

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Adéla Urbanová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále

Diplomová práce

2024

Bc. Adéla Urbanová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Adéla Urbanová**  
Osobní číslo: **Z22266**  
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**  
Téma práce: **Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále**  
Téma práce anglicky: **Subjective evaluation of compliance with ethical principles in the operating room**  
Zadávací 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 průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualiz. a rozšíř. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.  
PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, a kol., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3411-3.  
ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.  
WICHSOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1029-2.  
ZEMAN, Miroslav; KRŠKA, Zdeněk a kol., 2023. *Chirurgická propedeutika*. 4. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3484-7.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**  
Katedra ošetrovatelství

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 Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které 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 22.4.2024

Adéla Urbanová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych tímto poděkovala panu Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi, za odborné vedení, cenné a užitečné rady, za jeho čas a vždy ochotný přístup.

## **ANOTACE**

Diplomová práce na téma Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále se zabývá problematikou etického přístupu mezi lidmi na operačním sále, včetně pacienta, jejich komunikací a vzájemnými vztahy. Teoretická část čerpá z odborné literatury a uvádí čtenáře do problematiky dodržování etických zásad v perioperační péči. V průzkumné části jsou analyzovány polo-strukturované rozhovory s pracovníky operačních sálů, které reflektují etický přístup jejich spolupracovníků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

etika na operačním sále, etické zásady, etický kodex, perioperační péče

## **TITLE**

Subjective evaluation of compliance with ethical principles in the operating room

## **ANNOTATION**

Diploma thesis titled Subjective evaluation of compliance with ethical principles in the operating room deals with the issue of ethical approach between people in the operating room, including the patient, their communication and mutual relations. The theoretical part contains a description of the issue related to the observance of ethical principles in the operating room. In the research part, interviews with operating room workers are processed through open coding and subsequent conceptualization. The aim is to find out if operating room workers follow ethical principles.

## **KEYWORDS**

ethics in the operating room, ethical principles, code of ethics, perioperative care

# OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	15
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	16
2.1 Etika na operačním sále.....	16
2.2 Etické principy v perioperační péči.....	17
2.2.1 Perioperační péče.....	18
2.2.2 Sestra pro perioperační péči.....	19
2.3 Etika v medicíně.....	24
2.3.1 Důstojnost v medicíně.....	25
2.3.2 Lékařská etika.....	26
2.3.3 Etika v ošetrovatelství.....	29
2.4 Etický kodex.....	30
2.4.1 Etický kodex lékařů.....	31
2.4.2 Etický kodex sester.....	32
2.4.3 Etický kodex zdravotníků.....	35
2.4.4 Práva pacientů.....	35
2.5 Etické problémy v medicíně.....	39
2.5.2 Syndrom vyhoření.....	41
2.5.3 Marná/zbytečná léčba z pohledu anesteziologa.....	42
2.6 Komunikace v medicíně.....	43
2.6.1 Problematika komunikace lékaře s pacientem.....	44
2.6.2 Silence Kills.....	46
2.6.3 Pravidla komunikace operačního týmu.....	47
2.6.4 Konflikt v komunikaci.....	48
2.6.5 Formy komunikace.....	49
2.6.6 Způsoby chování.....	52
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	56
3.1 Metodika průzkumné části.....	56



3.1.1	Průzkumný design.....	56
3.1.2	Metodika průzkumu.....	57
3.1.3	Přípravná fáze průzkumu.....	58
3.1.4	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	58
3.1.5	Sběr dat.....	60
3.1.6	Způsob vyhodnocení dat.....	61
3.2	Analýza dat.....	61
3.3	Přístup pracovníků k pacientovi.....	63
3.3.1	Obecně.....	64
3.3.2	Přístup sester k pacientovi.....	65
3.3.3	Přístup sanitářů k pacientovi.....	66
3.3.4	Přístup lékařů k pacientovi.....	69
3.3.5	Zachování intimity pacienta.....	70
3.3.6	Důstojný přístup k pacientům.....	74
3.3.7	Individualizovaný přístup k pacientovi.....	75
3.4	Přístup pacienta k personálu OS.....	75
3.4.1	Obecný pohled.....	76
3.4.2	Nevhodné jednání pacientů.....	77
3.4.3	Agresivní pacient.....	78
3.5	Komunikace.....	79
3.5.1	Jednání mezi pracovníky.....	80
3.5.2	Nevhodné verbální vyjadřování.....	83
3.5.3	Řešení konfliktů.....	86
3.5.4	Potřeba komunikace.....	88
3.6	Situace.....	89
3.6.1	Stresové situace.....	90
3.6.2	Vypjaté situace.....	91
3.6.3	Atmosféra.....	92
3.6.4	Nálada na operačním sále.....	93
3.7	Pracovní kolektiv.....	93
3.7.1	Interpersonální vztahy.....	94
3.7.2	Osobní kvality.....	96

3.7.3	Udržování dobrých vztahů.....	96
3.7.4	Příkladem svým podřízeným.....	97
3.7.5	Opora vedení.....	99
3.7.6	Týmová práce.....	101
3.7.7	Společný cíl.....	102
3.7.8	Kolegialita.....	103
3.7.9	Důvěra.....	104
3.8	Autorita.....	105
3.8.1	Respekt k autoritám.....	105
3.8.2	Využívání autority.....	107
3.9	Vztah k pracovišti.....	107
3.9.1	Smysl práce.....	108
3.9.2	Nespokojenost – co by se dalo vylepšit.....	109
4	DISKUZE.....	110
4.1	Průzkumná otázka 1: Jak personál hodnotí dodržování etických zásad na svém pracovišti?.....	110
4.2	Průzkumná otázka 2: Jak vypjaté a stresové situace ovlivňují dodržování etických zásad na operačním sále?.....	113
4.3	Jak přistupují pracovníci operačních sálů k důstojnosti pacienta?.....	115
4.4	Průzkumná otázka 3: Jakým způsobem je zachována intimita pacienta na operačním sále? 118	
4.5	Kdo jde příkladem v etickém jednání?.....	119
4.6	Doporučení pro praxi.....	120
5	ZÁVĚR.....	122
6	POUŽITÁ LITERATURA.....	124
6.1	Primární zdroje.....	124
6.2	Odborné články.....	127
6.3	Internetové zdroje.....	129

7	PŘÍLOHY.....	130
7.1	Příloha A Otázky k rozhovoru.....	131
7.2	Příloha B Informovaný souhlas.....	133

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

**Obrázek 1 ICN profesní hodnoty**

**Obrázek 2 Dimenze interpersonálního konfliktu a strategie jeho řešení**

**Obrázek 3 Příznaky promluvy**

**Obrázek 4 Kategorie a kódy**

**Obrázek 5 Kategorie Přístup pracovníků k pacientovi**

**Obrázek 6 Kategorie Přístup pacientů k personálu OS**

**Obrázek 7 Kategorie Komunikace**

**Obrázek 8 Kategorie Situace**

**Obrázek 9 Kategorie Pracovní kolektiv**

**Obrázek 10 Kategorie Autorita**

**Obrázek 11 Kategorie Vztah k pracovišti**

**Tabulka 1 Specifikace respondentů**

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

3.LF	3. lékařská fakulta
ANA	American nurse's association
AORN	Association of periOperative Registered Nurses
CPA	Centrum porodní asistence
ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
EORNA	Evropská asociace sálových sester
ICN	International Council of Nurses
L	lékař
JIP	jednotka intenzivní péče
OOPP	osobní ochranné pracovní prostředky
OS	operační sál
PS	perioperační sestra
PSS	pomaturitní specializační studium
RTG	rentgen
S	sanitář
SŠ	střední škola
UK	Univerzita Karlova
UPCE	Univerzita Pardubice
VŠ	vysoká škola

# ÚVOD

Věda a výzkum v medicíně, stejně jako praxe samotná občas přináší etické otázky, nad kterými je potřeba se hlouběji zamýšlet. Lékařská etika, se kterou se setkávají studenti medicíny a zdravotnických oborů, má svůj význam. Na začátku 70. let 20. století přicházejí do popředí otázky lidských práv a individuální svobody. Nově otevírající se etické otázky s sebou přinesly i důležité dokumenty z této oblasti. V roce 1992 společně se vznikem dokumentu Práv pacientů se Helena Haškovcová zasloužila o prohlášení lékařské etiky samostatným oborem. (Haškovcová, 2015, s.11)

Za další významný dokument v oblasti poskytování zdravotnické péče se považuje etický kodex. Nedílnou součástí pomáhající profese je zaměření na člověka (pacienta) a interakce s ním. Chování a vystupování lékařů a nelékařských zdravotníků je dáno pravidly profesní etiky. V České republice jsou požadavky profesní etiky sepsány v etickém kodexu daných profesí. Prostřednictvím tohoto dokumentu, se nabízí možnost, zabývat se etickými problémy, týkající se nedodržování etických zásad, které etický kodex stanovuje. Pracovníci by se měli snažit udržovat mezi sebou dobré mezikolegiální vztahy a zároveň vést vhodný přístup k vedoucímu zaměstnanci. Zároveň vedoucí pracovník by měl svým chováním jít příkladem podřízeným. Tyto vztahy jsou trvale zatěžovány a podrobovány neustálým zkouškám. Jejich kvalita a stupeň zralosti se projevuje zejména v kritických situacích. (Ondriová, 2021)

V průběhu studia magisterského oboru perioperační péče v ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice studenti procházejí praxemi na operačních sálech napříč různými medicínskými obory. Díky zkušenostem z praxe studenti zjišťují, že pracovat na operačním sále je nejen fyzicky, ale i psychicky náročné. Práce na operačním sále není jen o chirurgickém výkonu a jeho postupech. Důležitý je zde i **etický přístup k pacientům a týmová spolupráce**. Člověk zde může přicházet do kontaktu s nevhodnou komunikací a chováním zdravotnických pracovníků. Chirurgická pracoviště nemívají nouzi o stresové situace v diagnostickém a léčebném procesu, proto je zde nutné umět kontrolovat a ovládat své chování. **Stresové a vypjaté situace** jsou neočekávanými zkouškami pevnosti a soudržnosti mezikolegiálních vztahů, které jsou na operačním sále nezbytností. (Zeman et al., 2023, s. 27)

Týmová práce stojí na přesně určených kompetencích a odpovědnosti. Zásadní je, aby z etických důvodů nebyl narušen průběh operačního výkonu. Všichni pracovníci by měli mít na paměti, že jsou součástí týmu, který má jeden společný cíl. Tím je především pomoc

pacientovi a poskytnutí péče na co nejlepší možné úrovni a za správných a vhodných podmínek. Pro týmové fungování na operačním sále je důležitá vzájemná **úcta**, přímá a jasná **komunikace**, opravdovost a zájem o obor. (Jedličková et al., 2021) Obor perioperační péče klade určité nároky na své pracovníky, a to právě kvůli svým specifickým, která jsou výše zvýrazněna.

Tato diplomová práce popisuje, v jakých rovinách se dějí úvahy nad etickým přístupem při práci na operačním sále. Tímto tématem se zabývaly určité studie ve světě i v České republice. V Česku a ve Švédsku byla provedena studie na téma etiky v perioperační péči, která se zároveň dotýká i tématu bezpečnosti pacienta. Wichsova a Horakova (2018) ve své studii poukazují na fakt, že nekvalitní péče je také péče neetická. Pokud zdravotníci poruší bezpečnost a hygienické předpisy, porušují také etiku zdravotnických pracovníků. Podobný význam z hlediska etiky má zahraniční studie Silence Kills – The Seven Crucial Conversation for Healthcare, která se zabývá problémy komunikace zdravotnických týmů a jejich dopadem na kvalitu poskytované péče. (Maxfield et al., 2005) Tyto studie se týkají etiky na stejném principu a tím je kvalita péče.

Výstupem diplomové práce bude zhodnocení dodržování etických zásad na operačních sálech. Díky rozhovorům dojde u samotných respondentů k sebereflexi a možnému uvědomění si svých chyb, kterých se mohli nevědomě doposud dopouštět.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cílem této diplomové práce je dozvědět se o subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále prostřednictvím polo-strukturovaných rozhovorů s personálem operačních sálů. Lékaři, sestry a sanitáři zhodnotí, jestli sami nebo jejich spolupracovníci jednají dle etických pravidel.

## **Cíl teoretické části práce**

- Vytvořit úvodní vhled do etické problematiky v perioperační péči.
- Zmínit etické kodexy pracovníků operačních sálů a jiné legislativní dokumenty týkající se poskytování zdravotnické péče.
- Věnovat se problematice komunikace v medicíně.

## **Cíl výzkumné části práce**

- Dozvědět se o subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále prostřednictvím polo-strukturovaných rozhovorů s personálem operačních sálů.
- Analyzovat faktory, které mají vliv na dodržování etických zásad.
- Odpovědět na výzkumné otázky.
- V závěru se věnovat zhodnocení cílů a užitých metod.



## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Etika na operačním sále

Etika je též brána jako praktická stránka filosofie. Jsou v ní zahrnuty a definovány správné, dobré a humánní hodnoty, normy chování a mravní ideály. To vše je úzce spjato s pocity povinnosti, správnosti, nesprávnosti, lítosti, úcty, odpovědnosti atd. Shrnutím těchto pravidel se vytváří profesní a pracovní etika. (Zeman et al., 2023, s. 25) Normy profesní etiky jsou promítnuty do etického kodexu, nebo písemných či ústních tradic lékařské profese. (Ondriová, 2021)

Jejími předmětem mohou být z hlediska lékařské i ošetrovatelské etiky morálně-etické problémy zdravotnické praxe: (Ondriová, 2021)

- postoj k pacientovi (základní principy lékařské etiky, informovaný souhlas, etické kodexy),
- osobnost lékaře nebo NLZP,
- problematika interpersonálních vztahů ve zdravotnictví,
- dilematické situace v medicíně.

V průběhu posledních pár let se chirurgická činnost stala týmovou mezioborovou spoluprací, při které je nutné dbát na etické lékařské zásady. Práce chirurga zahrnuje i citlivý přístup k nemocným, ve kterém by měl chirurg uplatňovat etické principy. Aby léčení nemocného mělo úspěch, musí nejdříve lékař získat důvěru nemocného, a to nejen před samotným výkonem, ale i v průběhu celého procesu léčby. Přístup lékaře musí zahrnovat i poučení nemocného o navrhovaných způsobech léčby. Je nutné nemocnému vysvětlit nutnost a účelnost operačního výkonu a informovat ho o možných komplikacích a následcích po operaci. Chirurgové by měli jednat na vysoké morální úrovni s odbornou zodpovědností za celý proces léčby. (Zeman et al., 2023, s. 25-30)

*„Každé povolání, i povolání lékaře, dává šanci dát životu smysl.“*

(Sládek, 2021, s. 31)

Lékař se svým povoláním zavazuje taktéž hledat a nalézat smysl života a za hodnoty s ním spojené přebírat zodpovědnost. Tyto hodnoty by měli být rovněž součástí dialogu mezi lékařem a nemocným. (Sládek, 2021, s. 31)

Kromě platných etických norem je v lékařství potřeba vytvářet tzv. předstihové teze, které odpovídají potřebám budoucnosti. Jejich tvorba je potřebná pro soulad s vývojem potřeb ve společnosti. Lékařská morálka je podle Zemana et al. (2023, s. 25-30) soubor pravidel, které vedou k:

- rozpoznání chorobného procesu a jeho správné definici,
- správné volbě a výběru nejvýhodnějších postupů v léčbě, které by měly co nejrychleji zlepšit zdravotní stav nemocného nebo ho vyléčit.

Aby zdravotnický pracovník splňoval i morální normy, měl by se v případě procesu pomoci nemocnému oprostít od svých osobních zájmů. Zeman et al. (2023, s. 26) mezi tyto morální hodnoty zahrnuje:

- zásada stejného přístupu ke všem nemocným,
- důraz na prevenci ve všech možných podobách,
- osobní život lékaře,
- přístup lékaře k nemocnému a spolupracovníkům,
- doživotní sebevzdělávání.

Pravidla stanovující etické zásady pro soubor činností týkajících se perioperační péče zatím nebyla vytvořena. V tomto případě je nezbytné pracovat s etickými pravidly, které se týkají zdravotní péče obecně. Je možné vycházet např. ze základních etických principů. (Wichsová, 2020, s. 56)

## **2.2 Etické principy v perioperační péči**

Základem zdravotnické etiky jsou čtyři zásady bioetiky, které zpracovali Beauchamp a Childress: (Wichsová, 2020, s. 56)

- princip non-maleficence (nepoškodit nemocného)
- princip beneficence (dobřečinění – jednat v nejlepším zájmu nemocného)
- princip autonomie (respektování autonomie nemocného)
- princip spravedlnosti

Autoři vyšli z teze o nefunkčnosti mravních pravidel včetně etických kodexů současné doby v oblasti medicíny. Zvolili čtyři principy, které budou pokrývat všechna nejdůležitější

medicínská témata. Tyto principy by nám měli pomoci se eticky rozhodovat v konkrétních případech a sloužit jako „základní koleje“, po kterých pojedeme. Podstatou teorie je, že lékaři jsou ve skutečnosti vedeni ve své práci všeobecně uznávanými principy, které dodržují. (Šimek, 2015, s. 118)

Nastávají ovšem někdy i problémy mravního charakteru na základě sporu v uplatňování principů. V druhé části teorie autoři zmínili možné spory principů a jejich řešení. Takto se stal principialismus vhodným návodem pro správné rozhodování v medicíně. (Šimek, 2015, s. 118)

Při práci na operačním sále by nikdo neměl slevovat ze zásad hygieny, chce-li zachovat první princip non-maleficence. Pokud si aktér perioperační péče nepřeje poškodit pacienta, musí pracovat za přísných sterilních podmínek. V případě dostane-li se infekce do místa chirurgického výkonu, hrozí pacientovi v lepším případě delší a náročnější rekonvalescence. V horších případech se jedná dokonce o smrt pacienta v důsledku infekčních komplikací. (Wichsová, 2020, s. 57)

Principy non-maleficence a beneficence jsou svými významy podobné a často splývají. Jejich základem je, že vše má být učiněno pro pacientovo dobro. Nařízení jsou ale někdy nadřizeny prospěchu pacienta. Systém je založen na postupech. Veškerá dokumentace musí být vyplněna. Aby se nezapomnělo požadované políčko vyplnit, tak bývá dokumentace vyplněna a založena ještě před zahájením operačního výkonu. Na základě těchto faktů, vzniká mylná domněnka, že předpisy by mohly nahradit morálku a etiku. Skutečnost je taková, že správné a bezpečné provedení zajistí pouze lidská zodpovědnost. (Wichsová, 2020, s. 57)

Na operačním sále na svém významu nabývá především princip autonomie. Pacient část své nezávislosti a schopnosti rozhodovat ztrácí. V případě závažné poruchy vědomí je odevzdán do péče chirurga a jeho týmu. Je-li toho pacient schopen, podepisuje před výkonem tzv. informovaný souhlas. S jeho podpisem utvrzuje svou důvěru v to, že perioperační péče bude provedena na základě jednání v pacientově nejlepším zájmu a dle postupu *lege artis*<sup>1</sup>. (Wichsová, 2020, s. 57)

### **2.2.1 Perioperační péče**

Perioperační péče zahrnuje péči o pacienta v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období. Období, kdy se pacient vyskytuje na operačním sále říkáme intraoperační období.

---

<sup>1</sup> *Lege artis* je ve zdravotnictví postup či jednání, který je spojován s odborným a právně správným postupem léčby při poskytování zdravotní péče. (Ptáček et al., 2013)

Intraoperační období začíná převzetím pacienta na operační sál a končí jeho předáním na oddělení akutní intenzivní medicíny, JIP nebo jiné lůžkové oddělení. V tuto dobu zodpovídá za ošetřování pacienta sestra perioperační a sestra anesteziologická. Na operačním sále je pacientovi poskytována komplexní péče díky týmové práci. (Libová et al., 2019, s. 44) Operační tým tvoří operatér, 1-3 asistenti, instrumentující operační sestra, neobíhající sestra, sanitář a anesteziologický tým. Může být přítomen i RTG laborant, technik a další specialisté dle charakteru výkonu. (Wichsová et al., 2013, s. 56-57)

Na operačním sále samotnému výkonu předchází bezprostřední příprava pacienta. Dodržováním přísných hygienicko-epidemiologických provozních režimů zajišťuje personál bezpečné operování. Aseptické techniky zaručují minimální riziko expozice pacienta exogenním mikroorganismům v době operačního výkonu. Tento proces zahrnuje i zajištění sterilního pole. (Ihnát, 2017, s. 45)

Pacient vstupuje na operační sál přes vstupní filtr. Ve vstupním filtru probíhá kontrola dokumentace, plánovaného operačního výkonu a identifikace pacienta. Zde si pacient odkládá oděv. Na operační sál přichází zahalen pouze do prostěradla a vlasy má kryté operační čepicí. Transport pacienta je zajištěn na výměnné pracovní desce operačního stolu nebo transportním vozíkem. (Ihnát, 2017, s. 45)

## **2.2.2 Sestra pro perioperační péči**

EORNA si zakládá i na znalostech sestry v oblasti právních, etických a profesních postupů. Sestra pro perioperační péči by měla svoje zaměstnání vykonávat v souladu s platnou legislativou a profesními směrnicemi vztahující se k její profesi a konkrétní specializaci. Při výkonu svého povolání by měla přijímat i profesní odpovědnost. Ošetrovatelská péče pacientovi by měla být založena na zkušenostech, které vyplývají z perioperační praxe. (Wichsová et al., 2013, s. 52-56)

### **2.2.2.1 Legislativní uchopení profese perioperačních sester**

Z činností, které určuje pro perioperační sestry vyhláška č. 55/2011 Sb. vyplývají kompetence perioperačních sester. Dle vyhlášky sestra pro perioperační péči vykonává činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí uvedené v §54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Náplní práce sestry pro perioperační péči bez odborného dohledu je: (Česko, 2011a)

- Příprava instrumentaria, zdravotnických prostředků a jiného potřebného materiálu a pomůcek.

