujícího magisterského studijního programu ošetřovatelství - perioperační péče. Ráda bych Vás touto cestou požádala o rozhovor, který bude trvat zhruba 45 minut. Rozhovor je sestaven na základě metody čtyř rovin v klinické etice dle autorů A. R. Jonsena, M. Sieglera a W. J. Winsladea. Každá rovina zahrnuje tři otevřené otázky.

Rozhovor je zcela anonymní a vaše data budou respektovat zákon č. 110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů. Data budou použita pro zpracování praktické části diplomové práce a její obhajobu. Předem Vám mockrát děkuji za poskytnutí rozhovoru a za Váš čas.

Pohlaví: žena muž

Na jakém oddělení pracujete:

- Chirurgie
- Gynekologie
- Urologie
- Jiné:

Jaká je Vaše délka praxe na operačních sálech?

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více jak 21 let

Kolik operačních výkonů z důvodu onkologické diagnózy provedete měsíčně?

- 1-5
- 6 – 10
- 11 a více

Kolik je Vám let:

- 20-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65

Jste věřící? ano ne

Uveďte jeden příklad (kazuistika – iniciály, pohlaví, věk, hlavní diagnóza, operační výkon plánovaný, operační výkon realizovaný, okolnosti ovlivňující terapeutický a ošetrovatelský plán) eticky náročné situace vztahující se ke konkrétnímu onkologickému pacientovi, na kterého se podíváte pod úhlem čtyř etických rovin (lékařská indikace, preference pacienta, kvalita života, kontextuální charakteristiky).

Rozhovor se vztahuje na perioperační sestry pracující na sále. Otázky v rozhovoru se vztahují na onkologické pacienty.

Otázky k rovině I. Lékařská indikace:

1. Co znamená dříve vyslovené přání? Setkala jste se s touto možností nastavení péče o pacienta? *(prosím o podrobnou odpověď)*
2. Jak byste postupovala v případě dříve vysloveného přání u pacienta neresuscitovat, či v případě odmítnutí transfuze? *(prosím o podrobnou odpověď)*
3. Jak můžete zabránit nonmaleficenci (neškození) onkologického pacienta, aby poskytovaná lékařská a ošetrovatelská perioperační péče přinášela benefity?

Otázky k rovině II. Preference pacienta

1. Co pro Vás znamená autonomie pacienta a jak ji na operačním sále můžete zajistit?
(prosím o podrobnou odpověď)
2. Jak jsou v prostředí operačních sálů respektována lidská práva, hodnoty, zvyky, duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity?
(prosím o podrobnou odpověď)
3. Setkala jste se s odlišným přístupem k pacientovi, který je příbuzný zdravotnického pracovníka či veřejně známá osoba? V čem se péče lišila?
(prosím o podrobnou odpověď)

Otázky k rovině III. Kvalita života

1. Na základě jakých východisek považujete kvalitu života onkologického pacienta za dostatečnou?
(prosím o podrobnou odpověď)
2. Je pro Vás umožnění eutanazie eticky a morálně správné a proč?
(prosím o podrobnou odpověď)
3. Jaké předsudky v hodnocení kvality života může mít zdravotnický personál?
(prosím o podrobnou odpověď)

Otázky k rovině IV. Kontextuální charakteristiky

1. Jak vnímáte spravedlnost na operačním sále?
(prosím o podrobnou odpověď)
2. Co si myslíte, že je největší etickým problémem či dilematem na operačním sále?
(prosím o podrobnou odpověď)
3. Jak vnímáte inovativní postupy a výzkum využívaný při léčbě onkologických pacientů?
(prosím o podrobnou odpověď)

Příloha B *Doplňující otázky k rozhovoru*

Rovina I. Lékařská indikace

- Zná perioperační sestra institut DVP (dříve vyslovené přání)?
- Vnímá nějaký rozpor mezi přáním pacienta a nastaveným terapeutickým plánem?
- Může víra pacienta ovlivnit péči o pacienta?
- Je operační výkon a jeho radikalita vždy v souladu principu beneficence a nonmaleficence pacienta?
- Uvažuje sestra nad pacientem s ohledem na jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby?

Rovina II. Preference pacienta

- Co znamená autonomie pacienta na operačním sále?
- Jak lze využít autonomii pacienta na operačním sále?
- Jaký přístup má sestra k pacientovi v rámci respektu lidských práv, hodnot, zvyků, duchovního přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity?
- Jaký má sestra pohled na informovaný souhlas?
- Je odlišné poskytování péče osobám vysoce postaveným nebo známým zdravotníkům?

Rovina III. Kvalita života

- Jaký pohled má sestra na kvalitu života onkologického pacienta?
- Co si myslí o paliativním rozsahu péče na operačním sále s ohledem na kvalitu života?
- Jak vnímá sestra teoretickou možnost poskytnutí euthanasie?
- Zamýšlí se zdravotníci nad odlišným chápáním kvality života od pacientů?

Rovina IV. Kontextuální charakteristiky

- Co pro sestru znamená spravedlnost na operačním sále?
- Jaká je největší etická problematika na operačních sálech?
- Provádí sestra na operačním sále výzkum?
- Jakým způsobem sestry vnímají použití neověřených postupů při léčbě onkologického pacienta?