- Zajištění specializované sterilizační a dezinfekční postupy.
- Rouškování operačního pole.
- Instrumentování při operačních výkonech.
- Zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami.
- Zajišťuje antisepsi operačního pole u pacientů.
- Spolupracuje s lékařem-operatérem.
- Společně s operatérem zajišťují početní kontrolu nástrojů a použitých materiálů před a po ukončení každého operačního výkonu a ručí za stálou připravenost pracoviště ke standartním a speciálním operačním výkonům.
- Na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole.
- Předchází komplikacím z imobilizace.
- Při méně náročných operačních výkonech asistuje operatérovi. (Česko, 2011a)

Perioperačním sestřám přísluší dle Evropské asociace sálových sester EORNA širší spektrum kompetencí, než na které jsme v České republice zvyklí. V jiných evropských zemích sálová sestra pracuje i jako anesteziologická nebo postanesteziologická sestra či asistentka operátora. Z tohoto důvodu je úkolem perioperačních sester znát management bolesti, hygienický management a celkové řízení operačních sálů. (Wichsová et al., 2013, s. 51)

Kompetence perioperačních sester dle EORNA: (Wichsová et al., 2013, s. 52-56)

- Sestra pro perioperační péči umí zabezpečit efektivní péči o pacienta.
- Snaží se zajistit bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti.
- Dává podněty pro vhodné strategie, které budou předcházet mimořádným událostem.
- Zavádí zásady boje proti infekcím při poskytování perioperační péče.
- Zajišťuje vyšetření, likvidaci, pohřbení nebo transplantaci tělesných tkání.
- Chápe důležitost strategií managementu odpadu a prosazuje osvědčené postupy.
- Pracuje na udržování interpersonálních vztahů s pacienty kdekoli je to možné.
- Zná základní požadavky vedoucí k efektivní týmové práci, na které závisí výsledky péče o pacienta v perioperačním prostředí.
- Pracuje na základě dobré strategie verbální i písemné komunikace a tím zajišťuje přesný záznam informací a jejich přednost v zájmu péče o pacienta.

- V neposlední řadě musí sestra pro perioperační péči ovládat i organizační a řídicí dovednosti. Kontroluje postupy, aby zaručila kvalitu péče.
- Chápe prvky rozdělování lidských zdrojů a odpovídajícím způsobem zajišťuje připravenost k poskytování péče.
- Řídí dodávání materiálů a dbá na dodržování směrnic osvědčených postupů. Zároveň řeší rozsah ekonomických možností.
- Jde příkladem svou důsledností, řídicími schopnostmi.
- Sebemotivuje sama sebe a dává najevo efektivitu svých řídicích schopností a interpersonálních dovedností.
- Vše zakládá na porozumění a vzájemném respektu.
- Vzdělávání a profesní rozvoj sester pro perioperační péči je založen na projevu angažovanosti po celou dobu výkonu povolání.
- Aktivní vyhledávání nebo poskytování příležitostí ke vzdělání je v perioperační péči nezbytné a podílí se i na rozvoji dalších zdravotníků působících v oblasti perioperační péče. (Wichsová et al., 2013, s. 52-56)

Specializační vzdělávání perioperačních sester je legislativně ukotveno v hlavě V dílu 3 zákona č. 96/2004 Sb. (MZČR) o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.). Specializační vzdělávání je definováno v ustanovení §56 zákona č. 96/2004 Sb. (Česko, 2004b)

Získání specializované způsobilosti v oboru perioperační péče umožňuje Vzdělávací program specializačního vzdělávání perioperační péče v oboru všeobecná sestra. Cílem specializačního vzdělávání je, aby si sestra osvojila potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, návyky týmové spolupráce i schopnost samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou. Vzdělávací program uskutečňuje akreditované zařízení. Obsahem vzdělávacího programu je 560 hodin teoretického vzdělávání a praktické výuky. Učební plán je složen z modulů. Každý modul je ucelenou částí vzdělávacího programu. Moduly mají stanovený počet vyučovacích hodin. Program je zakončen hodnocením úrovně dosažených výsledků vzdělávání. Průběh specializačního vzdělávání musí být evidován v tzv. Logbooku, deníku nebo studijním průkazu. Zakončení specializovaného vzdělávání spočívá ve složení atestační zkoušky. (ČESKO, 2020b)

### 2.2.2.2 Psychologické podmínky profese

Práce instrumentářky není snadná, stejně tak i práce ostatních členů operačního týmu. Na operačním sále je nutné kontrolovat své chování. City člověka usměrňují biologické impulsy, které nemůže člověk úplně eliminovat, ale může je být schopen kontrolovat. Disponovat emocionálními vlastnostmi, které tvoří součást emocionální a sociální inteligence je pro život i zvládnání profese důležitou vlastností. Lidé, kteří chtějí mít úspěch v životě, musí umět zacházet s vlastními i cizími emocemi. Sebeovládání je schopnost rozpoznat a zvládat vlastní duševní stavy. Schopnost sebeovládání přispívá k udržování dobrých vztahů s lidmi, což se projevuje v každodenním životě, doma, tak i na pracovišti. (Balková et al., 2013)

Ošetrovatelské povolání je dlouhou a náročnou cestou profesionálního i osobnostního zrání. Rozhodnutí pro toto povolání má vycházet z vnitřního přesvědčení mladého člověka, přičemž je důležitý jeho postoj k sobě samému i k druhým. (Ondriová a kol., 2015, s. 59 cit. podle Ondriová, 2021)

Sestra obecně musí zastávat určité role a své osobnostní vlastnosti korigovat. Zacharová (2016) rozděluje základní znaky role sestry do čtyř oblastí:

1. Funkční specifita – vyjadřuje schopnost a ochotu komunikace se spolupracovníky. Také zahrnuje i nutnost formální a odborné kompetence pro svou profesi.
2. Emocionální neutralita – zaměřuje se na způsob emocionálně neutrálního jednání. Vyjadřování sympatií a porozumění bez dalších emočních rozvinutí.
3. Universalismus – sestra uplatňuje sociální roli v rovnocenném poskytování ošetrovatelské péče.
4. Kolektivní orientace – blaho pacientů staví nad své zájmy. Pacient je pro ni na prvním místě.

Studie ze Švédska zaměřená na zkušenosti sester operačních sálů ukázala, že v perioperační praxi vznikají etické konflikty. V perioperační praxi se značně vyskytují náročné situace, na základě, kterých musí sestry na operačních sálech být schopny činit různé etické úsudky. Někdy se sestry musí rozhodovat proti svým vlastním profesním zásadám. Následně pak v nich samotných vznikají etické konflikty. Bylo zjištěno, že sestrám byla znemožněna přítomnost v perioperačním ošetrovatelském procesu z důvodu současných zvyklostí v perioperační praxi. V důsledku nespolupráce chirurgického operačního týmu, upadl důraz na

péči o pacienta. Kompetence sester na operačních sálech byly přehlíženy a ignorovány. Hodnotové konflikty u sester začaly vznikat, když si uvědomily, že chybí kontinuita péče o pacienty. Prožívaly soucit s pacientem, ale stále jim zůstávala vůle a byly schopny být u toho a převzít za pacienta zodpovědnost. To vedlo k pocitům zoufalství, bezmoci a špatného svědomí. Tento přístup k pacientům sestry nepodporovaly. V důsledku nespokojenosti v péči o pacienty, došlo dokonce i k rezignaci sester. (Blomberg et al., 2019)

Na pracovišti operačních sálů se instrumentářka dostává do nelehkých situací, ve kterých je postavena „proti všem.“ Perioperační sestry musí umět být trpělivé. Sestra je na sále vždy pohotová a musí ovládat náročnou techniku. Snáší také i nálady chirurgů od kterých se odráží další problémy, které mohou nastat v průběhu operace. Operatér může být nespokojen s anatomickými poměry pacienta, ostrostí nástrojů, teplotou na operačním sále nebo operační pole může být špatně oholené atd. (Balková et al., 2013)

Ve zkratce lze říct, že se lékaři i perioperační sestry podílejí na utváření situace na operačním sále. V napjatých situacích je třeba se zastavit, popřemýšlet a zhodnotit svoje vztahy, které si chceme na pracovišti udržet. Na operačním sále by neměly být vyvolávány zbytečné konflikty a trvale by se všichni členové týmu měli podílet na udržování dobrých vztahů. Vše by mělo být dodržováno hlavně na základě zásad jako je spravedlnost, pravdomluvnost, statečnost a pro někoho i někdy nelehká obětavost. (Balková et al., 2013)

Aby členové operačního týmu pracovali správně a zodpovědně musí respektovat a dodržovat níže zmíněné etické zásady. (Balková et al., 2013)

1. Všichni mají právo k vyjádření svého názoru a myšlenek, ale měli by si uvědomovat, že za svůj názor nesou i osobní zodpovědnost.
2. Forma vystupování nesmí být agresivní a neměla by vyvolávat hádky. Abychom výstupem zbytečně neubližovali, je lepší komunikovat s rozvahou.
3. Aktivní naslouchání může být pro někoho uměním, ale pro sestru je taková vlastnost nedílnou součástí profese. Naslouchání vyžaduje obrovskou sílu v člověku, kterou rozděluje mezi sebe i druhé.
4. Při komunikaci je důležité myslet nejen, co za informace předáváme, ale i jakým způsobem. Většina lidí své neverbální reakce nekontroluje, a proto jejich podání přibývá na hodnotě.



5. Nekřičet, neurážet a neironizovat.
6. Empatie a asertivita jsou dvě vlastnosti, které by měly být na místě v každé situaci.
7. S informacemi je nutné umět zacházet. Některé je třeba odmítat, nebo třídit, či přijímat.
8. Být sám sebou a nejednat dle jiných.
9. Biologické hodiny můžeme respektovat na základě přizpůsobování se různým okolnostem.
10. Řídit se dle svých priorit. Znat své životní hodnoty.
11. Za své jednání a chyby musíme nést zodpovědnost. (Balková et al., 2013)

Na pracovišti je třeba hledat vždy lepší stránky osobnosti a snažit se, aby interpersonální vztahy byly pevné, čestné a důvěrné. Všichni by se měli chovat, tak jak si přejí, aby se chovali ostatní k nim. (Balková et al., 2013)

### **2.3 Etika v medicíně**

*„Medicína představuje morální počínání, a proto nutně poskytuje prostor pro dobro i zlo.“*

*Ivan Illich (cit. podle Haškovcová, 2015)*

Etika = věda o mravnosti zkoumá zákonitosti mravního chování jednotlivců i společnosti. Mezi základní morální hodnoty patří: dobro a zlo, pravda a lež, spravedlnost a nespravedlnost atd. Dosáhneme-li vyšších vývojových úrovní i citového života, nacházíme se ve stupni životní zkušenosti, které se říká moudrost. Podle Františka Koukolíka nám moudrost pomáhá rozlišovat dobré a zlé ve složitějších situacích. (Haškovcová, 2015, s. 13)

Medicína i společnost se paralelně vyvíjí. V naší civilizaci vítězí demokratické uspořádání, ve kterém společenská pravidla i legislativa vychází od jedince a jeho práv. V dnešní době je kladen důraz na sebeurčení. Současně roste vzdělanost společnosti. Informovanost lidí roste prostřednictvím medií a internetu. Výsledky vědeckých bádání jsou bohatě popularizovány. Pacienti mají větší přehled o medicínských možnostech, proto jsou dnes méně závislí na poučení. Získáváním informací si vytváří své názory a kladou lékařům zásadnější otázky. Mezi nejnaléhavější témata etiky v medicíně proto patří proměna vztahu lékaře nebo zdravotníka vůbec a pacienta. Dalším tématem je i změna fungování zdravotnických institucí. Technologické pokroky a výzkum v medicíně tvoří další okruh problémů v oblasti etiky. (Šimek, 2015, s. 102-103)

Často se tematizuje otázka, proč a za jakých okolností se mohou měnit uznávané hodnoty v jiné a budou též akceptovatelné. Tato problematika se týká etiky srovnávací. Proměna toho, co jsme považovali za dobré a naopak zlé, lze uvést na příkladu z klinické praxe. Příkladem je tzv. pravda na nemocničním lůžku. V dřívějších dobách se bralo za dobré pacientovi zamlčet nepříznivou diagnózu, tudíž bylo mravné mluvit i nepravdu. Dnes se považuje za zlé pacienta s pravdou neseznámit. (Haškovcová, 2015, s. 13)

V medicíně se klade důraz i na morální závazek lékaře jednat s nemocným jako s osobou v náročné situaci, při zachování zásad odpovídajících povaze nemoci. Důležitostí je, aby si nemocný uvědomil vážnost choroby a lékař ho přesvědčil ke spontánnímu plnění základních léčebných pravidel. Takové přesvědčení nebývá snadným úkolem. Zeman et al. (2023, s. 26) uvažují, zda to je tím, že ústava v ČR nevyjadřuje slovně povinnost každého občana pečovat o své zdraví. Jistým základním mravním cílem společnosti ale je, aby se lidem zachovalo neporušené zdraví. (Zeman et al., 2023, s. 26)

Étos lékařského stavu se formuje na základě reflexe zkušenosti s hlasem svého svědomí, sebevzděláváním v oblasti lékařské etiky a etiky ctností lékaře, promýšlením etických kodexů a jejich zapojení do každodenní praxe. V procesu formování svědomí je důležité se konfrontovat s již definovanými normami jako sociálními pravidly jednání. (Sládek, 2021, s. 52)

### **2.3.1 Důstojnost v medicíně**

Podle Ondriové (2021) je morální povinností všech členů ošetřujícího týmu ošetřovat pacienta s úctou k lidské důstojnosti.

*„Lidská důstojnost je vnímána jako vnitřní nezcizitelná hodnota, která přísluší každému člověku ve stejné míře...“*

(Nemčerková, 2008 cit. podle Ondriová, 2021)

Lidskou důstojnost poznává člověk většinou intuitivně. Ve chvíli, kdy ji někdo nebo něco naruší, člověk to rychle a bez přemýšlení pozná. Na její vnímání má vliv i kultura. Kultury chápou narušení důstojnosti totožně i odlišně. Důstojnost člověka může narušit smích, posměch i soucit, agrese, obrana oběti a jiné nedůstojné chování. Záleží vždy na kontextu.

Nad důstojností se můžeme zamýšlet i jako nad hodnotou, kterou přisuzujeme sami sobě. Jako hodnotu ji označil Aristotelés v Etice Nikomachově. Podle tohoto pojetí je důstojnost vnímáním vlastní sebeúcty a hodnocením vlastní hodnoty. Sebeúcta zahrnuje sebedůvěru, sebeocenení a respektování vlastní osobnosti. Lidská hodnota se odráží od charakteru jedince, i od hodnocení lidí kolem něho. Právě lidská hodnota je něco, co lidi od sebe rozlišuje. Marcus Tullius Cicero chápal důstojnost jako druh ctnosti, která zasluhovala úctu a respekt. Důstojnost je dle Cicera dána duší, myslí, vědomím, které lidi zavazují. (Ptáček, Bartůněk, 2022)

Důstojnost je spojena i s jedním ze základních etických principů. Lze ji chápat i jako vyjádření autonomie, osobní svobody. Základní vyjádření vlastní důstojnosti je právo na volbu. Další variantou je důstojnost jako právo. Každá osoba má právo na respekt a etické zacházení. (Ptáček a Bartůněk, 2022)

V rámci institucionální péče patří mezi nejdůležitější aspekty důstojnosti: prostředí péče, chování a postoje personálu, kultura péče a zajištění specifických aktivit. (Ptáček a Bartůněk, 2022)

### **2.3.1.1 Úmluva o biomedicině**

V minulém století nastal vlivem postupného politického i hospodářského sjednocování evropských zemí důvod ke vzniku mezinárodních smluv. Na základě volného pohybu kapitálu, služeb a pracovních sil můžeme myslet i na volný pohyb pacientů. V Evropě by měli mít lidé jistotu, že v případě dostanou-li se do patientské role, budou mít všude relativně podobná pravidla. Z těchto důvodů signovala vláda České republiky v roce 1998 Úmluvu o biomedicině. Tato významná mezinárodní smlouva s celým názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny byla následně ratifikována Parlamentem České republiky roku 2001. Základy této smlouvy byly sepisovány mezinárodním a interdisciplinárním týmem odborníků. První oficiální přijetí smlouvy proběhlo ve Štrasburku výborem ministrů Rady Evropy. (Haškovcová, 2015, s. 75)

Úmluva se ve značné míře věnuje respektu k autonomii jedince. Zdůrazňuje respekt ke svobodnému a informovanému souhlasu s veškerým děním. Mimořádná část je věnována i těm, kteří nejsou schopni autonomního rozhodování. Jedná se o tzv. otevřený dokument, který může být kdykoliv rozšířen nebo doplněn. Kvůli řadě dilematických otázek v okruhu problematiky např. interrupcí, eutanazie, reprodukční medicíny nebo genetického inženýrství

byly k Úmluvě připojeny čtyři dodatky, ke kterým je vydána vysvětlující zpráva. (Haškovcová, 2015, s. 76)

### **2.3.2 Lékařská etika**

Od roku 1992 v České republice je lékařská etika vedena jako samostatný lékařský obor. Výuka lékařské etiky byla zahájena postupně nejen na lékařských fakultách, ale též fakultativně i na středních zdravotnických školách a povinně je vyučována na všech vyšších zdravotnických školách. V oborech bakalářských a magisterských se s lékařskou etikou setkáváme pod názvem zdravotnická nebo ošetrovatelská etika. Dalšími místy pro tematizování lékařské etiky je Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. (Haškovcová, 2015, s. 15)

Lékařská či zdravotnická etika má svá kritéria, která zahrnují nejen základní vztah lékař versus nemocný, lékař versus zdravotní sestra, vedoucí pracovník versus podřízený atd., ale i způsob výuky zdravotníků, postgraduální studia, vědecké poznání a stálý přísun informací. „Pomoci“ je normou současné medicíny, díky které došlo k historickému posunu od Hippokratovy normy „neuškodit“. (Zeman et al., 2023, s. 26-27)

Výchova lékaře a chirurga je náročným úkolem. Cestou výchovy se takový kandidát setkává s uplatňováním mravních zásad v praktickém životě. V současné medicíně Zeman et al. (2023, s. 26) stále souhlasí se slovy akademika Jiřího Diviše, který v roce 1934 definoval nejdůležitější vlastnosti chirurga. Podle Diviše se pravý chirurg pozná na základě svědomitosti a vysoké vědecké úrovně. Další nutnou vlastností je cit pro odpovědnost a sociální citění. Měl by jednat taktně, ohleduplně s dobrotou srdce a pevným charakterem. Důležitá je i pokora zejména tam, kde vědomosti a schopnosti nestačí. V případě potřeby musí být na místě účinná spolupráce s dalšími odborníky. Dle Sládka (2021) se lékař v rozhodovacím procesu vždy řídí konečným slovem, které vychází z hlasu svědomí a vůle člověka. Čím mocnější chirurgie je, tím má být chirurg mravnější, tím víc soucítit s nemocným a jeho okolím, řídit se poznanou pravdou a naslouchat svému svědomí. Dvojnásobně však platí tyto potřebné vlastnosti pro učícího chirurga. (Zeman et al., 2023, s. 26-27)

Výuka lékařské etiky se snaží zlepšit úroveň etického jednání a rozhodování. Se zaváděním etiky do studia zdravotnických oborů se nějakou dobu bojovalo. Odborníci stále zvažovali, zda je výuka etiky nutností. Haškovcová (2015, s. 197) stála za názorem, že by mohlo být vhodnější usilovat o pěstování samotné etiky. Postupný styk s etickou problematikou od teorie k praxi, by mohl mít za předpoklad naučit studenty nemalé množství faktografie. Na základě předaných informací lze pak vést samostatnou nebo kolektivní kvalifikovanou rozvahu, ze které by se odvodilo následné mravní jednání a chování. Formou stáží se studenti mohou dostat přímo do místa dění etických problematik. Vyučující by měli studenty upozorňovat na etická dilemata a v rámci možností je i probírat. Podle Haškovcové (2015, s. 197) odborníci tvrdí, že *„je třeba studenty především naučit vidět problémy tam, kde jsou, a učinit jejich percepci reality citlivější ke skutečnostem a jevům, jež se pouze na první pohled vyznačují jednoduchostí, a tedy zdánlivou jednoznačností.“* Permanentní tematizování etických problémů a nácvik řešení praktických dilematických příkladů je osvědčeným a nejvhodnějším obsahem výuky. (Haškovcová, 2015, s. 197)

Zajímavý vhled do problematiky nabídla i 13. konference Etika a komunikace v medicíně ČLK s podtitulem „Soucit v medicíně“, která se konala v prosinci roku 2023. K tématu etiky a komunikace se vyjádřila MUDr. Tereza Pinkasová s názorem, že nedílnou součástí profesionality lékaře je především empatický a soucitný přístup. Praxe však samotným medikům a medičkám ukazuje tvrdou realitu plnou nátlaku, která snadno schopnost empatie a jejího aktivního projevu soucitu žene pryč. Bojovat a podpořit strategii pro podporu empatie v průběhu studia medicíny může pomoci realizace začlenění některých přístupů do stávající výuky nebo začlenění speciálních programů nebo kurzů. Cílem je budovat a zachovat zdravotnictví prostředím lidsky smysluplným. (Ptáček et al., 2024, s. 3-7)

Dobrym příkladem ve výuce medicínské etiky je jedna z pražských lékařských fakult. Konkrétně na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy byly zavedeny změny, které dosahují výrazné integrace při výuce a také výrazně vyšší integrace teoretických oborů s klinickými. Proděkan pro studium a výuku MUDr. David Marx, Ph.D. charakterizoval v rozhovoru nutné změny výuky na 3.LF UK, které se začínaly prosazovat od počátku 90. let. Vzhledem ke zvyšujícímu se objemu informací ve zdravotnictví je zavádění změn ve výuce nutností. Významnou oblastí, kterou fakulta podporuje v rozvoji je medicínská etika a medicínsko-právní otázky. Ve vzdělávání studentů jde nejen o získání co největšího objemu informací, ale

i o formování osobnosti. Fakulta se snaží vychovávat ze studentů nejenom odborně a technicky dobře připravené lékaře, ale i lékaře vědomé si své sociální role. Při výuce je kladen důraz na časný kontakt s pacienty. Studenti na 3.LF mají možnost s pacienty trénovat komunikaci už od prvního ročníku. Návčik probíhá buď formou přímo, nebo s tzv. standardizovanými pacienty, příslušně proškolenými dobrovolníky. Spolupráce studentů podporuje řadu nejrůznějších charitativních programů, mezi které patří projekt Medici na ulici, nebo projekt na podporu nemocnice v africké Keni, v Iti-bo. Existuje tedy celá řada zdravotnických, anebo zdravotnicko-sociálně fokusovaných programů, které ukazují už v době studia budoucím lékařům, že titul s sebou nese, zejména v klinické medicíně, také závazek praktikovat to, čemu se někdy říká umění medicíny. Umění medicíny v sobě nese empatickou komunikaci a sociální roli při výkonu lékařského povolání. (Marx, 2019)

### **2.3.3 Etika v ošetrovatelství**

V zahraničí se používá ustálený pojem „nursing ethics”, doslovně přeloženo jako „sesterská etika”. Vhodnější je pro tento překlad používat „etika v ošetrovatelství”, protože pojem nurse neoznačuje jen zdravotní sestru, ale také ošetrovatelku. Budeme-li používat pojem „nursing ethics”, můžeme tak řešit problematiku ošetrovatelské aktivity, aniž bychom vylučovali určitý typ zdravotnického pracovníka. Práce všeobecných sester a ošetrovatelek by se neměla podceňovat. Vznik a formulování etických norem v ošetrovatelství se u nás v ČR datuje od roku 1991. Etické normy vznikaly v návaznosti na podobné dokumenty v zahraničí. (Haškovcová, 2015, s. 16)

#### **2.3.3.1 Manažerská etika ve zdravotnickém zařízení**

Zdravotnické zařízení se stejně jako jiné organizace neobejde bez řídicích a vedoucích funkcí na všech úrovních managementu.

Mezi manažery ve zdravotnictví řadíme ředitele nemocnice, primáře, management a ošetrovatelství. Manažer koordinuje lidské, finanční, fyzické i informační zdroje. Mezi funkce manažera patří plánování, organizování, vedení, kontrola, rozhodování a dozor minimálně nad jednou osobou. Hlavním vůdcem celé zdravotnické organizace je ředitel. Primář řídí a organizuje činnosti na svém příslušném oddělení. Management a ošetrovatelství se v praxi navzájem doplňují a podmiňují. I sestry zaujímají vedoucí pozice jako manažeři/manažerky. Oddělení/kliniku řídí vrchní sestra, která má pod sebou staniční sestry. Proto se v

ošetřovatelství též uplatňuje manažerská etika. Sestry manažerky pracují na profesionální úrovni, a proto musí disponovat určitými schopnostmi a vlastnostmi, které manažerská pozice vyžaduje. (Ondriová a Fertařová, 2021)

Aby docílil manažer zisku a profitu, musí umět efektivně řídit. Morální stránka je druhou stránkou každé profese. Proto povolání manažera požaduje zaujetí pozitivního postoje k povinnostem a úkolům. Z toho vyplývá, že řídicí pracovník má i určitou odpovědnost. Manažer disponuje širokou škálou vlastností a činností, které jsou spojeny s jeho pracovní pozicí. Důležité je, aby manažer byl příkladem pro ostatní. Svým chováním a jednáním dokáže ovlivnit hodnoty ostatních a přenáší na pracovníky určitá pravidla etiky. Hodnoty souvisí s chováním a jednáním zaměstnanců při práci, jistotou postavení v organizaci, finančním ohodnocením, osobním rozvojem, odpovědností, pracovním výkonem i se spolupracovníky. Mezi vlastnosti úspěšného manažera řadíme především motivační vlastnosti, odborné předpoklady, charakterové vlastnosti jako odpovědnost, důslednost, disciplínu, komunikační schopnosti. Manažer také zvládá složitější psychologické dimenze, kdy zachovává emoční stabilitu, je asertivní a jedná jako mravně a citově zralý. Inteligence, zručnost a šikovnost je také důležitou vlastností. Svědomitost a vnitřní motivace, čestnost, odvaha, společenskost patří mezi kladné vlastnosti. Atraktivita a osobní předpoklady vedou člověka k moci a málokdy směřuje k lepšímu. Proto jako nejdůležitější se jeví charisma či kouzlo osobnosti, které může pomoci manažerovi zvládnout nepřiměřené sebevědomí. Etické minimum manažera zahrnuje odpovědnost ve vztahu ke všem zainteresovaným skupinám. Manažer musí umět rozpoznat dobro a zlo, morálně správné od morálně nesprávného. Dále jedná čestně. Umí zůstat sám sebou a nestavit se do pózy jiných. Nepostrádá empatii k problémům jiných lidí. (Ondriová a Fertařová, 2021)

Obecně by všichni vedoucí pracovníci měli být vzorem nejen svým lékařským spolupracovníkům, ale i pro celý ošetřovatelský tým. Základem pro dosažení žádoucího a odpovídajícího výsledku je jedině dokonalá souhra a spolupráce všech. Nutné je zdůraznit platnost mravních a etických zásad nejen v práci jednotlivých osob, ale i kolektivu. Vzájemná neúcta, pomlouvání spolupracovníků nebo zpochybňování práce jiných je důležité včas a s důrazem řešit. Člověk nesmí zakládat svou odbornou a lidskou autoritu na základě titulu, funkce nebo postavení. Může ji stavět pouze na tom, co člověk umí, dovede na základě svých znalostí a zkušeností. Tyto dovednosti předává dál ku prospěchu nemocných, spolupracovníků a studentů. (Zeman et al., 2023, s. 25-30)

Na základě výše uvedených vlastností a schopností uznávají zaměstnanci autoritu svého nadřízeného. Jedná se o přirozený vliv manažera na zaměstnance. Vyplývá z úcty zaměstnanců a uznání manažera. Jde o všeobecně uznávanou důvěru, kterou vyjadřují zaměstnanci svému nadřízenému, která má dvě podoby. Formální autorita je nastavena dle postavení manažera v organizaci a jeho přidělených pravomocí a odpovědnosti. Neformální podoba vychází z úcty podřízených na základě schopností, chování a jednání manažera. (Ondriová a Fertařová, 2021)

## **2.4 Etický kodex**

Hlavní funkcí každého etického kodexu je podle Ondriové a Fertařové (2021) regulace chování osob nebo skupin v souladu s jistými skupinovými etickými normami. Ondriová (2021) v etickém kodexu shledá cestu k definování očekávaného chování zaměstnanců, managementu a celé společnosti. Etickým kodexem lze i prezentovat, jakých morálních hodnot a etických přístupů se chce dané zařízení držet, aby prezentovalo svou misi. Kodexy napomáhají řešit situace týkající se různých konfliktů. Díky kodexu se učí a formuluje návyk hodnotit řízení v souladu nedodržením etických norem. Etický kodex přináší možnost orientovat se v etickém prostředí, znát určité hranice etického a neetického chování a jednání. Kodex je symbolem profesionálního závazku, dokumentu, kterým člověk upravuje svou profesionalitu a mezilidské vztahy. Co se týká kodexu, tak každý má povinnost při své práci dodržovat obecné předpisy a stejně tak i společensky uznávané etické a sociální zásady chování. (Ondriová a Fertařová, 2021)

Základem všech etických kodexů je Hippokratova přísaha, která byla sepsána několika autory už v pátém století před naším letopočtem. Tento nejstarší a nejcitovanější kodex zakládá mravní kontinuitu všech později zpracovaných etických kodexů. V dnešní době je chování a vystupování lékařů a nelékařských zdravotníků dáno pravidly profesní etiky. Ti musí respektovat určité etické požadavky při výkonu své profese. V České republice a jiných vyspělých zemích bývají právě tyto požadavky profesní etiky sepsány v etickém kodexu dané profese. (Ptáček et al., 2013)

K profesní povinnosti odborného a etického výkonu profese se pojí postup *lege artis*. V odborné literatuře jsou o postupu *lege artis* dlouhodobě vedeny diskuze. Složitost se nachází v jeho právním vymezení, jakým způsobem má být zdravotní péče poskytována, aby nebyla posouzena v rozporu s právními povinnostmi lékaře, či jiného poskytovatele zdravotní



péče. (Ptáček et al., 2013) Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře (dále jen komorový zákon) hovoří o tom, aby profesní komory dbaly na to, aby jejich členové vykonávali své povolání odborně a v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor. (Česko, 1991)

#### **2.4.1 Etický kodex lékařů**

Obnova činnosti České lékařské komory po roce 1989 přispěla k přijetí nových stavovských dokumentů a etického kodexu. První verze Etického kodexu ČLK musela být několikrát novelizována. S měnící se dobou a snahou vyrovnat se vyspělému světu bylo nutné, aby nová verze korespondovala s realitou v ČR a obdobnými zahraničními dokumenty. (Haškovcová, 2015, s. 58)

Etický Kodex České lékařské komory je součástí Stavovského předpisu ČLK č. 10. Poslední novelizace proběhla rozhodnutím XXXIV. sjezdu delegátů ČLK dne 24.11.2019 a nabývá účinnosti ke dni 02.12.2019. S jeho obsahem se lze seznámit na webových stránkách organizace. Preambule obsahuje lékařský slib. Paragraf 1 se věnuje obecným zásadám lékařů. Další paragraf se týká lékaře a výkonu povolání. Další paragrafy jsou zaměřeny na lékaře a jeho zásady vůči dalším osobám. Konkrétně jsou sepsány povinnosti a zásady lékaře vůči nemocnému, dalším lékařům a nelékařům. (ČLK, 1996)

#### **2.4.2 Etický kodex sester**

Největší mezinárodní organizace sester a ošetřovatelek, společnost ICN (International Council of Nurses) byla založena v roce 1899 se sídlem pro Evropu v Ženevě. Předpokladem pro přijetí do ICN je, aby národní sesterské organizace přijaly doporučený nebo vlastní etický kodex. Splněním předepsaných podmínek a přijetím etického kodexu, byla přijata do ICN roku 1985 i Československá společnost sester. V dnešní době se jedná českou národní sesterskou společností s názvem Česká asociace sester. (Haškovcová, 2015, s. 62-63)

V České republice se prostřednictvím České asociace sester dnes hlásí k Etickému kodexu ICN. Kodex má čtyři hlavní články. Následně jsou z článků zabývajících se klíčovými vztahy vybrány pouze ty, které souvisejí s tématem perioperační péče. (ČAS, 2003)

##### **1. Sestry a spoluobčan**

Sestra spoluzodpovídá za poskytování péče občanům, kteří péči potřebují. Klade důraz i na hygienu a bezpečnost pacienta na operačních sálech. Pro ošetřování vytváří prostředí

zachovávající lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení. Má povinnost mlčenlivosti a ochrany důvěrných informací o pacientech. (ČAS, 2003)

## **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za své činnosti a udržování své kvalifikace na potřebné úrovni. Realizuje nejvyšší úroveň poskytování péče, které je schopna. Posuzuje kvalifikaci a schopnosti pro přijetí povinností. Dodržuje za jakýkoliv podmínek pravidla slušného chování. Snaží se budovat dobrou pověst své profese a zvyšuje důvěru občanů. Dbá na bezpečnost, důstojnost a práva občanů. (ČAS, 2003)

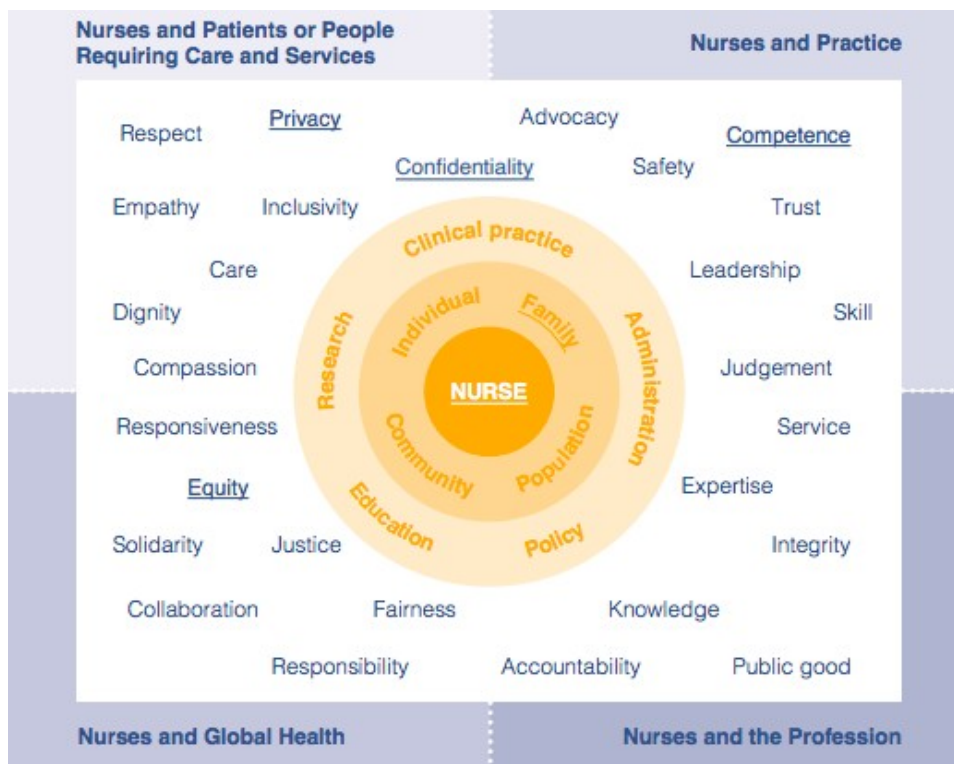
## **3. Sestry a profese**

Sestra rozhoduje při tvorbě a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, vzdělávání a výzkumu. Rozvíjí odborné znalosti vycházející z vědeckého poznání. Snaží se zachovávat spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. (ČAS, 2003)

## **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

Sestra spolupracuje s dalšími spolupracovníky ve svém i v jiných oborech. Má povinnost zasahovat při ohrožení péče nemocného jiným spolupracovníkem nebo jinou osobou. (ČAS, 2003)

Etický kodex sester ICN byl revidován v roce 2021. Tato verze odráží ponaučení z pandemie COVID-19. Vypovídá o soudobých etických hodnotách, odpovědnosti a profesionální odpovědnosti sester. Definiuje a řídí etické ošetrovatelské praxe v rámci různých rolí, které sestry zastávají. Společnost ICN vytvořila schéma etického kodexu. Znázorňuje rámec všech čtyř základních prvků a prolínající se etické hodnoty. Zcela zásadní je, aby si všechny sestry uvědomovaly a znaly tyto hodnoty. Jejich znalost je povede k poskytování péče pacientům na profesionální úrovni. (ICN, 2021)



**Obrázek 1 ICN profesní hodnoty (ICN, 2021)**

V Íránu byla provedena studie, která měla za cíl prozkoumat vnímání k profesním hodnot sester na operačních sálech napříč univerzitními nemocnicemi. Bylo zjištěno, že sestry ve své práci vnímají dodržování sesterských profesních hodnot pozitivně. Výsledky ukázaly, že respondenti považují za nejdůležitější z hodnot oblast spravedlnosti a pracovních aktivit. Nebylo zjištěno, že by celkové skóre odborných hodnot personálu operačního sálu významně korelovalo s jejich věkem, profesními zkušenostmi, vysokoškolským vzděláním nebo účastí na etických workshopech. Byl však zjištěn významný rozdíl mezi skóre profesních hodnot ženského a mužského personálu. Skóre odborných hodnot sester na operačním sále a sester anesteziologických se významně nelišilo. (Torabizadeh, 2019)

#### **2.4.2.1 Etický kodex AORN**

AORN převzala Etický kodex pro členky ANA (American Nurse's Association). Etický kodex je složen z devíti ustanovení: (Wichsová, 2020, s. 60-61)

1. Uplatnění soucitu a úcty k přirozené důstojnosti pacienta a jedinečným hodnotám každého člověka.
2. Primární zodpovědnost za pacienta, jeho rodinu a komunitu.
3. Prosazování, obhajování, ochrana práv, zdraví a bezpečnost pacienta.

4. Zodpovědnost za ošetrovatelskou praxi, činění rozhodnutí a opatření v souladu s povinnostmi podpory zdraví a poskytování optimální péče.
5. Povinnost vůči sobě samé jako vůči ostatním, včetně odpovědnosti za podporu zdraví a bezpečnosti, zachování integrity a rozvoj osobního a profesního růstu.
6. Zajištění, udržení a zlepšování etického pracovního prostředí a podmínek pro poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče.
7. Řízení výsledků vědeckého výzkumu, profesionálních standardů a podpora tvořit vysokou úroveň ošetrovatelské a zdravotní politiky.
8. Spolupráce s dalšími zdravotníky a veřejností za účelem ochrany lidských práv, podpory diplomacie v oblasti zdraví.
9. Formulace ošetrovatelských hodnot, udržování integrity profese a uplatňování principů sociální spravedlnosti v ošetrovatelství. (AORN, 2017)

AORN svým kodexem vyzívá k ochraně pacienta a minimalizaci rizik spojených s poskytováním zdravotní péče. Snaží se podpořit odbornou úroveň sesterského profese, ochraňuje lidská a zaměstnanecká práva sester a široce se zabývá etickou problematikou jejich praxe. Sestry díky pevnému rámci snáz rozeznávají nekompetentní a neetické jednání, kterému následně mohou zabránit. (Wichsová, 2020, s. 60-61)

### **2.4.3 Etický kodex zdravotníků**

V roce 1992 vzniklo dobrovolné sdružení s názvem Komora vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví. Tito pracovníci jsou vázáni také svých etických kodexem Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který byl přijat Ministerstvem zdravotnictví České republiky jako metodické opatření č.8 ve Věstníku 7/2004 MZČR. (ČESKO, 2004a; Haškovcová, 2015, s. 63)

V České republice jsou i sanitáři na základě absolvování vzdělávacího programu Akreditovaný kvalifikační kurzu sanitář informování o základech etiky a komunikace. Cílem odborného modulu 5 je, aby absolventi znali etické principy v chování k pacientům, k pacientům jiného etnika a etické kodexy. (ČESKO, 2020a)

### **2.4.4 Práva pacientů**

V našem světě demokratické společnosti se už o právech pacientů začalo hovořit na začátku 70. let 20. století. Dnes jsou lidská práva a individuální svoboda vysoce ceněny. Lidé přijímají

plnou zodpovědnost za svůj život. Paternalistický přístup lékařů, kdy byl pacient zcela závislý na lékaři je minulostí. S nárůstem vzdělanosti společnosti, je vyžadováno od nemocných plně informovat o svém zdravotním stavu, aby mohli sami za sebe rozhodovat i době nemoci nebo alespoň spolupracovat. Také rozvoj vědy a techniky přináší a rozhodování samotných lékařů při volbě léčebných či diagnostických postupů, protože přibývají možnosti diagnostiky a způsobů léčby. Tyto důvody byly základem pro iniciativu pacientů, aby přišli s požadavkem moci se k nabídce metod vyjádřit. Etický kodex Práva pacientů byla koncipována na základě práv pacientů, které v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Úpravy byly provedeny na základě respektování některých našich specifík a připomínek v rámci diskutování odborné veřejnosti. V České republice definitivní verzi formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR v roce 1992. (Haškovcová, 2015, s. 64-67) Následně práva pacienta byla legislativně ukotvena zákonem č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (Česko, 2011b)

V kodexu Práva pacientů je stanoveno, že každý pacient má právo znát potřebné údaje od svého lékaře k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího postupu, rozhodnout, zda s ním souhlasí. V případě, kdy je možné zvážit i jiné léčebné alternativy, má právo na to být s nimi seznámen. Také mají pacienti právo znát jména osob, které se na jeho léčebném procesu podílí. Nejen tyto práva pacientů na informace, ale i další opodstatněná přání dnes garantuje Úmluva o lidských právech a biomedicině. (Haškovcová, 2015, s. 78)

Institut informovaného souhlasu je prostředkem, jak naplnit jak z hlediska praktického, tak účelu stanovení úmluvy. Od doby ratifikace Úmluvy o lidských právech a biomedicině Parlamentem ČR až do roku 2007 nikdo pořádně nevěděl, co by měl informovaný souhlas obsahovat, aby byl právoplatný. Zvažovalo se, co vše a jak musí být v informovaném souhlasu uvedeno z hlediska jeho rozsahu a do jaké míry je potřebné uvádět rizika. Pravidla pro písemný informovaný souhlas přinesla s sebou vyhláška o zdravotnické dokumentaci v roce 2006. Brzy na to vyšly dvě publikace na téma informovaného souhlasu, protože v česku bylo na jeho téma už jasno. (Haškovcová, 2015, s. 78)

#### **2.4.4.1 Informovaný souhlas**

Podmínkou pro zahájení každého diagnostického nebo terapeutického výkonu je informovaný souhlas. Souhlas musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Tyto náležitosti mohou v praxi působit potíže. Lékař musí brát ohled na pacientovo porozumění lékařským informacím. Měl

by se soustředit, aby předával pacientovi informace pouze podstatné, srozumitelné a reprezentativní. Tyto aspekty jsou důležité k tomu, aby byl pacient schopen kvalifikovaného projevu vlastní vůle. (Haškovcová, 2015, s. 78)

Úmluva uvádí, že každý z pacientů má mít právo na všechny informace o svém zdraví. Problém v praxi nastává, když si pacient nepřeje být informován o svém zdraví. I takové přání je nutno respektovat dle Úmluvy. Problém nastává v tom, že nepoučený pacient nemůže poskytnout informovaný souhlas. Bez jeho souhlasu není možné takového pacienta léčit. Jediným možným řešením této situace je zástupný souhlas. Ten by měl být v praxi využíván výjimečně. (Haškovcová, 2015, s. 86)

Historie uplatňování informovaného souhlasu v praxi je poměrně krátká. Podstatou paternalistického přístupu v dřívějších dobách bylo, že rozhodoval lékař komu, co, kdy a jak řekne o jeho nemoci. Nemocný se běžně podroboval doporučením lékaře a souhlasil s ním. V době hospitalizace pacient stvrzoval svým podpisem, že souhlasí s navrhovanou léčbou. Jednalo se o tzv. generální souhlas, který zajišťoval plnou právní odpovědnost zdravotnického zařízení za léčbu pacienta. Chirurgické výkony vyžadovaly tzv. svolení nemocného. Tento souhlas zahrnoval i přehled rizik související s výkonem. Dávné souhlasy byly běžné už za dob první republiky. Později zákon č. 20/1966 uložil povinnost informovat nemocného a jeho zdravotním stavu. Kládl se důraz především na vhodný způsob a přiměřenost v informování nemocného. Pokud pacient nesouhlasil s navrhovanou léčbou, používal se tzv. negativní revers. Tradice zamlčování nepříznivých informací v případě infaustní prognózy pokračovala. S rokem 1992 přišel vývoj nároků občanů, kteří vyžadují větší informovanost. Tudíž pacienti chtěli být náležitě informováni jak o svém zdravotním stavu, tak i o nemoci. Toto ustanovení se týká etického kodexu Práva pacientů. (Haškovcová, 2015, s. 77)

V naší zemi se každý pacient v životě setká s informovaným souhlasem. Písemná forma souhlasů však neustále některé pacienty zaráží. Když se ohlédneme do minulosti, zjistíme však, že souhlasy s navrhovanou léčbou nejsou novinkou této doby. V archivu Fakultní nemocnice Motol našel lékař a právník Lubomír Vondráček například tzv. revers, který byl použit v roce 1914 na České klinice nemocí ušních, nosních a hltanových. Dokument svým podpisem stvrzoval nejen pacient, případně rodič nezletilého pacienta, ale i svědek. V dokumentu byla uvedena stručná anamnéza, druhy vyšetření, vlastní vyšetření s absencí výsledů a průběhu léčby. Tento dokument byl sepsán v rozsahu pouze šesti řádků. I v té době nemusel pacient s výkonem souhlasit. Vyjádřit svůj nesouhlas tak mohl písemně

prostřednictvím tzv. negativního reversu. Tento užívaný informovaný souhlas měl z hlediska etiky charakter generálního souhlasu. Vyobrazuje tehdejší důvěru lékařům. Předpokládalo se, že lékař bude rozhodovat o postupech léčby v nejlepším zájmu pacienta. Zároveň pacienti byli ušetřeni nelehkého rozhodování, čemuž byli vděční. (Ptáček et al., 2017, s. 226)

Po roce 2001, kdy se informované souhlasy staly požadovanými mnoho pacientů z řad seniorů nespátrávalo na těchto dokumentech nic neobvyklého. S podpisem se už v tehdejších dobách setkávali. Obsáhlé současné texty většinou pacienty zaráží, ale s vědomím, že se jedná o nutnou a často zbytečnou formalitu, dokumenty bez váhání podepíší. Pokud nastává moment, kdy se pacient do informovaného souhlasu začte, zaráží i pacienty nižší věkové kategorie řada uvedených informací. Se seznámením možných rizik a případných možných alternativ léčby jsou vyvolávány obavy. Po této skutečnosti je pak pro mnohé pacienty nesnadné souhlasit s postupem, se kterým souvisí takové množství rizik. Dokonce často není ani možné pro pacienta si vybrat jednu z alternativ léčby. Někteří senioři často překvapuje požadavek podepsat informovaný souhlas, tam kde to neodpovídá tradici. Mladší pacienti se zase diví vyžadovanému podpisu v situacích, kde je to z jejich hlediska zbytečné. (Ptáček et al., 2017, s. 227)

Helena Haškovcová uvádí ve své publikaci několik osobně odposlechnutých komentářů při vyplňování informovaných souhlasů z našich zdravotnických zařízení. Nedůvěru pacientů k lékařům budí zejména vyjmenovaná rizika. Jeden z rodinných příslušníků při jejich čtení pobádal pacienta, ať si raději těch rizik nevěší a věří lékařům, že mu pomohou. Dalším častým problémem je rozhodování o léčebném postupu, který někteří lékaři nechávají zcela na pacientovi. Nerozhodný pacient tak hledá rady ve svém okolí nebo na internetu. V takových případech může získat pacient několik informací, ale nebudou však zcela odpovídat jeho konkrétnímu problému. Pacienti jsou jiní, mají jiné diagnózy, jiné komplikace, a proto každý z nich potřebuje individualizovanou péči. Rozhodnutí může komplikovat informace získaná od jiných pacientů, kteří nemají zcela stejný problém. (Ptáček et al., 2017, s. 227-228)

#### **2.4.4.2 Konzilium**

V medicíně se můžeme setkat se situacemi, ze kterých nevyplývá jednoznačné řešení. Volba terapeutického či diagnostického postupu může být podepřena preferencí jednoho z několika různých názorů. Lékaři využívají druhého názoru, aby zvažili míru rizika a prospěchu mezi zvažovanými postupy. Konzilium je pro lékaře možností, jak se odborně poradit s dalším

nebo více lékaři na zvolení toho nejvhodnějšího postupu. V případě rozhodování u obtížných případů je konziliární forma všeobecně uznávaná. V případě laiků jde o konstatování postupů a získávání názorů dalších lékařů. (Haškovcová, 2015, s. 133)

Etické a praktické problémy se váží k právu člověka nejen na pravdivé a dostatečné informace, ale i právo na spoluúčast při rozhodování o dalším, nejčastěji léčebném postupu. Pacienti často žádají ošetřujícího lékaře, aby byl zavolán konziliář a postup zkonzultován. Toto vystupování se setkává v praxi s nelibostí lékařů v přístupu pacientů. Další komplikovanou situací je, když se pacient obrací bez vědomí ošetřujícího lékaře na lékaře jiného. (Haškovcová, 2015, s. 133)

Právo všem nemocným umožňuje, aby získali více odborných názorů. Obecně jsou laici bráni jako nedostatečně kvalifikovaní, aby mohli rozhodovat mezi více názory různých lékařů. Co je důvodem, proč lidé hledají další odborný názor? Možnou odpovědí je, že zde hraje především roli zkušenost a dojem. Podle odborníků se rozhodování pacientů převážně týká nemedicínských kritérií. Nejedná se o odborný problém. Na straně druhé se i lékař může ocitnout v nepříjemné situaci. Druhý názor může přinést s sebou i negativa v případě, kdy se pacient setká se zcela odlišnými názory. V takovém případě může následovat řada nedorozumění. To, že každý léčebný postup má své výhody i nevýhody, by měl vědět každý pacient. Je potřebné, aby si i uvědomoval, že nemusí za každou cenu existovat běžný postup a jednoznačný názor na daný problém. (Haškovcová, 2015, s. 133)

## **2.5 Etické problémy v medicíně**

Samozřejmostí při práci lékaře i ostatních zdravotnických pracovníků je, že jejich přístup k nemocnému závisí na stupni choroby, celkovém stavu nemocného i dalších vnějších a vnitřních podmínkách, které umožňují navrácení životních funkcí člověka. Tady platí, že odedávna se lékaři řídí nejvyšším zákonem, kterým je záchrana nemocného. V tomto procesu, ale občas zdravotničtí pracovníci naráží na složitou problematiku odpovědnosti za záchranu života. Problematika řeší otázky eutanázie a vědomé odmítání léčebných postupů. (Zeman et al., 2023, s. 26)



Významným faktorem pro efektivitu práce ve zdravotnickém kolektivu je spolupráce. Lékař i nelékařský personál by měl jednat eticky a vhodným přístupem si získávat pacientovu důvěru. Podstatné je, aby vždy středem zájmu zdravotníků byl pacient. (Fialová et al., 2017)

V USA prostřednictvím New York Presbyterian-Weill Cornell Medical Center Ethics Consultation Service byla provedena retrospektivní studie zaměřená na přezkoumání etických konzultací. Cílem bylo určit, zda různé medicínské obory čelí odlišným etickým problémům. Tyto znalosti mohou být základem vzdělávacích iniciativ zaměřených na specifické potřeby různých lékařských týmů. Studie upozorňuje na relevantní rozdíly mezi chirurgickými a nechirurgickými specializacemi a také na důležitost hodnocení obsahu etických konzultací při analýze etických problémů. Nejběžnějšími etickými problémy pro obě skupiny byly náhradní rozhodování, cíle péče a léčba přes námitku. Chirurgická skupina se častěji vracela k etickému problému týkajícího se odepření/vysazení život udržující léčby. Nechirurgické specializace se častěji týkaly plánování propuštění. (Meredyth et al., 2021)

### **2.5.1.1 Etické problémy v chirurgii**

Lékaři a pomáhající profese pracují s lidmi nešťastnými, nemocnými, trpícími. Při tom jsou vystaveni očekáváním zlepšení jejich situace. Úspěchy techniky a vědy v medicíně rozšířili vědomí o tom, že lékař disponuje velikou mocí. Pro nemocné je lékař zdrojem nadějí, proto si musí dát pozor, aby nepodleh omylu o své dokonalé schopnosti léčit. Tento božský komplex podsouvá lékaři vědomí, že je „pánem nad životem a smrtí“ člověka, od kterého vyžaduje uctívání bez otázek a kritiky. V tu chvíli už nejde o zdraví pacienta, ale o závislost pacienta na lékaři. Tak se projevuje u lékaře stín šarlatána, který pacienty léčí, aniž by je chtěl léčit. (Sládek, 2021, s.75)

Fialová a Zakopčanová (2017) sepsaly výčet etických problémů týkajících se práce sester na chirurgických pracovištích:

1. Častý a závažný etický prohřešek ve vztahu k nemocnému je spojen s nedostatkem lidských zdrojů v sesterském pojetí. Za tím stojí časová omezenost sester vůči nemocnému. Sestra tráví mnohem více času s nemocným než lékař. Právě od ní se očekává, že pacienta na operaci připraví a bude mu věnovat všechny svůj pracovní čas. Taková práce klade na člověka velké nároky a vede k fyzickému i psychickému čerpání sil. Je možné říct, že práce chirurgické sestry je velmi náročná a vyžaduje velkou obětavost, a proto ne všechny sestry jsou schopné pracovat na chirurgickém oddělení.

2. Za nezájmem sestry stojí často syndrom vyhoření (burn-out syndrom). Vyhořelé sestry přestávají pokládat nemocného za prvořadý objekt své práce. Jejich přístup je chladný. K pacientovi přistupují s despektem, podrážděně a pod větším tlakem nekontrolují své emoce a hrouťí se.
3. Nerespektování individuality a odmítání holicistického přístupu se projevuje u sester nezájmem o vše ostatní, co se bezprostředně netýká onemocnění pacienta.
4. Z etického hlediska se sestry mohou dopouštět prohřešku na základě diferenciovaného přístupu např. k homosexuálům, příslušníkům jiných národností, ras atd. Sestra by měla k nemocnému přistupovat s důstojností a respektem bez ohledu na pohlaví, příslušnost k etnické skupině, rase, kultuře či náboženství.
5. Problematika darů a přijímání různých pozorností od nemocných může vést také etickým otázkám.
6. Stud nemocného je také v chirurgii problémem. Nastávají situace, kdy je pacient obnažován před zraky jiných lidí.
7. Dalším problémem je informovanost nemocných v průběhu léčby nebo před samotným výkonem. Lékaři by se měli ptát nemocného, zda postupům rozumí a nepoužívali při vysvětlování příliš mnoho odborných názvu. Lékař i sestra by s nemocným měli mluvit, tak aby pacient sdělení rozuměl.
8. Sestra se může dostat do situace, kdy by mohla z nevědomosti nebo vědomě nerespektovat pacientova přání ve vztahu k jeho blízkým a rodině. V tomto sdělování informaci je třeba dbát na formu jednání. Sestra musí umět komunikovat s empatií a etickým přístupem. Důležité je mít pochopení pro příbuzné, protože i oni mohou potřebovat povzbuzení a oporu v období, kdy se dozvídají o diagnóze nemocného.

Etické problémy se mohou v práci sestry projevovat i ve vztazích s lékaři a jinými spolupracovníky. Sestra by měla jednat ve prospěch nemocného. I v případě je-li podřízena lékaři, může si pohovořit o možnostech, které lékař nemusel dobře zvážit a zvolit prospěšnější postup pro pacienta. (Fialová a Zakopčanová, 2017) Navrhovat taková opatření je eticky správné. Vždy je potřeba, aby celý tým jednal ve prospěch nemocného. V takových situacích je třeba, aby nevznikal spor mezi lékařem a sestrou, který by pak naopak pacienta spíše mohl obtěžovat nebo ohrožovat.

Pokud je sestra svědkem neetické chování kolegyně vůči pacientovi, je třeba se správně

rozhodnout za kým bude stát. Dostává se tím do nesnadné situace. Sestra by měla cítit povinnost a loajálnost vůči pacientovi. (Fialová a Zakopčanová, 2017) Zároveň dilematické pro sestru může být, že za cenu ochrany pacienta naruší dobrý vztah na pracovišti s kolegyní. V takové situaci se sestra musí rozhodovat na základě své profesionality a morálky. Může tak svou profesionalitu prokázat čestným chováním i přes to, že za tím stojí osobní obětování. Pro takovou sestru mají etické požadavky vyšší hodnotu než osobní prospěch. Na tuto problematiku navazuje kapitola ., kde studie Silence Kills dokazuje, že nedostatečná komunikace zdravotníků má dopad na horší kvalitu poskytované péče.

### **2.5.2 Syndrom vyhoření**

Mezi etické problémy týkající se práce sester na chirurgických pracovištích spadá i syndrom vyhoření dle Fialové a Zakopčanové (2017).

Lékařské povolání, stejně jako pomáhající profese se potýkají v dospělosti s etapami, kdy člověk dospěje do určitého zlomu a následné krize. Klíčovým momentem je, jak se postaví člověk k vnitřnímu rozporu, neodpovídá-li realita jeho představám. Jedním z negativních projevů je vypuknutí syndromu vyhoření. (Sládek, 2021, s.79)

Sestry provází takzvaný distress častěji, než je tomu u jiných povolání. Jelikož jsou často sestry při své práci často pod tlakem, jsou náchylnější podlehnout syndromu vyhoření a jeho následkům. (Hekelová, 2018)

Sládek (2021, s. 79) uvádí následky syndromu vyhoření v lékařském kolektivu:

- rozvrácení mezilidských vztahů,
- klesající pracovní nasazení,
- noví a schopní lékaři odchází jinam.

V nemocnicích jsou známá oddělení, kde se nedaří po desetiletí změnit atmosféru. Proto, aby nastala zásadní změna, měl by proti syndromu vyhoření bojovat personál různými způsoby:

- dbát na své zdraví,
- smysluplně se profesionálně rozvíjet,
- prožívat potíže s pocitem smysluplnosti,
- najít rovnováhu mezi časem pro práci a soukromý život,
- vytvářet vztahy,
- věci aktivně měnit,
- udržovat přátelské vztahy na pracovišti a pečovat o vztahy s nadřízenými,

- změnit postoj ke svému povolání směrem růstu a poznávání něčeho nového. (Sládek, 2021, s. 79)

V případě, vypukne-li stres v práci sestry naplno, Hekelová (2018) doporučuje prve provést systematickou inventuru situace. Sestra si musí uvědomit, co je zdrojem nežádoucího stresu (přepracování, vztahy na pracovišti atd.) Dále doporučuje se svým problémem svěřit např. lékaři nebo vedoucímu. Zásadní je začít situaci řešit a chovat se psychohygienicky. Ve chvíli, kdy si člověk uvědomí, že už není schopen situaci vyřešit svými vlastními silami, musí se obrátit na odborníka.

### **2.5.3 Marná/zbytečná léčba z pohledu anesteziologa**

Většina medicínsko-etických a medicínsko-právních problémů na téma marné léčby v perioperační medicíně se prolíná s tématy intenzivní medicíny.

Z pohledu chirurgů bývá role anesteziologa vymezena jako technický servis, umožňující provedení operačního výkonu. Lékaře jako poskytovatele zdravotní péče nelze nutit k provedení výkonu, který nepovažuje za přínosný pro pacienta. Současně lékař musí zhodnotit přání a názory pacienta nebo rodinného příslušníka. U psychokompetentních pacientů jsou úkony prováděny na základě biomedicínských etických požadavků dle Beauchampa a Childresse. V USA je autonomie pacienta a respekt jeho rozhodnutí eticky uznáván a schválen i legislativně.

U pacientů aktuálně psychonekompetentních se situace komplikuje. Indikující chirurg je za těchto podmínek v nelehké situaci. Situace je složitá jak z odborné i z etické stránky. Roli v rozhodování hraje osobnost lékaře. Stejně tak anesteziolog je v situaci, kdy hodnotí všechny okolnosti výkonu tzv. „celkovou fitness“. Těžké a velmi důležité je zohlednit kvalitu života, který bude následovat po výkonu. (Drábková, 2013)

## **2.6 Komunikace v medicíně**

V medicíně není komunikace jen pouhým přenosem informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více. Komunikace je základem pro předávání významů mezi jednotlivci, skupinami, nebo směrem od jednotlivce k dalším lidem. Za jejím významem se ukrývá více než informace a poznatky. Díky komunikaci se společnost rozvíjí. Lidé si osvojují určité dovednosti a navzájem si s jinými lidmi mohou pomáhat v jejich zlepšování. Komunikační proces obsahuje vždy i významnou etickou složku. Po cestě k cílové dovednosti také člověk musí umět uvažovat a posuzovat hodnoty. Za těchto okolností je možné tvrdit, že praktická

komunikace s nemocným je projevem nesnadného a srozumitelného procesu rozhodování. Úkolem člověka je osvojení uvedených kroků, které na konci přechází v určitý projev chování. Porozumění nouzi člověka (pacienta) i možnostem pomáhajícího (lékaře) je předpokladem umění komunikace. Proto není jednoznačná odpověď na to, co se má říkat pacientům, aby to vše řečené bylo vhodné a podle mravních principů lékařské etiky. Komunikace není o tom naučit se říkat milé, hezké věci. Jde o to, aby člověk prostřednictvím svého sdělení uznával nouzi postiženého a uváděl srozumitelně možnosti jeho pomoci. Komunikaci využíváme pro diskutování o našich postojích, hodnotách, normách a ideálech. Můžeme se bavit i o běžných zkušenostech každodenního života. V neposlední řadě komunikujeme i své emoce a vnímáme i emoce jiných. (Boukalová et al., 2023, s. 15; Haškovcová, 2015, s. 13)

Hlavním prostředkem vzájemného dorozumění je dialog. Jeho výstupem v praxi je většinou souhlasné budování modelu partnerství, který by měl mít profesionální charakter ze stran lékařů. (Haškovcová, 2015, s. 27)

Mezi hlavní potřeby zdravotníků při poskytování zdravotní péče pacientům patří: dorozumění se, navazování vzájemných vztahů a navozování důvěry. (Zacharová, 2016) Nemocný přicházející do zdravotnického zařízení, ať už jen k ambulantnímu vyšetření nebo k hospitalizaci, může ihned začít citlivě vnímat nejen odborné vztahy na pracovišti, ale i ty mezilidské. Zdravotnická zařízení průběžně navyšují počty zaměstnanců ve všech kategoriích. S nárůstem počtu personálu se paralelně zvyšují i nároky na dodržování etického kodexu profesní etiky všech zaměstnanců. (Zeman et al., 2023, s. 27) Důležitou roli zde hraje komunikace. Díky komunikování regulujeme mezilidské vztahy. Jde o způsob sociálního začlenění jedince do skupiny. Přináší s sebou uspokojování potřeb sociálního styku. Člověk se díky ní sebeprezentuje, sebepotvrzuje ve svých sděleních. Dochází k vývoji a vyjadřování postojů k předmětu, ke komuniké, i k příjemci informace. Tvoří se různé stupně působení, ovlivňování, znesnadňování i usnadňování porozumění. (Zacharová, 2016)

Správné komunikování by mělo být důstojné. Jelikož je důstojnost abstraktní pojem, můžeme o důstojnosti říct, že to je něco komunikovatelného. Zhmotníme-li důstojnost, jde o způsob komunikace. Buď ji pomocí komunikace vylepšíme nebo pokazíme. V praxi se lze prostřednictvím komunikace verbální i nonverbální dostat až k nedůstojnosti. To je možné pohledem, úsměvem, šklebem, uculením, úklonou, vypnutím hrudníku, pohyby šíje.

V medicíně občas tuto komunikaci ruší rouška. Na důstojnosti lze pracovat bez závoje, tedy bez roušky. (Ptáček a Bartůněk, 2022)

### **2.6.1 Problematika komunikace lékaře s pacientem**

V dávných dobách býval lékař uznávaným rádcem, který provázel nemocné a jejich blízké v době choroby. Dříve patřil k lidem s nejvyšším vzděláním a znal nejlépe podstatu a průběh nemocí. Lékařova autorita byla nezpochybnitelná, pokud jednal v nejlepším zájmu nemocných, znal a dodržoval své mravní závazky. V poslední době se tento vztah mezi lékařem a nemocným změnil na základě partnerského přístupu. Dnes lékař už nejedná paternalistickým přístupem. Vede s pacientem dialog, kterým mu umožňuje spolurozhodovat o způsobu stanovení diagnózy a zvolení léčebných postupů. Problém nastal ve druhé polovině 20. století. Pokrok medicíny s sebou přinesl několik variant v léčebných metod, které jsou medicínsky shodné. Metody se liší v účinnosti, nebo množstvím rizik s nimi spojených. Ve chvíli, kdy je dostupné větší množství variant, ani nejmorálnější lékař nemůže rozhodnout, která varianta je ta správná. Do té doby bylo úspěchem medicíny najít alespoň nějakou léčbu dané choroby. Ve chvíli, kdy se pacient rozhoduje o postupu léčby, je důležité dát prostor k vyjádření jeho zájmů. Někdo raději riskuje s nadějí, že díky dané variantě získá více času. Někomu může vadit jizva po operaci a podrobí se operaci až v situaci nejvyšší nouze. Důležité je, aby se pacient k metodě léčby vyjádřil a dohodl se s lékařem na nejlepší strategii. (Šimek, 2015, s. 364-365)

*Co se chování lékaře k nemocnému týče,  
Nechť ve tváři má vepsanou účast a zájem.*

*Hippokratés (cit. podle Ptáček et al., 2017, s. 226)*

Dnešní pacient obvykle neocenuje lékaře z důvodu vzdělanosti, profese, ale pacient si především cení právě přístupu lékaře. Tím, jak lékař s pacientem mluví, získává jeho důvěru a na té pak stojí celá spolupráce. Pacient potřebuje nejen vzdělaného, ale též citlivého lékaře. Problémem je, že pacienti i sami lékaři, lidskost v medicíně pomalu postrádají. Jde o to, že lékař se i ohledně jednoho pacienta musí věnovat administrativě, vyhodnocování vyšetření atd. (Ptáček et al., 2024, s. 7) K této problematice se vyjádřil JUDr. Adam Doležal, LL.M., Ph.D.: „Soucit, empatie a cítění s druhým jako lék na dehumanizaci medicíny?“ To je přesně, co dnešní společnost od lékaře potřebuje. Jedná se o hodnoty, které mají velký význam pro

vztah lékaře a pacienta. Bohužel se v realitě lékaři dostávají do situací časového nátlaku, které omezují zajištění těchto hodnot. I v takových podmínkách musí přihlížet k jejich hodnotovému spektru a zajišťovat pacientovi náležitou pozornost. Samotní lékaři pocítují negativně, že s pacienty mohou mluvit pouze třeba 1,5 hodiny denně. Realita je taková a ani jiný systém, ani politika, ani lepší nemocnice tomu nepomůže. (Ptáček et al., 2024, s. 6-7)

Problematiku komunikace lze rozdělit na dva okruhy. Tzv. běžná komunikace je v praxi velmi používaná. Při této komunikaci se nesetkáváme tak často s dilematickými situacemi. Pokud nejsou z jakékoliv strany respektovány základní pravidla slušnosti a ohleduplnosti, dokáže i běžná komunikace nastolit řadu nepříjemných problémů mezi lékařem a nemocným. Tato komunikace z velké části odráží pacientovo mínění o zdravotnickém systému. Uplatňuje se též na míře spokojenosti pacientů se zdravotnickou péčí. Druhým okruhem jsou dilematické situace, které souvisí s výjimečnými situacemi. Je-li zdravotní stav pacienta vážný, ale nabízí se i více řešení, u kterých nelze vybrat to „nejlepší“. Tuto komunikaci může ztěžovat rozhodování pacienta, který je do procesu rozhodování začleněn. S takovým pacientem může být vlivem zdravotní situace i obtížná řeč. Naučit se komunikovat i v případě výjimečné situace je nutné. K úspěchu vede nejen osvojení odborných znalostí a získání praktických zkušeností, ale i nepřetržitá péče o osobní a osobnostní zralost. (Haškovcová, 2015)

### **2.6.2 Silence Kills**

V roce 2005 vznikla studie s názvem Silence Kills – The Seven Crucial Conversation for Healthcare (přeloženo jako Ticho zabíjí – Sedm zásadních oblastí komunikace ve zdravotní péči). Autoři se zaměřili na důležitost komunikace mezi zdravotnickými pracovníky. Studie vznikla na základě iniciativy AORN a AACN ve spolupráci s pracovníky organizace VitalSmarts, zabývající se firemním vzděláváním a rozvojem vedení. (MAXFIELD et al., 2005)

V úvodu badatelé informují o důležitosti komunikační kultury v rámci možnosti zachraňování životů. Dále se zaměřují na problémy komunikace zdravotnických týmů a jejich dopad na kvalitu poskytované péče. I když jsou zdravotníci v USA inteligentní a oddaní, stejně dochází k pochybení v procesu jejich péče. Nemocnice reagují na tento problém zaváděním nových technologií ke zlepšování kvality a organizace práce. To však neřeší zásadní problém. Často jsou již dopředu známy problémy, které nakonec vyústí v tragickou událost. Zásadní je, že

málokdo je ochotný o nich mluvit. Denně jsou zdravotníci svědky chyb a nekompetentního chování svých kolegů a neupozorňují na ně. (MAXFIELD et al., 2005)

Maxfield et al. (2005) sepsali výčet sedmi zásadních problémů komunikace při poskytování zdravotní péče:

1. porušování pravidel,
2. pochybení,
3. nedostatek podpory,
4. neschopnost,
5. špatná týmová práce,
6. neúcta,
7. mikromanagement.

Zjistilo se, že důsledkem toho je fluktuace, pokles morálky a snížení produktivity zdravotnických pracovníků. Závěrem studie jsou doporučení zásadních kroků pro zlepšení situace v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních. Společnost VitalSmarts doporučuje identifikovat problémy, pracovat se skupinami zaměstnanců z problematických ohnisek a trénink v komunikaci. (MAXFIELD et al., 2005) Nejdůležitějším faktorem je podle Wichsové (2020, s. 63-64) přiznat, že vůbec nějaký problém existuje.

### **2.6.3 Pravidla komunikace operačního týmu**

Komunikace operačního týmu má svá pravidla. Aby komunikace proběhla správně musí tým spolupracovat, mít za cíl společný kvalitně odvedený operační výkon a pracovat dle postupů a principů platné legislativy. (Jedličková et al., 2021)

Komunikace operačního týmu se z části odvíjí na základě interpersonálních vztahů. Ty vznikají na základě sociální a profesní komunikace jednotlivců. Vhodné je i připomenout, že všichni musí pracovat týmově. Pro správné fungování je důležitá vzájemná úcta, přímá a jasná komunikace, opravdovost a zájem o obor. Mezi další pravidla týmové práce patří: schopnost argumentace, naslouchání, akceptování a empatie. Všichni členové by měli být vždy včas informováni, dostatečně motivováni a oceněni. Organizace práce, personální zajištění, dostatečné vybavení je pro týmovou práci také nepostradatelné. Důležité je být odborně připraven a umět předvídat. Chyby spolupracovníků by se neměly přehlížet. Pokud jedná někdo nečestně, je třeba na to upozornit. V práci na operačním sále se člověk musí neustále



vzdělávat, být flexibilní, spolupracovat a naslouchat ostatním. Klíčem k tomu je také trénink asertivního jednání. (Jedličková et al., 2021)

Všichni přítomní měli chovat tiše. Vyjadřovat by se měli jasně, stručně a výstižně. Měli by předcházet konfliktům a zachovávat chladnou hlavu. Nutné je také řešit spory střízlivě a nezaujatě. Jedličková et al. (2021) dále uvádí chyby, které komunikaci během operačního výkonu ovlivňují:

- ponechání otevřených dveří na operační sál,
- nadměrně hlasité vyjadřování vůči pacientovi i operačnímu týmu,
- nadměrný počet přítomných osob u operačního výkonu atd.

### **2.6.3.1 Komunikace s pacientem na operačním sále**

Na operačním sále se pacient setkává s personálem zcela doposud neznámým a přichází do neznámého prostředí. V tuto chvíli je důležité volit jemný a klidný přístup k pacientovi. Při komunikaci s pacientem by měla sestra dbát na všeobecné zásady pro vedení rozhovoru. Mezi požadavky kvalitní komunikace s pacientem patří individuální přístup, úcta k pacientovi, pozitivní vztah a empatie. Namísto by měla stát profesionalita a s ní i profesionálně vedená komunikace z hlediska obsahu i formy. Profesionalitu sestra prokáže přijetím a respektováním určitých pravidel, tak že utlumí své možné nepříjemné pocity. Podmínka pro kvalitní odvedení ošetrovatelské péče je úspěšná komunikace sestry s pacientem. (Zacharová, 2016)

Zacharová (2016) uvádí několik požadavků pro správnou komunikaci sester s pacienty:

- Sestra by měla v rozhovoru mít stanovený cíl a být na něj připravená.
- Důležité je, aby na začátku komunikace sestra navázala kontakt správně a dozvědět se o pacientových očekávání.
- Pacient by měl sestře důvěřovat a cítit ze strany sestry upřímný zájem o rozhovor.
- Mezi sestrou a pacientem by měl být neustále přiměřený oční kontakt.
- Komunikace by měla být srozumitelná, jasná a přizpůsobená úrovni pacienta.
- Pacient by neměl být ovlivňován nikým jiným.
- Pacientovo mlčení by mělo být akceptováno.

#### 2.6.4 Konflikt v komunikaci

Konfliktům se v komunikaci nevyhneme. Všichni se občas dostáváme do situací, kdy nechceme to stejné, co ostatní. Ve společnosti jde o předpokládaný jev na základě rozdílnosti a různorodosti zájmů, postojů, potřeb a hodnot. Aby se předcházelo možným konfliktům, je zapotřebí mít neustále na paměti běžná pravidla ve společnosti. Člověk by nikoho neměl urážet a ponižovat. To platí pro každého přítomného na operačním sále, ať už jde o jednání se sestrou, lékařem, sanitářem či pacientem nebo s kýmkoliv jiným ze zdravotnického personálu. (Fialová a Zakopčanová, 2017)

Každý člověk má určité osobnostní vlastnosti a komunikační dovednosti, od kterých se odvíjí jeho reakce při řešení jakéhokoliv konfliktu. Tyto vlastnosti se dají kontrolovat, což je potřeba se naučit. I se svou emocionální stránkou se člověk může naučit pracovat. (Boukalová et al., 2023, s. 75-76)

Do konfliktu vstupují i hlediska různých proměnných. Jednou z ní je sociální prostředí, situace. Např. jestli kolem nás stojí nějaké obecenstvo, tak může působit jako určitý prvek sociální kontroly a mírnit eskalaci konfliktu nebo naopak zvyšovat napětí účastníků vedoucí k většímu pobouření. Podstatný vliv při řešení rozporu má i situační kontext. V časové tísně a stresu jsou naše kognitivní kapacity vyčerpány a nejsou tak využívány efektivně. Negativní předchozí vztahy v nás můžou blokovat snahu spor řešit a nacházet nová řešení. Záleží tedy i na předchozí zkušenosti s danou osobou. (Boukalová et al., 2023, s. 75-88)

Ve strategii řešení konfliktu Boukalová et al. (2023, s. 78-88) doporučuje hledat společný cíl. Ten by měl vést k řešení situace, nesouladu. Pokud si nevíme rady, jak v konfliktu postupovat je možné i reflektovat své pocity. Můžeme se na pocity ptát i komunikačního partnera. Vždy bychom měli mluvit za sebe (nikoliv za druhé). Vhodné je popisovat, jak situaci vnímáme sami a vyjadřovat vlastní přání. V praxi je dobré si všimnout následujících nepříznivých strategií, které mohou konflikt eskalovat. Pro praxi je vhodné si jich umět všimnout a umět je včas zastavit. (Boukalová et al., 2023, s. 78-88)

- K ničemu dobrému nevede konflikt eskalovat. Pokud jednáme s člověkem nekompetentním, nedůvěryhodným s někým, s kým se nám špatně pracuje. V takové situaci není dobře, abychom oslabovali jeho sebeobraz. Hodnocení či diagnostikování spolupracovníka je problematické a situaci nebude ubírat dobrým směrem.

- Pokud se stane, že někdo něco udělá špatně i když opakovaně, měl by dostat šanci to do budoucna napravit. Nepříznivé je v těchto situacích generalizovat – věty začínat se slovy „Ty nikdy...“ , „Už zase...“
- Reakce protiútokem se používá ve více vyostřených záležitostech. Ze situace se stávají bitvy, kdo přijde s větším prohřeškem nebo charakteristikou. Následně většinou tato strategie odvádí pozornost od řešeného problému.
- Jakmile se do konfliktu dostanou i extrémně vystupňované projevy emocí (křik, jekot, výraznější projevy neklidu a vzteku) je na čase vymezit prostor, aby emoce opadly. K vyřešení problému by se člověk měl vrátit později.
- Intonace hraje v komunikaci také rozhodující roli. (Boukalová et al., 2023, s. 78-88)

Konflikt nepřináší pouze negativní dopady ve vztazích, ale je i součástí vztahů. Posouvají dál, protože jde o proces hledání řešení. Vliv na jeho vývoj má i blízkost jednotlivých stran. Takový konflikt mezi blízkými osobami bývá i prožívám s vyšší intenzitou. Jejich výsledkem může být i spokojenost, protože se může podařit překonat nějakou podstatnou překážku. Konflikt přináší v životě osobním i pracovním změny, ověřuje a zhodnocuje vztahy. Může uvolnit i stávající napětí. (Boukalová et al., 2023, s. 75-76)

## **2.6.5 Formy komunikace**

### **2.6.5.1 Neverbální komunikace**

Velký význam ve zdravotnické praxi se přikládá projevu neverbální komunikací. I touto formou mimoslovní komunikace naznačuje člověk kvalitu vzájemných vztahů v mezilidské interakci. Člověk jejím prostřednictvím i naznačuje okolí svůj emocionální stav, interpersonální postoje a také podporuje nebo úplně nahrazuje řeč. Dá se říct, že s neverbální komunikací se setkáváme neustále, protože je úzce spojena s komunikací verbální. Prakticky se dá říct, že doplňuje každý komunikační akt. Člověk ji uplatňuje pro několik účelů zároveň v jednom okamžiku. Jedno gesto dokáže působit jako přivítání, výzva k aktivitě, řeči a nemusí být při tom řečeno žádné slovo. Dokonce i když člověk mlčí a na verbální rovině nekomunikuje, nic nezakryje výraz obličeje nebo postoj těla. V tomto případě neverbální komunikace nemusí být nijak nápadná, cílená ani vědomá. (Boukalová et al., 2023, s. 19-21)

Jakým způsobem se člověk vyjádří, může ovlivňovat to, co je řečeno a jak bude sdělení přijato. Pokud se stane, že neverbální komunikace bude odporovat slovnímu sdělení, může

nastat mezi účastníky komunikace zmatek a vzbuzovat nedůvěru. Někteří z autorů zdůrazňují, že neverbální komunikaci nelze natolik zastírat a do určité míry kontrolovat jako slovní vyjádření. Proto působí věrohodněji. Zejména spojitost neverbální komunikace s emocemi je intenzivní. Podává informace o zažívání emočních stavů i o jejich intenzitě. Působí primárně v sociálních interakcích. V komunikaci vnímáme tělesný postoj, zjev i oblečení druhého člověka, než odstartujeme komunikaci. Význam neverbální komunikace je spojován tedy i se vztahy, naznačuje i charakter našeho vztahu s druhým člověkem. Jejím prostřednictvím dokážeme sdílet sociální záměry. (Boukalová et al., 2023, s. 19-21)

Pokud komunikujeme na operačním sále je třeba se zmínit o nejvyužívanějších formách komunikace. Operatér, asistence i instrumentářka mají doslova plné ruce práce. Musejí dávat pozor při pohybu v místě sterilního prostředí. Chovají se dle perioperačních aseptických zásad. Nesmí dojít především k znesterilnění pomůcek. Dbají na svou opatrnost, aby nezanесли infekci do místa chirurgického výkonu. Všichni přítomní na operačním sále jsou převlečeni do OOPP pro operační sál. Při vstupu do sterilních prostor je povinností mít nasazenou i ústenku. (Jedličková et al., 2021)

Jelikož na operačním sále je povinné mít nasazenou ústenku, jsou pohledy očí na operačním sále důležitým komunikačním kanálem. Jejich funkce je předávání nebo udržování slova. Přímému pohledu se i v některých situacích vyhýbáme. Ústenka částečně zakrývá způsob komunikace emocí, mimiku. (Boukalová et al., 2023, s. 30-39) Emoce se na operačním sále projevují spíše paralingvistikou, která má informační i emocionální hodnotu. Akustické projevy vypovídají o osobnosti i o duševním stavu hovořícího. Zahrnuje důraz hlasu, změny melodie hlasu, pauzy mezi slovy, větami. Řečník svým projevem může zpochybňovat nebo potvrzovat, zesilovat a zeslabovat např. postoj, zaujetí, vřelost, sympatii, zlobu. (Zacharová, 2016)

V průběhu výkonu je zásadně využíváno pohybů rukou. Obecně v komunikaci dávají naší řeči rytmus, dynamiku a zdůraznění určitých pasáží. Komunikovat tak můžeme i své emoce, které se mohou dát najevo i jinými způsoby. Lidé jsou velmi odlišní ve výrazu gest a jejich frekvenci užívání. (Boukalová et al., 2023, s. 34-36)

Člověk může také vyjádřit svou náklonnost či antipatii postojem těla. Výrazné odlišnosti v postoji můžeme pozorovat např. u lidí uprostřed intenzivního konfliktu, nebo u probírání společných plánů, na které se těší. Bariérovým postojem jsou např. překřížené ruce na prsou,

zkřížené nohy i otočení bokem vůči člověku, se kterým hovoříme. Určitou míru distance, bariéry lze vyjádřit různě a různými částmi těla. (Boukalová et al., 2023, s. 41)

Za zmínění stojí i neverbální projev moci a dominance. Moc lze charakterizovat jako schopnost dosáhnout něčeho, po čem dotyčný touží, bez zásahu ostatních ovlivňovat jiné lidi a zároveň odolávat či odporovat pokusům o vliv jiných. Boukalová et al. (2023, s. 45-47) uvádí pět druhů moci, které definovali v roce 1959 sociální psychologové French a Raven:

- Moc nátlaková neboli možnost trestat druhé nebo jim něco brát.
- Moc odměňující umožňuje předávat někomu hodnotné zdroje nebo odměny, povýšení.
- Legitimní moc je právo, status autority, nadřízeného neboli osoby, které využívají práva vládnout, rozhodovat.
- Expertní moc tvoří specializované znalosti.
- Referenční moc získá člověk svou oblíbeností, obdivem.

Dominanci někdo pojímá ve spojitosti s výhrůzkami, zastrašováním. Jiní ji berou jako sociální dovednost a kompetenci. Dominantní člověk působí sebejistě, vyváženými neverbálními projevy. Verbální komunikace bývá důrazná, plynulá s příjemným výrazem v obličeji a především kontrolovaná. (Boukalová et al., 2023, s. 45-47)

Moc a dominance je komunikována i v rámci prostoru. Princip prostoru a přístupu se projevuje tím, že mocnější lidé mají kolem sebe více prostoru. Při komunikaci s níže postavenou osobou si obvykle dovolují určité projevy jako expanzivnější gesta, či vyřízení telefonátu. Princip centrality se vztahuje k pozici mocnější osoby v centru dění. Mocná osoba sedí v čele stolu. Dívá se na osoby, které ji poslouchají. Naopak submisivní lidé se více koukají na nadřízeného, když hovoří jako projev respektu a pozornosti. (Boukalová et al., 2023, s. 45-47)

#### **2.6.5.2 Komunikace verbální**

Komunikační dovednost je základní sociální dovedností. Rozvíjíme je přirozeně, ve svém sociálním prostředí, nápodobou a na základě vlastní zkušenosti. Cíleně můžeme svou komunikační dovednost rozvíjet na základě potřeby pro pracovní pozici. (Boukalová et al., 2023, s. 50) Velmi důležité pro porozumění v dialogu jsou klíčové aspekty. Mezi ně se řadí aktivní naslouchání, kladení otázek, akceptace partnera, zpětná vazba, věcná argumentace a vyjadřování svých pocitů. (Plamínek, 2023)

### **2.6.5.2.1 Naslouchání**

Naslouchat lze aktivně i méně aktivně či pasivně. Způsob záleží vždy na vztahu k druhé osobě a na našich cílech. Aktivním nasloucháním komunikujeme zájem o mluvčího. Pomáhá nám lépe pochopit význam sdělení. Doplnování a rozvádění sdělení napomáhají k větší otevřenosti a vytvoření důvěry ve vztahu s mluvčím. Také dáváme najevo, že sdělení přijímáme, akceptujeme a respektujeme. Nemusí to však znamenat, že se vším souhlasíme. Porozumění je součástí empatie v souvislosti s efektivním nasloucháním. (Boukalová et al., 2023, s. 57)

### **2.6.5.2.2 Zpětná vazba**

Zpětná vazby v rámci neformální i formální komunikace by měla splňovat určité náležitosti, aby se stala nástrojem dalšího rozvoje. (Boukalová et al., 2023, s. 60) V komunikaci se vyplatí především dávat najevo souhlas s komunikačním partnerem. (Plamínek, 2023) Zpětná vazba by měla být očekávaná a vyžádaná. Na pracovišti může jít o formu zpětnovazebných pohovorů, supervize nebo porady. Pokud je rada nevyžádaná, míněná i v dobrém smyslu, může být vnímaná jako nevíтанá kritika, nebo útok. Pravidelnost zpětné vazby se stává méně ohrožující a stane se pracovním nástrojem, který bude přijímán. Pomocí zpětné vazby je důležité se zaměřit na popis silných a slabých stránek, které je možné posouvat. Je důležité, aby byla specifická a soustředila se na něco, co lze změnit. (Boukalová et al., 2023, s. 60)

### **2.6.6 Způsoby chování**

Chování je aktivita jedince, kterou lze pozorovat z pohledu jiné osoby. Chování se soubor vnějších zjiřitelných a měřitelných projevů duševního stavu člověka. Sám sebe si člověk uvědomuje především v prožívání. Lidé v okolí si ho uvědomují na základě jeho projevu v jednání a chování. Při kontaktu s lidmi může člověk reagovat různými způsoby. Lidské chování a prožívání se vzájemně prolíná. Navzájem se tyto dva způsoby chování podmiňují a ovlivňují, čemuž se říká psychická regulace chování. (Zacharová, 2016)

Na operačním sále lze minimalizovat rizika vyplývající právě z chování přítomných osob. V intraoperační fázi by se mělo dbát na kázeň personálu. (Wichsová et al., 2013, s. 169)

Jak v běžném životě, tak i ve zdravotnické praxi se člověk dostává do situací složitých a které nás dokážou vyvézt z míry. Literatura uvádí jako příklad problémové situace komunikaci mezi sestrou a pacientem, který prožívá náročnou situaci (nemoc). Důležité je vědět, jak v těchto situacích reagovat, prosazovat svůj názor, uplatňovat své oprávněné požadavky a práva. (Zacharová, 2016)

V případě takové situace se projevují podle Zacharové (2016) tři základní typy chování:

- pasivita,
- agresivita,
- asertivita.

#### **2.6.6.1 Pasivní chování**

Pasivní (někdy nazývané neasertivní) chování vychází z přesvědčení, že potřeby a přání daného člověka budou vnímány jinými lidmi jako méně důležité než ty jejich. (Potts a Potts, 2014) Takový jedinec se vzdává svých cílů. Jeho chování vede i k nejistotě, porušování vlastních práv a často i k využívání jinými lidmi. Může být i terčem politování a hněvu jiných. Pasivní člověk se nedokáže uplatnit, ustupuje jiným a ze strachu se přizpůsobuje silnějším a nabývá jejich názorů. Vlastní jednání ho může i trápit. (Zacharová, 2016)

#### **2.6.6.2 Agresivní chování**

Agresivním chováním si člověk prosazuje své myšlenky a názory a zároveň je nutí jiným lidem. Tím porušuje práva druhých. Podceňuje jiné a na jejich úkor dosahuje svých cílů. Agresivní člověk je připraven zaútočit, zraňuje, ponižuje, obviňuje ostatní a nepřipouští si své chyby. Takoví lidé bývají neoblíbení a osamělí. I přes to mají větší sebevědomí. K agresivnímu projevu se vztahují i hrubá slova, sarkasmus, ironie, devalvace druhých. Důsledkem agresivity je zhoršování mezilidských vztahů a komplikuje i způsob otevřené komunikace. (Zacharová, 2016)

#### **2.6.6.3 Asertivní chování**

Realizace asertivity pomůže zdravotnickému personálu zvládat nelehké situace. Základem je uplatňovat asertivní práva a nezapomínat na asertivní zásady. (Zacharová, 2016)

Asertivita je chování, kterým lze dosáhnout spokojenosti obou stran, tedy stavu výhra – výhra (win – win). (Potts a Potts, 2014) Jde o nejvhodnější způsob chování, kterým člověk vyjadřuje a prosazuje své myšlenky, city a postoje. Jedná se o přiměřený a otevřený způsob chování. Asertivní člověk mluví jasně a přímo. Jeho sebevědomí je přiměřené a zaujímá pozitivní postoj k druhým i k sobě. Naslouchá a umí přistoupit ke kompromisům. Za svými názory si stojí, ale dokáže je i měnit na základě přijatých argumentů. Takový člověk vytváří kolem sebe pohodu, navenek působí klidně a uvolněně. Respektuje morální zásady a nedělá mu problém být laskavý, nebo požádat o laskavost. (Zacharová, 2016) To, co se děje kolem člověka, je většinou odrazem jeho samotného jednání. Asertivita pomůže dotyčnému vynikat ve všech

oblastech života. Dá se uplatnit jak v pracovním, tak v rodinném či společenském prostředí. (Potts a Potts, 2014)

Člověk jasně vystupující podle pravidel slušného chování, odolávající manipulaci okolí, stojící za svým by měl znát a uplatňovat asertivní lidská práva, jejichž autorem je psycholog Manuel J. Smith. (Zacharová, 2016)

- Právo samostatně posuzovat vlastní chování, myšlenky a emoce a být za jejich důsledky zodpovědný.
- Právo nenabízet výmluvy, omluvy za své názory, postoje rozhodnutí a chování.
- Právo sám se rozhodovat o zapojování do řešení problémů týkajících se jiných lidí.
- Právo odmítnout odpovědnost za činnost institucí a jiných lidí.
- Právo změnit názor.
- Právo udělat chybu a být za ni zodpovědný.
- Právo říct „Já nevím.“
- Právo být nezávislý na dobré vůli jiného člověka.
- Právo dělat nelogické rozhodnutí.
- Právo říct: „Já ti nerozumím.“
- Právo říct: „Je mi to jedno“ (Zacharová, 2016)

Tyto práva jsou univerzálně použitelná i v práci sester. Cílem je, aby se zamezilo manipulaci člověka ze strany jiných lidí. (Zacharová, 2016) Díky uplatňování zmíněných práv se člověk stane v životě loutkářem, nikoliv loutkou. (Potts a Potts, 2014)

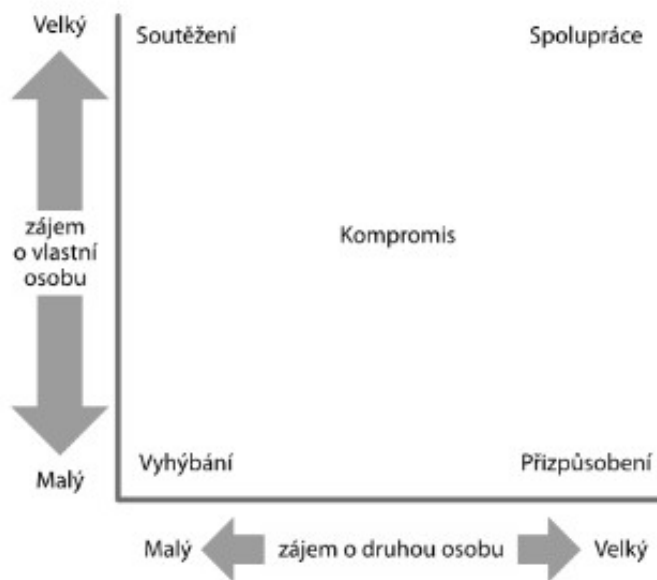
Ke zmíněným právům se vážou i určité lidské povinnosti. Jsou to určité zásady asertivity, které se projevují při asertivním chování a komunikaci. S jakým přístupem bude člověk dodržovat zásady asertivity, záleží jen na něm samotném. Mezi zásady asertivity dle Zacharové (2016) patří:

- Učit se kontrolovat své emoce.
- Respektování a tolerance osobnosti druhého.
- Stručné a upřímné vyjadřování svých pocitů.
- Snaha vidět sebe i druhé reálně.
- Snaha poznat stanovisko druhého.
- Naslouchat a vyslechnout druhé.



- Vážít si názoru druhých.
- Nesnažit se zvítězit za každou cenu.
- Učit se nacházet kompromis.
- Přiznávat chyby a pokusit se je napravit.
- Uvědomit si včas, co chci.

Podle Potts a Potts (2014) není asertivita jen sadou technik – jde o přirozenost a pozitivní přístup ke světlým i tmavým stránkám života.



**Obrázek 2** Dimenze interpersonálního konfliktu a strategie jeho řešení (Boukalová et al., 2023, s. 79)

## 3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Následující část práce je věnována metodice a analýze výzkumných rozhovorů. Nejprve bude uvedena metodika výzkumné části. Zároveň bude nastíněn průběh samotného výzkumu. Navazující podkapitoly výzkumné části budou obsahovat témata týkající se zkoumaných jevů.

### 3.1 Metodika průzkumné části

#### Cíle vztahující se k průzkumné části

1. Dozvědět se o subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu.
2. Analyzovat v jakých situacích nejednají pracovníci na operačním sále dle etických pravidel.
3. Sebereflexe respondentů v rámci dodržování etického kodexu.

#### Průzkumné otázky

1. Jak personál operačních sálů hodnotí dodržování etických pravidel na svém pracovišti?
2. Jak ovlivňují vypjaté a stresové situace dodržování etických zásad na operačním sále?
3. Jakým způsobem je zachována intimita pacienta na operačním sále?
4. Jak pracovníci operačních sálů přistupují k důstojnosti pacienta?
5. Kdo jde příkladem v etickém jednání?

#### 3.1.1 Průzkumný design

Pro zpracování tématu byl zvolen **kvalitativní průzkumný design** vzhledem ke specifitě tématu. Cílem průzkumu bylo zjistit subjektivní vnímání dodržování etických zásad na operačních sálech z pohledu zdravotnických pracovníků. Dle Strauss a Corbin (1999, s. 11) je k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme, vhodné volit kvalitativní metody výzkumu. Díky této metodě získáváme hloubkový popis případů. Můžeme citlivě zohledňovat působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Mezi přednosti kvalitativního designu patří možnost studovat procesy a navrhovat teorie. Výhodu nalézáme také v reaktivitě na místní situace a podmínky. Potřeba je si uvědomit, že analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročnými etapami. Obtížnější může být i testování hypotéz. Výsledky mohou být

snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi, což je nevýhodou, kterou je potřeba si uvědomit při zkoumání souvislostí ve fázi analýzy dat. (Hendl, 2023, s. 50-51)

Pro tento průzkum byl zvolen přístup zakotvené teorie. „*Tvorba zakotvené teorie vyžaduje vstoupit do „terénu“ a shromážďovat data.*“ (Hendl, 2023, s. 132) Jde o metodu vhodnou pro zkoumání individuálního jednání, vztahů mezi lidmi nebo studium vzájemného působení jednotlivců. Její využití se najde právě pro studium sociálně-psychologických jevů jako je např. osobní zkušenost, emocionální stavy, předsudky, spolupráce a konflikty. (Mišovič, 2019, s. 30-31)

V oblasti kvalitativního výzkumu někteří badatelé vedou spor o tom, do jaké míry by se údaje měly interpretovat. Někteří z nich jsou zastánci pouze pro shromážďování údajů a podání zprávy s minimem interpretace. Jiným badatelům jde při analyzování a prezentaci svých poznatků o přesný popis. Poslední skupina badatelů se zastává **tvorby teorie**, která zahrnuje interpretaci údajů, které jsou konceptualizovány a je třeba mezi těmito pojmy vytvořit vztahy. Touto metodou se vytváří teoretické zpodobnění reality, kterou nemůžeme zcela nikdy poznat. Z tohoto důvodu jsem zvolila pro psaní průzkumné části poslední zmiňovanou strategii. Souhlasím s poslední skupinou badatelů v názoru, že „*Vytváření teoreticky podložených interpretací je nejmocnější cestou pochopení reality.*“ (Blumer, 1969 cit. podle Strauss a Corbin, 1999, s. 14)

### 3.1.2 Metodika průzkumu

Cílem průzkumu bylo dozvědět se o subjektivním vnímání dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu. Průzkumným nástrojem byl zvolen **polo-strukturovaný rozhovor** pro svou flexibilitu, dostupnost, pochopitelnost. Jde o efektivní a výhodný prostředek k získání informací, jehož základem je konverzace. Nejdůležitější částí rozhovoru je jeho jádro. To obsahuje schéma témat a otázek, které musí výzkumník probrat. Na předem připravené jádro navazují další otázky a témata, které doplňují informace, které mohou přispět k lepšímu uchopení problému. V případě nejasnosti nebo neúplnosti odpovědí, zvolená forma rozhovoru umožňuje výzkumníkovi se na nejasnosti, či detaily dozeptat. (Mišovič, 2019, s. 80)

Pro rozhovory byly nejprve zformulovány základní okruhy otázek (viz Příloha A Otázky k rozhovoru). Výběr otázek vycházel z obsahu etického kodexu zdravotnického pracovníka. Okruhy se týkaly identifikačních otázek respondentů, spokojenosti pracovníka na operačních

sálech, dodržování etického kodexu z pohledu přístupu personálu k pacientovi a z pohledu respondenta jako sebe samotného (sebereflexe).

### **3.1.3 Přípravná fáze průzkumu**

Realizaci průzkumu předcházela literární rešerše odborné literatury k tématu práce a metodologii průzkumu. Po nastudování literatury byl stanoven průzkumný cíl a průzkumné otázky. Po vytvoření základního okruhu otázek proběhla pilotáž, kdy byl uskutečněn první polo-strukturovaný rozhovor, který nebyl zařazen do konečného průzkumu. Ze zjištěných poznatků během rozhovoru jsem uvědomila dopuštění určitých chyb.

Ke zlepšení provázanosti stanovenými okruhy otázek bylo upraveno pořadí otázek a některé byly přeformulovány. Zaměřila jsem se na pokládání spíše otevřených otázek, abych nezískávala pouze jednoslovné odpovědi. Také bylo potřeba zajistit soukromí pro rozhovor, aby do rozhovoru nevstupovali jiné osoby, které se průzkumu neúčastnili.

Pro výběr respondentů bylo využito techniky **sněhové koule**. Technika spočívá v tom, že již zkoumaný jedinec doporučuje dalšího vhodného kandidáta pro interview. (Hendl, 2023, s. 158) Na základě procesu postupného nominování mi osoba, která již ve výběrovém vzorku byla zahrnuta, doporučila dalšího potenciálního respondenta. Doporučené kontakty jsem požádala o provedení rozhovoru, který bude součástí výzkumného šetření v diplomové práci. Cílem této metody bylo rychlé napojení na další sociální kontakty a rozšíření vzorku respondentů. Vzorek měl sestávat ze všech pracovníků, kteří tvoří operační tým. Průběh průzkumu komplikovala řada faktorů související s nabitými operačními programy. Musela jsem se vypořádat hlučným prostředím, nedostatkem soukromí a s časovou tísní mezi operačními výkony.

### **3.1.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Průzkumný vzorek tvořilo celkem 17 pracovníků operačních sálů (viz Tabulka 1 Specifikace respondentů). Podmínkou pro zařazení do průzkumu byla práce na oddělení operačních sálů na pozici lékaře, sestry nebo sanitáře. O provedení průzkumného šetření jsem požádala na operačních sálech ortopedie, plastické chirurgie, všeobecné chirurgie a gynekologicko-porodnické klinice v nejmenované nemocnici. Žádost o šetření na všech jmenovaných klinikách byly schváleny.

Pro výběr respondentů se uplatnila technika sněhové koule. (Hendl, 2023, s. 158) Podmínkou pro zařazení do průzkumu byla práce na operačním sále na pozici perioperační sestry, sanitář nebo lékař.

Respondenti byli zařazení do průzkumu na základě výše zmíněných kritérií a po jejich předchozím souhlasu, který udělili svým podpisem v informovaném souhlasu (viz. Příloha B Informovaný souhlas). Jelikož etické otázky hrají důležitou roli ve společenskovedním výzkumu, kladla jsem důraz na etická pravidla aplikovatelná při výzkumu. Byly dodrženy důležité etické zásady, které zmiňuje Hendl: (2023, s. 159)

- Potřeba získat poučený informovaný souhlas
- Aktivní souhlas
- Svoboda odmítnutí.
- Zajištění anonymity.

Počet respondentů nebyl předem stanoven. Postupovalo se na základě metody teoretické saturace dat. Průzkum byl ukončen ve chvíli, kdy došlo k **teoretické nasycenosti** podle Mišoviče (2019, s. 41). Na výzkumné otázky bylo zodpovězeno a průzkum už nepřinášel nové poznatky. V tento moment odpovědi respondentů týkající se zkoumané problematiky vykazovaly podobnost s předešlými rozhovory a nepřinášely pro průzkum žádná nová zjištění. Další výzkumné rozhovory nepřinesli nové informace a získaná data byla pro potvrzení teorie dostatečná. Průzkumné šetření bylo tedy ukončeno rozhovorem se 17. respondentem.

**Tabulka 1 – Specifikace respondentů**

Respondent	Pracovní pozice	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Operační sál
PS1	staniční sestra	žena	50	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS2	perioperační sestra	žena	27	VŠ	všeobecná chirurgie
PS3	perioperační sestra	žena	61	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS4	perioperační sestra	žena	46	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS5	perioperační sestra	žena	27	VŠ	všeobecná chirurgie

<b>PS6</b>	perioperační sestra	žena	53	SŠ + PSS	ortopedie
<b>PS7</b>	perioperační sestra	žena	42	SŠ + PSS	ortopedie
<b>PS8</b>	staniční sestra	žena	49	VŠ + PSS	ortopedie
<b>S1</b>	sanitář	muž	23	SŠ	ortopedie
<b>S2</b>	sanitář	muž	47	SŠ	ortopedie
<b>S3</b>	sanitář	muž	36	SŠ	ortopedie
<b>PS9</b>	perioperační sestra	žena	35	VŠ	ortopedie
<b>PS10</b>	perioperační sestra	žena	30	VŠ	gynekologie
<b>PS11</b>	staniční sestra	žena	59	SŠ + PSS	gynekologie
<b>S4</b>	sanitářka	žena	50	SŠ	gynekologie
<b>L1</b>	lékař	muž	27	VŠ	gynekologie
<b>L2</b>	lékař	žena	34	VŠ	gynekologie

### 3.1.5 Sběr dat

Průzkum začal v říjnu roku 2023. Každý respondent byl seznámen s tématem a průběhem rozhovoru. Návštěva operačních sálů byla vždy domluvena se staniční sestrou, která své podřízené předem informovala o mé návštěvě z důvodu provádění průzkumu prostřednictvím rozhovorů s personálem operačních sálů. Na základě doporučení respondentů se uskutečňovaly průzkumné rozhovory. Z hlediska časové limitace pracovníků operačních sálů z důvodu nabitých operačních programů bylo složité najít vhodnou chvíli pro uskutečnění rozhovoru. Stejně tak problematické bylo zajistit vhodné a klidné místo bez rušivých elementů. Pro záznam dat byl použit audiozáznam na mobilní telefon. S nahrávkou byli respondenti vždy předem obeznámeni a na začátku rozhovoru s nahráváním souhlasili. Všichni oslovení byli ujištěni, že bude zachována jejich anonymita. Někdo vyžadoval být předem seznámen i s pokládanými otázkami. V tuto chvíli jsem dotazovanému dovolila nahlédnout do seznamu otázek, který jsem měla vždy k dispozici v papírové formě. Svůj souhlas s účastí každý stvrdil písemným podpisem informovaného souhlasu s průzkumem. Pouze jeden z doporučených respondentů nesouhlasil s účastí v průzkumu. Nesouhlas

vyjádřil v agresi. Obával se, že vyjádřením svých názorů může přijít o své pracovní místo. Při následné transkripci rozhovorů byli respondenti označeni písmenem PS (perioperační sestra), S (sanitář), L (lékař) a číslem rozhovoru. V případě použití identifikujících pojmů, byla tato data šifrována. Došlo také k ubezpečení respondentů, že nahrávání slouží pouze pro zpracování průzkumné části diplomové práce a po její obhajobě bude smazáno.

### 3.1.6 Způsob vyhodnocení dat

Audio nahrávky byly pomocí komentované transkripce převedeny do písemné podoby. Pomocí zvláštních znaků byly označeny příznaky promluvy jako zdůraznění, pauza, nebo charakterizace neslovních znaků projevu jako je smích atd. (viz Obrázek 4 Hendl, 2023, s. 217) Příznak střední pauzy nebyl v přepisu využit, aby nebyl zaměňován s výplní mluveného slova. Mluvený projev nebyl nijak upravován, aby byla zachována autenticita respondentů. Pro zpracování rozhovorů byl použit software Microsoft Office 365. Rozhovory byly doslovně přepsány do programu MS Word. Následně byly vytisknuty na obyčejný papír pro ruční zpracování kódů. Pojmy byly označeny vlastním kódem za použití ruční metody *tužka - papír*.

(.)	zcela krátká přestávka v projevu
..	krátká pauza
...	střední pauza
(pauza)	dlouhá pauza
hhm	vyplnění pauzy, signál očekávání odpovědi
(.)	poklesnutí hlasu
(-)	kolísání hlasu, nerozhodný tón
(')	zdvížení hlasu
(?)	tázací intonace
(z)	zábrany ve vyjádření, váhání
(k)	označená korektura (zdůraznění konečné verze)
<u>jistě</u>	nápadné zdůraznění
jistě	protahované
(smích)	charakterizace neslovních znaků projevu, stojí (rychle) před odpovídajícím místem
&	nápadně rychlé pokračování
(..), (...)	nesrozumitelně
(Je to tak?)	není již zcela rozumět
A: [ nemohl jsem dál	dva lidé mluví najednou
B: [ chtěl jsem přece říct	

Obrázek 3 příznaky promluvy (Hendl, 2023, s. 217)

### 3.2 Analýza dat

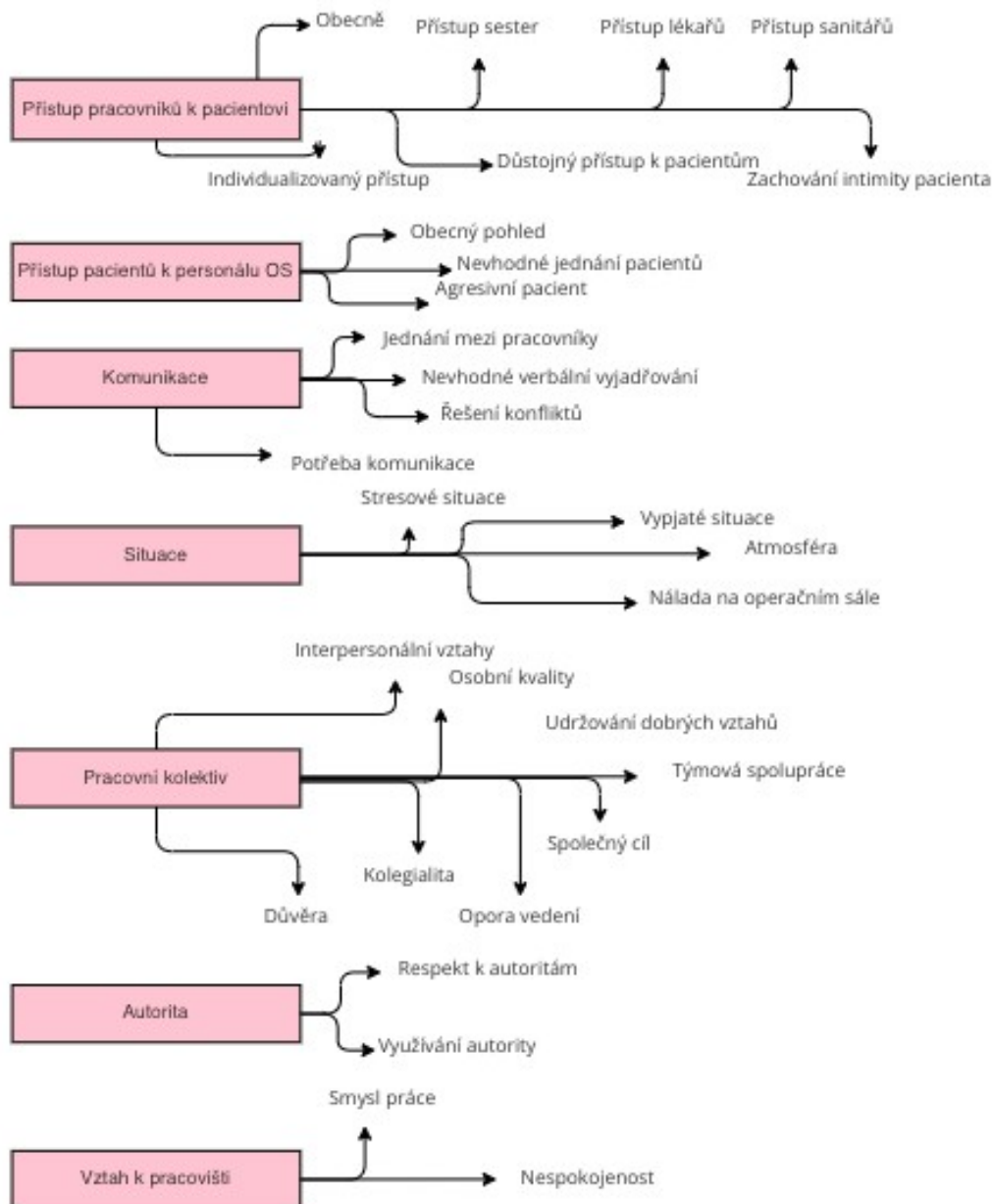
*Konceptualizace* údajů proběhla jako první krok analýzy dat. Z dat byly vytvořeny koncepty (teoretické pojmy), které jsou podle Hendla (2023, s. 252) základními jednotkami analýzy.

Pomocí techniky *otevřeného kódování* byl z rozhovorů vytvořen záznam kódů. Kódování je druhým prvkem teorie, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. (Strauss a Corbin, 1999, s. 43-45) Poté následoval proces seskupování pojmů, které se zdají, že přísluší stejnému jevu, který nazýváme *kategorizace*.

Posledním, třetím prvkem teorie byly *propozice*. Formulovala jsem vztahy mezi kategoriemi a koncepty. (Hendl, 2023, s. 253)

Obrázek 4 Kategorie a kódy znázorňuje kategorie a kódy, které jsou výsledkem analýzy rozhovorů.





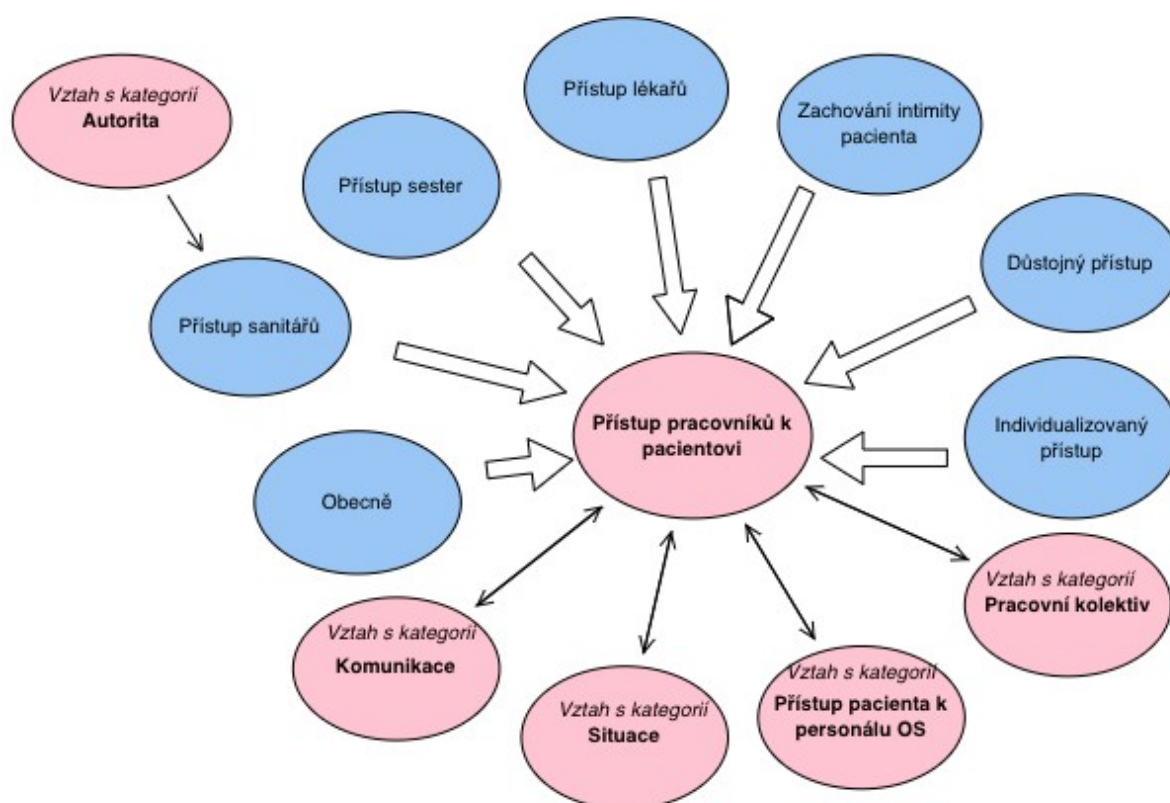
**Obrázek 4 Kategorie a kódy (zdroj autor)**

Po doslovné transkripci rozhovorů bylo v textu nalezeno desítky významných pojmů pro konceptualizaci. Celkem bylo popsáno 31 kódů. (viz Obrázek Kategorie a kódy) Podle Strauss a Corbin (1999, s. 52) jsou pojmy základními stavebními kameny teorie. V metodě zakotvené teorie je otevřené kódování analytickým procesem, jímž jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny, ve smyslu jejich vlastností a dimenzí. Následně bylo zapotřebí si klást otázky o údajích a zjišťovat podobnosti a rozdíly porovnáváním jednotlivých názorů, zkušeností a jiných výskytů zkoumaného jevu mezi sebou. Podobné případy a jevy jsou označeny a

seskupeny do kategorií. Konečné sloučení kódů interpretuje zkoumaný problém. Pojmy byly seskupeny celkem do 7 kategorií.

### 3.3 Přístup pracovníků k pacientovi

Tuto kategorii utváří šest kódů (viz Obrázek Kategorie Přístup pracovníků k pacientovi). Kategorie vykazuje vztah ke kategoriím: Komunikace, Situace, Přístup pacienta k personálu OS a Pracovní kolektiv. Kategorie je výrazně ve vztahu s kódem Osobní kvality z kategorie Pracovní kolektiv, který Přístup pracovníků výrazně ovlivňuje. Kód Přístup sanitářů souvisí s kategorií Autorita.



Obrázek 5 Kategorie Přístup pracovníků k pacientovi (zdroj autor)

#### 3.3.1 Obecně

Podle respondentů S3, PS9, PS11, S4, L1 je přístup k pacientům ze strany personálu správný. Sanitářka S4 vidí slušný přístup k pacientům jako nepostradatelnou součást péče. Sestra PS10 shledá problém v **komunikaci** pracovníků **před pacienty** na operačním sále. Podle ní by se před pacienty nemělo mluvit ze strany pracovníků o osobních věcech nebo o věcech netýkajících se operace. Zejména v gynekologii je jeden z lékařů (L1) názoru, že se

pracovníci nemohou chovat jinak než eticky, vzhledem k exponovanosti oboru. Lékařka L2 doporučuje zhodnotit přístup jiných pracovníků a uvědomit si, co je správné a nesprávné. Praxe ji tímto způsobem naučila, jak zaujmout dobrý postoj k pacientovi.

*„V přístupu ohledně pacienta, tam je vše v pořádku.“ (S3)*

*„Já myslím, že tady všichni chceme, aby to bylo to nejlepší pro ty pacienty.“ (PS9)*

*„Určitě by tam byl prostor pro zlepšení. Spíš jako se týče jednání s pacientem. ... Za mě by ten pacient před usmáním neměl slyšet žádný soukromý rozhovor personálu... Já jsem předtím pracovala na porodním sále, tak tam to bylo ještě jiný level intimity. Ale co se týče třeba císařských řezů, tak prostě před přípravou na tu operaci se tam fakt snaží, aby se dodržovalo nemluvit o osobních věcech, nebo o věcech, které se netýkají operace. Tady se to tolik nedodrhuje. ... Jak v tom zdravotnictví pracují dlouho, tak to je věc, kterou si člověk ani neuvědomí.“ (PS10)*

*„Nezažila jsem, že by tady byl někdo na pacienty zlý.“ (PS11)*

*„Takže opravdu se tady chováme mile. Ani jsem neviděla, že by se někdo nepřiměřeně choval. ... Některý přijdou vystresovaní, tak my se opravdu chováme mile. To člověk vidí. Tak čeká je velká operace. Tady je perfektní zacházení s pacientama. Na ten operák jdou vystresovaní a jdou i malé děti, mladé holčiny, takže prostě musíme se chovat slušně.“ (S4)*

*„Ta gynda je šíleně exponovaný obor ... nejžalovanější obor, kde je nejvíc soudních sporů. Takže tady nikdo jednat jinak, než eticky nemůže.“ (L1)*

*„... adekvátně. Na úrovni. ... Až ta praxe Vás to naučí, ten mentoring. Samostudium taky někdy pomáhá. Nebo máte vytipované vzory. Některý porodní asistentky to taky hezky umí. Od nich se dá něco okoukat. Je dobré si najít svůj vzor a podle toho se řídit. Někdy se chcete na někom podobat a někdy se na někom nechcete podobat. Takže to jsou takové dva extrémy. Takovéto ano a takové ne. Takže takhle najdete ten střed svůj.“ (L2)*

### **3.3.2 Přístup sester k pacientovi**

Personál (PS2, PS4, PS5, PS8) vyzdvihuje zejména **slušnost, empatii, citlivost, chápavost** v přístupu sester k pacientům. Pokud to situace umožňuje, jedna ze sester (PS7) navazuje **komunikaci** s pacienty, která je přínosem pro zlepšení psychického stavu pacienta ve **stresové situaci**.

*„Myslím si, že s těmi pacienty, co se sester týče, tak se jedná slušně.“ (PS2)*

*„Myslím si, že jsou tady citlivé holky. Opravdu v tomhle směru se snažíme...“ (PS4)*

*„Dievčata jsou tu docela chápavé, čo se týče takových věcí.“ (PS5)*

*„Tam ta empatie je k tomu pacientovi...Aspoň co se týká sestriček instrumentárek.“ (PS8)*

*„Někdy je fajn, že když se tam lidi baví mezi sebou a je to hodně při úrazech. Tam se třeba bavím: „A jak se Vám to stalo?“ Najedeme všichni na soukromé věci a pro toho člověka mi to přijde, že on přestane mít takovej ten strach. Že se to trošičku od toho strachu odpojí. Ta atmosféra tomu pomáhá. Tam se normálně komunikuje. On zapomene, že je vystreslej. ... Někdy to není úplně ke škodě zapojit toho člověka, když je ta možnost.“ (PS7)*

PS4, PS9, PS5 se k pacientům chovají dle svých morálních hodnot. Etické jednání zásadně ovlivňují morální **postoje člověka, povahové a osobnostní rysy.**

*„Chovám se tak, jak bych chtěla, aby se ke mně chovali oni ke mně, když bych byla v jejich kůži.“ (PS4)*

*„Nešla bych proti svojí vůli.“ (PS9)*

*„To je také ani nie, že som sa to tu od niekoho naučila, ale má to človek nějak v sebe. Že nechcem nechať toho človeka takto odhaleného niekde. Keď nemusí, tak ať tak neleží.“ (PS5)*

Na **utváření ctností** a dobra v člověku má vliv podle respondentů také vlastní **zkušenost.**

Respondentka PS3 cítí potřebu pomoci lidem a přirovnává svou práci k „...*pohlazení duše.*“ (PS3) Sestra vysvětluje, že tato potřeba se může začít probouzet v člověku až v průběhu života.

*„To máte v určitém věku, po určitých zkušenostech. Nemáte to ve dvaceti letech, takové jaksi samaritánské vlastnosti, potřeby někomu pohladit duši. To je taková životní etapa. Ve dvaceti letech, když jsem sem přišla, tak mi to bylo jedno. Uděláte jen to, co udělat musíte. Neuděláte nic navíc. Od určitého věku přijdou další kroky. Pro ty pacienty uděláte max. To je taková zákonitost vývoje, pracovní.“ (PS3)*

### **3.3.3 Přístup sanitářů k pacientovi**

PS4, PS8 jsou názoru, že sanitáři jsou si vědomi, jak jednat s pacienty. Podle PS11 a S3 se současný pomocný personál chová slušně v porovnání s dříve zaměstnanými sanitáři. Ze stran respondentů (PS2, PS9, PS10) byla v některých rozhovorech cítit uzavřenost vůči tématu. Projev respondentů je vyplňován pauzami. Promýšlejí své odpovědi z hlediska citlivosti informací. PS2 krčí rameny. PS9 jednání sanitářů popisuje, že jednájí „přes čáru.“ PS10 vidí problém z hlediska nedostatku personálu ve zdravotnictví. Na pracovní pozice sanitářů nejsou

vybírání lidí na základě osobních kvalit nebo vzdělání. PS10 se v praxi omlouvá pacientkám za nevhodný přístup sanitářů.

„Vědí to samozřejmě, jak jednat s pacienty.“ (PS4)

„...mají naučený takový ty termíny:„Dobrý den, jak se jmenujete?“ I ti sanitáři. Takovej folklor. Komunikují jako dobře.“ (PS8)

„i já mám ráda, že si můžu chvíli popovídat, než uspíme, připravíme. Já třeba mám ráda lidi, ...“ (S4)

„Teď jsou tady třeba slušný kluci. Taky byli třeba špatný.“ (PS11)

„Tak byl tady kolega, kterej se choval k pacientům jak ke kamarádům. Ten už tady není.“ (S3)

„Určitě byly jako situace, kdy (z) (pauza), (pokrčení rameny s úsměvem). Jinak si myslím, že zas tak strašný to není.“ (PS2)

„... někdy se nechovají úplně hezky sanitáři, jako (z) někdy jednají přes čáru s pacientama.“ (PS9)

„Sanitáři jsou taková specifická skupina. (z)... Já si myslím, že problém je, že ve zdravotnictví je málo personálu. Pracuje tady úplně každý, kdo chce pracovat, rozhodně se nevybírání na základě nějakých kvalit nebo vzdělání. ... Za mě je lepší to vykomunikovat za toho sanitáře a omluvit se, než to jako nějak řešit... vykomunikovat to, těm pacientkám. Omluvit, že teď je tady hodně lidí... já Vám to tady sundám ...“ (PS10)

Některé sestry popisují zkušenosti s neetickým jednáním jako je často zmiňovaná **nevhodná komunikace** před pacientem. Sestry PS2 a PS8 zmiňují **hulákání** sanitářů a zároveň vnímají přístup sanitářů dost podobně, ačkoliv pracují na jiné klinice. Sestra PS1, PS10 popisují, jak si sanitáři říkají před pacienty **vtipy**. Z hlediska **intimity** u překládání pacientů na stůl vidí problém respondentka PS4, PS7, PS8, PS9. Tudiž je v jistých situacích na místě ze stran sester sanitáře **kontrolovat**, případně je **korigovat**. Na tom se shoduje PS1, PS3, PS4, PS6, PS7, PS8, PS9, S2, L2. Sanitáři se kolikrát ve **spěchu** snaží práci urychlit na úkor vhodnějšího přístupu k pacientům, jak popisuje PS2, PS4, PS9, S3, PS10.

„...říkají si nad pacientem vtipy. ... Někdy je potřeba, aby se jim ukázalo, kde jsou ty mantinely a zase jim to připomněly. Oni se zase chytanou za nos a zase vyšlapují v pohodě.“ (PS1)

„Občas i po sobě si tady něco zahulákají. Chápu, že jich je tady málo, tak si to chtěj nějak předat něco. Ale občas je to nevhodný. Chápu, že v tý situaci, přesně, že si to neuvědomují, že není úplně vhodný tady po sobě hulákat. Občas i někdy něco upustit. No. (pokrčení rameny)“ (PS2)

„Dost často jsou nějaký vtípky nebo tak něco. Mně se to stalo i osobně, když jsem byla jako pacient. ... já jsem se omlouvala za to chování těm pacientům ..., že sanitář neměl náladu, neměl čas, pospíchal.“ (PS10)“

„Sanitářky tady na porodním sále jsou moc šikovné. Sanitáři na operačním sále, ti jsou někdy takový svérázní. Musí se jim něco říct a vysvětlit jim to. Asi takhle.“ (L2)

„... nevšimnou si, jak spěchají a nechají pacienta trošku odkrytého a on už má připoutané ruce a teď tam chudák leží. Tak občas, ani to nemusí být staniční, ale, když jde okolo někdo a vidí to, tak to většinou opraví.“ (PS2)

„...s těma klukama (sanitářema) musíte spolupracovat.“ (PS3)

„...tak si Vás okřikne. Pak se to snaží vysvětlit, co jste udělal špatně, aby se to nedělo znovu.“ (S1)

„Hodně se operuje no. Že člověk něco i zapomene.“ (S3)

„Chtějí tu práci urychlit, nechtějí se s tím zdržovat. Berou to tak, že jsou ti lidi tady stejně nazí po tom, když dezinfikuje operační pole. Vědí to, ... že by lidi měli být přikrytí, když si přelézají nebo je překládáme. Spíš to asi chtějí urychlit a nemají v tom záměr.“ (PS4)

„Řekla bych, že to je spíš v mezích normy. Kdyby mluvili spisovně a v celých větách, tak nebudou dělat tady sanitáře.“ (PS6)

„Myslím, že by se to mohlo dělat líp... Sanitáři. No. U toho překladač my sestry nejsme. Takže to je možná o těch lidech.“ (PS7)

„Tak to se asi občas stane. No mezi sebou před pacientem, může se stát, ale nemělo by. To je výjimka. Když je pak třeba po operaci, třeba ten pacient moc nevnímá, tak taky možná můžou mezi sebou houkat, pokřiknout, ale tak v pohodě. Nic jako dramatickýho.“ (PS8)

„Někdy je odkryjou jako zbytečně, když ještě budou uspávat tak není potřeba, aby tam byl nahatej ten člověk. Jo, takže mu to řekneme. ... Aby nebyl nahatej, když nemusí. Jako, my tu máme skvělé ty kluky. Samozřejmě nemusí mít den, nebo nějak jim to vypadne nebo něco.

*Není to úplně častý. Je to třeba tím, že už jsou z toho dne ( ), někdy to je rychlost, rychle tohle a tohle. Tak asi jsou pak naštvaní a pak si třeba vylejvají nějak takhle.*“ (PS9)

Z povídání respondentky PS1 vnímám, že sanitář má občas i sklon **využívat svou autoritu** vůči pacientovi. Každý z respondentů (PS1, PS7, i S1) popisuje problém trochu z jiného pohledu. PS1 se zmiňuje o familiárnosti, ležérnosti vůči pacientům ze strany sanitářů. PS7 mluví i o neochotě, či neochotě pomoci pacientům. S1 vnímá chování své kolegyně jako urážlivé vůči pacientům.

*„Někdy to sklouzne do toho, že se snaží nad tím pacientem ukázat, že ne úplně „on je tady pán“, ale on je ten, který ví, co a jak. Někdy to sklouzne do takové familiárnosti vůči tomu pacientovi, ležérnosti. Ono jde o to, že ta práce s lidmi člověka svádí do takového neřeknu nadřazeného chování. To už je úplně špatně.*“ (PS1)

*„Občas jsou situace, kdy to nebylo úplně nejvhodnější. To neříkám, že by to bylo každý den, to vůbec. Taková hloupost pacientů. Jsou vystresovaní. Oni nemůžou přelézt na stůl, tak jim bylo třeba řečeno: „Jděte na stůl. Já se s vámi nechci tahat.”* (PS7)

*„...jedna sanitářka, která je taková ráznější. Ale ten typ jejího chování může být urážlivý pro ty pacienty. Např. někoho to prostě bolí, řekněme třeba koleno, a tak na něj zvýší hlas, aby tady nevykřikoval, že to stejně nikomu nepomůže. Ale ona je taková rázná jako celou dobu a chová se tak rázně ke všem i k sobě. Takže to není tím, že by se snažila někoho urazit. Je to o tom její vystupování celkově.”* (S1)

Na pozici sanitáře a vůbec v pomáhajících profesích, musí pracovat člověk, který umí pracovat s lidmi, mít tzv. lepší **vnímání**. Respondentky PS3, PS4, PS8 vidí problém zejména v tom, že jsou na pozici sanitáře ve většině zaměstnání **muži**. Muži podle výpovědí respondentek nemají obecně takové schopnosti vnímání jako ženy.

*„První problém je v tom, že to dělají kluci nebo chlapi a ti to mají jinak. Tak že žena se umí hezky přikrýt sebe sama i doma. A tomu chlapovi je to jedno, jestli má knoflíky u pusy nebo nemá, že jo. A tak to i oni tady tak berou. Sice nějaké servítek maj, ale hoděj ho jentak na toho pacienta(.). ... tam se to musí opravdu hlídat, s nima je potřeba mluvit a prostě se jim věnovat. To ti sanitáři opravdu nemají. To musí ta sestra obíhající nějak pořešit.”* (PS3)

*„Některý má to vnímání takové lepší, že opravdu přikrývá. ... je jim to takové více lidské. Někteří naopak prostě řeknou: „Přelezte si.” na nahý lidi a pak teprve přikryjí. To už je takový skoro zbytečný.”* (PS4)

*„Určitě občas to člověku třeba nedocvakne některým těm sanitářům. Ono to tady bylo tak zavedený, že se to moc neřešilo. Řekla bych, že se to zlepšuje. ...možná, že jsou to chlapi“ (PS8)*

Dle sestry PS5 je přijatelnější pracovat s muži sanitáři i na úkor méně vnímavějšího přístupu k pacientům. Společnost je možná i zvyklá na to, že se setkává ve zdravotnictví s muži už jako lékaři, nebo na pozici pomáhajících profesí. Z pohledu PS5 by ženám jako sanitárkám scházela fyzická síla, kterou tato pracovní pozice vyžaduje.

*„Strašne vela mužou pracuje v zdravotnictve, že lekári sú muži. To by ji muselo vadit, že ju vyšetruju muži. Nevie, či to vadí.“ „Tak žena ako sanitárka by nám tu nepomohla s takými vecami, takže musí sa s tým počítat, že tu budú pracovať nějaký chlapi na také prekladačky.“ (PS5)*

### **3.3.4 Přístup lékařů k pacientovi**

Z pohledu PS3 je přístup lékařů v pořádku. Jediná respondentka PS9 přiznala, že někteří jsou oškliví na pacienty. Lékaři L1, L2 volí k pacientům převážně **partnerským přístup**, na jehož základě získávají spolupráci a důvěru pacientů. Nabízejí pacientům možnosti a pacienti rozhodují o intervencích nebo postupech léčby. L1 nemůže některé přístupy k rodičkám, považovat za etické vzhledem k tomu, že se v hojném množství užívá institut negativního reversu. Poslední slovo má vždy pacientka, která si sama určuje, zda postup bude etický nebo neetický.

*„Doktoři bývají v pohodě. Stran těch mladých ať anestezie, všichni naši doktoři, chirurgové, tak tam to je všechno ok.“ (PS3)*

*„...ono někdy i doktoři. Někteří jsou takoví oškliví na ty pacienty. To si myslím, že by se neměli takhle chovat (.).“ (PS9)*

*„... já tu ženu nemůžu nutit do toho, co ona nechce. ... je těhotná a vím, že jí ohrožuje něco. Že to ohrožuje ten plod. Ale finální rozhodnutí má vždycky ona. ... jí musím něco nabídnout, abych snížil riziko toho, že ten plod bude poškozenej. Ona to samozřejmě může odmítnou. Proto ten institut negativního reversu tady užíváme hojně. Čili poučit pacientku, o tom, co my bychom preferovali, co můžeme udělat. Pokud to ona odmítá, zapsat to do dokumentace a poučit jí o rizicích. Takže ta žena má vždycky poslední slovo, nikoliv jestli to je etický nebo neetický. ... To je institut negativního reversu jako jo. (L1)*



*„My lékaři se snažíme, co nejvíc empaticky přistupovat. Takové to direktivní přístupy se spíše opouští. My se snažíme navázat takový ten přátelský, abychom měli co největší spolupráci od toho pacienta a důvěru. ... Když vidím, že ta žena přichází s obavami do té porodnice, tak jí doporučím do toho centra. Doporučuji CPA. Tam mají prostor s tou asistentkou pracovat. Oni jsou pak adherentnější k Vám.“ (L2)*

### **3.3.5 Zachování intimity pacienta**

PS1, PS2, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8, S1, S2, PS10 se o ochranu intimity **snaží**. Snaha ze strany personálu o zachování intimity se z většiny potvrzuje. Někdy však nejde o lehký úkol. Roli zde hraje podle respondentů několik okolností. Důležitá je např. **spolupráce se sanitáři, osobní kvality pracovníků, spolupráce pacienta, prostorové uspořádání, vnímání** intimity samotné. PS1 se dostává do obtížných situací v případech akutních pacientů, kteří nespolupracují a jejich intimitu nelze zajistit. Podle PS2 někdo z kolegů opakovaně nerespektuje intimitu pacienta a narušuje tak práci jiných pracovníků, kteří se o zachování intimity snaží. PS2 vidí problém v přístupu k pacientům u starších kolegyň. PS10 tvrdí, že také záleží na konkrétních osobách. PS3 zdůrazňuje, že je potřeba spolupracovat s pomocným personálem na zachování intimity. PS4 s pacienty komunikuje, informuje pacienty, že se na sále provádí stranová kontrola operované končetiny. V případě jedná-li se o intimní partie, tak PS4 nahlíží pod peřinu v soukromí, nikoliv v předsálí před zraky dalších pacientů. Podle PS5 je intimita zajištěna o při překládání na stůl, kdy se pacientům dávají roušky na přikrytí. Problém u překládání popisuje S2 v souvislosti s imobilními pacienty. PS6 vysvětluje, že u některých typů výkonů je intimita narušena a není možné intimní partie zakrýt. PS6 a S1 vysvětlují, že intimní oblast není možné v každém případě zakrýt, zejména u operační přístupů v oblasti kyčle. PS6, S4 tvrdí, že samotné vnímání intimity může být odlišné u každého pacienta. Z pohledu L2 jde na operačním sále o to, aby byl pacient, co nejméně traumatizovaný. Proto se cévkování provádí až v průběhu nebo po uspávání pacienta.

*„Většinou, chrání všichni pacientovu intimitu.“ (PS1)*

*„Když je pacient nesvéprávný, nebo třeba opilý. V takových situacích, kdy ze sebe sundává věci, protože je dezorientovaný. Když se odkrývá. My se snažíme, aby na tom stole byl přikrytý. Ale když to není plánovaný pacient a je to akutní pacient, tak se odkrývá sám. To člověk neovlivní, než se uspí.“ (PS1)*

„...jsou to situace, který mi přijde, že se občas dějí opakovaně. Přijde pacient, všichni se ho snaží zakrýt nějakým způsobem... No ale občas prostě někdo přijde. Nezájem, prostě odkryje peřinu, protože se potřebuje na něco podívat. Neříkám, že to je furt a vždycky. Neděje se to pravidelně... Sem tam se to stane. Mně to teda nepřijde úplně košér.“ (PS2)

„Ale myslím si, že to má, co společného s tím, že jsme ještě mladý a, že se to nějak snažíš prostě dodržet. Asi si to víc uvědomuji, než tady kolegyně, který je prostě sedmdesát.“ (PS2)

„Je to všechno v mezích nějakých norem.“ „... s těma klukama (sanitářema) musíte spolupracovat.“ (PS3)

„Já, když obíhám sál, tak jsem na to úplně vyskákaná, když tam ti lidi leží 3 pikosekundy nazi. Já mám takovou teorii o tom, že než tady odtud odejdu, tak tady nechám vysvléct 3 sestry, 3 lékaře, 3 sanitáře a nechám je tady tak projít po sále. No ať všichni vědí, jak je to těžký, ještě k tomu, když je ten pacient nemocný.“ (PS3)

„Z druhé strany (-) pacienti jsou tak soustředění sami na sebe, na svoji diagnózu a na to, že jdou na operaci. Jim to úplně unikne, ta chvilka. Že jsou obnažený na tom stole, jim úplně uniká.“ (PS3)

„Opravdu v tomhle směru se snažíme dodržovat tu intimitu.“ „...zeptáme, že se musíme podívat, protože když jde o operovanou stranu, tak dělají na té operované straně křížky. ... Musíme, i když se jedná o prsa, nebo o třísla. Takže člověk kouká do tý intimní partie a samozřejmě až na sále, a ne v předsáli, kde je dalších deset pacientů nebo víc. Ptáme se. My si to uvědomujeme a víme. Komunikujeme, že se podíváme na ten křížek, tak souhlasí.“ (PS4)

„Stále si dáváme pozor na to, aby byli ti pacienti akože zahalení a aby prostě neležali odkrytý. Aby tam bolo všetko, tak aby to nebylo nepriemné pre nich a nepriemné i pre nás. Já keby som to viděla, tak idem hned ho zakrýt. To by mi nedalo. Keď je aj pri prekládanie na stole sa dava pozor na to, aby sa cítili ti pacienti dobre. Davaji se jim zelené rúšky, aby si je na sobě držali. Takže pokaď su pri vedomí, tak stále maju ten pocit, že niesu odhaleni.“ (PS5)

„Tak jako snažíme se. ... Myslim, že jak kdy a jak kdo..Jsme velkej kolektiv. Nemůžeš dát za každého ruku do ohně. Ale tak za většinou si myslím, že jo. Nebo se dají tak jako urdit, ty lidi. ... Děláš na ortopedii, tak jako, co je pro někoho intimní, pro druhé není. V zachování v rámci toho operačního sálu a toho všeho kolem, si myslím, že ano. Snažíme se dost. ... pokud děláme kyčel, nebo pánev, tak je jasný, že ano, že ta intimita je narušena. Ale většinou ten

*pacient spí nebo je utlumenej. Není tady rozhalenej, že bys přivezla pacienta nebo klienta a necháš ho tam nahatýho na stole.“ (PS6)*

*„Myslím, že by se to mohlo dělat líp. Snažíme se, aby byli v teple, zakrytí.“  
„Já se snažím.“ (PS7)*

*„Řekla bych, že se to zlepšuje. Ta intimita už mnohem víc chráněná. ... Když to někdo nějak poruší, tak na to upozorním.“ (PS8)*

*„V rámci možností se o to snažíme. ... nebo anestezie. Nebo to potom záleží, jaká to je operace a do jaký míry může být po tom přikrytý, aby se potom mohlo odezinfikovat...to samozřejmě záleží na tom operátorovi, aby on se dostal do té dané oblasti. Takže to někdy není možné samozřejmě.“ (S1)*

*„No tak zlepšilo se to. Dřív to bylo takové, že jsem kolikrát koukal a radši jsem odešel. To bylo takový prasácký bych řekl. Ale poslední dobou už je to, že bych ani nenadával, když bych toho člověka jako znal. Kolikrát mi to bylo nepříjemný, jako přelezte si tu, berou hadry a člověk je tam vlastně nahatej. Teď je to víceméně dobrý. ... Člověk vlastně nesmí mít z hygienických důvodů prádlo. Je to nepříjemný tamhle přelezát tamhle před lidma. Člověk se snaží. Někdy to jako nejde, když jsou imobilní. Ale když jsou samostatní, tak se snažíme to udělat, tak aby se necítily špatně.“ (S2)*

*„...Člověk, když jde nějak okolo, tak se snaží, aby ho přikryl nějak hned ( ). Aby nemusel být odkrytý, nebo když se uspává.“ (PS9)*

*„V rámci možností se snažíme o zachování intimity. V rámci intimity to jde. Ale je to taky osoba od osoby(.).“ (PS10)*

*„Přikrýváme pacientky.“ (PS11)*

*„Tady na to dbáme jistě. A některý pacientce je to jedno. Ta přeleze nahá a některá se zase schovává. Ale dbáme na to, aby byly ti lidi zakrytí. Mění se peřina i za tu roušku, aby se neodkryli a opravdu se to mění. ... Vědí, že se budou odhalovat, ale než se uspí tak se dbá na to, aby byli zakrytí samozřejmě.“ (S4)*

*„Mají toho andělíčka a pak se svlékají až těsně před tím, než jsou uloženi. I cévkování teď probíhá těsně před tím, než se uspí. Nebo až se uspí, aby pacientka byla co nejméně traumatizovaná. ... Snažíme se vyhovět.“ (L2)*

Dobré **prostorové uspořádání** operačních sálů je výhodou. PS6 popisuje, jak se pacienti míjejí ve filtru, kde už jsou přikrytí. Také se využívá i zástěna. Podle PS6 není šance, aby se pacienti viděli navzájem u překládání. Vzhledem k vytvořeným podmínkám, podle S2 zachovat na 100% intimitu nejde.

*„Já ho nemůžu odkrýt před jiným, protože tady je jenom on na tom sále. U nás v předsáli je jeden pacient. Míjejí se akorát v překladovém filtru, ale tam většinou se miji přikrytý a ani tak se nepřendává jeden před druhým. Třeba i na tý septice, tam se dává ta zástěna. Tady se tohle nestává. Tady nemáš jednoho nahatýho před druhým.“ (PS6)*

*„V rámci těch možností, který tady máme. Není to na 100%, protože to ani nejde. To by tady musely být úplně jinak vytvořené ty podmínky. Nějaký kabinky. Není to nafukovací.“ (S2)*

Sestře PS5 chybí na pracovišti jednorázové punčochy, které dostávali pacienti na pracovišti, kde v minulosti pracovala. Dle jejího názoru by to mělo vliv na lepší pocit pacienta v době na operačním sále.

*„Byla som zvyknutá, že tam to mali, jednorazové operačné nohavičky. Ten pacient nemal možno takový pocit, že ide tam úplne nahý na ten sál, že tam leží úplne nahý. Len pre ten ich osobný pocit. Já by som je chcela mit na sobe. Já bych nechcela ležet úplně nahá.“ (PS5)*

Pacienti mají i možnost ponechat si **své spodní prádlo** podle typu výkonu. Někdy se však setká PS6, že prádlo nemají pacienti čisté.

*„...necháváme jim někdy spodní prádlo. Na druhou stranu to spodní prádlo není kolikrát čistý, nový.“ (PS6)*

Na sále někdy nastávají **život ohrožující situace**. Respondenti PS3, PS5, L2 vysvětlují, že v těchto situacích jsou etické zásady úplně stranou. PS3 vysvětluje, že v tuto chvíli jsou na místě jiné priority. Na operačním sále se zachraňují životy.

*„Když přivezou pacienta, který krvácí. Takže tady prostě nikdo neřeší, jestli je zakrytý. Tady jsou jiný priority. Ta chirurgie to prostě nese. To je obor, ve kterým to jde nahoru dolu. Je to klidný a někdy to je, tak jak to je.“ (PS3)*

*„Když je nějaký akutní stav, ruptura sleziny alebo neviem čo, tak se nepozeram, jestli je pacient odkrýty alebo prikrytý. Čaká se iba na operaci. Neriešime jestli je zakrytý, alebo nieje zakrytý.“ (PS5)*

*„Když jsou akutní situace, tak to jde stranou.“ (L2)*

### 3.3.6 Důstojný přístup k pacientům

Staniční sestra se domnívá, že pracovníci jednají důstojně, protože pod jejím **dohledem** tomu tak je. Podle PS2 a PS7 se přístup liší na základě **situace**, která se může měnit na základě **personálního obsazení** nebo i **nálady**. Sestry mluvily i o tom, jak si sanitáři říkají před pacienty **vtipy**, jak už je zmíněno v kapitole 3.3.3 Přístup sanitářů k pacientovi. Důraznější přístup zdravotníků si mohou podle respondentky PS4 vyžádat situace v souvislosti s nežádoucími účinky léků, které mají vliv na psychiku pacienta. PS5 přistupuje k pacientům **stále stejně** dle svých zásad, i když se setkává s nevhodným jednáním pacientů viz kapitola pacientů 3.4.2. Nevhodné jednání pracovníků.

Ve chvíli, kdy jsem se zeptala PS7, na otázku, zda byla narušena pacientova důstojnost, respondentka odpověděla mlčením. Cítila jsem ze sestry stud. Bylo vidět, že o tom nechce mluvit. Po chvíli, jsem se zeptala, jestli byly na pacienta někdy nějaké **narážky**. PS7 potvrdila, že ano.

*„Ano. Za mé přítomnosti ano. Když to mají jako „housky na krámě“ a říkají si nad pacientem vtipy ... a já to slyším, tak hned zmlknou.“ (PS1)*

*„Neříkám, že to je vždycky.“ (PS2)*

*„Tak samozřejmě na ně se taky zvýší hlas v mezích normy. Ne, aby člověk byl sprostý. Nebo ne zvýší ale, zpřísní se ten hlas... je pod vlivem něčeho.“ (PS4)*

*„Já se snažím stále normálně, stále milo a stále uctivo.“ (PS5)*

*„a důstojnost.... To funguje tady dobře.“ (PS8)*

*„To je strašně těžká otázka. Protože strašně záleží jako, kdo tam zrovna je, v jaký jste partě, jaká je tam nálada. Já si myslím, že celkově ano. Je to strašně o lidech. ... Narážky. Popravdě ano(.).“ (PS7)*

*„Dost často jsou nějaký vtípky nebo tak něco.“ (PS10)*

PS6 se setkává s problémem týkající se hygieny pacientů. Dostává se do situací, kdy zjišťuje, jak je **hygienická péče pacientů zanedbaná**.

*„Ti lidé kolikrát nejsou umytí. To je to, na co třeba nadáváme. I z oddělení přijdou ne jenom třeba neumytý (.).“ (PS6)*

### 3.3.7 Individualizovaný přístup k pacientovi

Sestrami PS1, PS3, PS5 byl zdůrazněn především přístup k pacientům s **nádorovým onemocněním**, zejména u **žen**. Podle PS1 a PS3 individualizovaný přístup vyžadují pacienti v **psychicky náročné situaci** jako je např. mastektomie. Jinak popisovala přístup k pacientům sestra PS5, která přistupuje **universálně** ke všem nemocným.

*„ ... ono je potřeba s těmi pacienty, ti nádoroví a zvláště ty ženské.“ (PS1)*

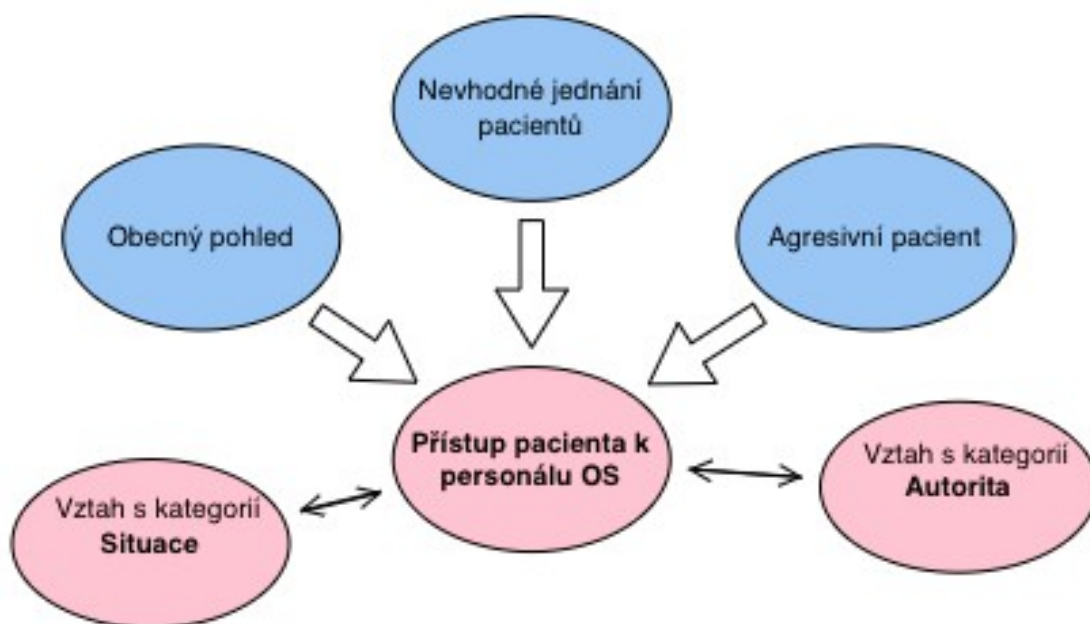
*„Některá žena to řeší víc, např. ty ženy, které jdou na operaci prsu. Myslím, že se to odvíjí od typu operace. Ženy, které jdou na operaci prsu to mají těžký a tam asi ten pohled je opravdu jiný a tam ta intimita opravdu je (..),(...) tam se to musí opravdu hlídat, s nima je potřeba mluvit a prostě se jim věnovat.“ (PS3)*

*„My tu máme strašně vela onkologickej pacientov, čo sa týká prs, karcinomy streva, všetko. Mně to nieje jedno samozrejme. Pokiaľ ty ženy prídu na ten výkon, oni nejsou nějaké vystresované a rozplakané, že my im dem brát prs. Oni su už na to nějak pripravené, že vědí, čo sa bude diať. A nějako nerobím rozdíly. Ako když je niaká taká, tak ju poviem: „všetko bude v poriadku,“ že sa nemá čeho bat. ... Já se snažím s každým pacientem bavit rovnako a milo pookad to jde.“ (PS5)*

### 3.4 Přístup pacienta k personálu OS

Kategorii Přístup pacienta k personálu OS utváří tři kódy (viz Obrázek Kategorie Přístup pacienta k personálu OS). Kategorie vykazuje vztah ke kategoriím Situace a Autorita.

Nevhodné jednání pacientů je spojováno se stresovými situacemi, což vykazuje vztah ke kódu Stresové situace. Kód Obecný pohled se vztahuje ke kategorii Autorita, konkrétně ke kódu Respekt k autoritám.



**Obrázek 6 Kategorie Přístup pacienta k personálu OS (zdroj autor)**

### 3.4.1 Obecný pohled

V poslední době se dle získaných výpovědí zhoršil přístup pacientů ke zdravotnickému personálu včetně lékařů. PS3, L1, L2 popisují, jak je poslední dobou **narušena autorita lékaře**. PS1 popisuje, jak si pacienti neváží lékařů. L2 přisuzuje disrespekt informovanosti pacientů díky internetu. L1 i L2 jsou názoru, že k nim některé pacientky přichází s nedůvěrou a pacientky v nich vidí jen to špatné.

*„Jak říkala bývalá ředitelka nemocnice paní Dr. (jméno), tak ta říkala: „Pacienta nikdy neuhádáte a pacient má vždycky pravdu.“ Tím je řečený všechno.“ (PS3)*

*„Je potřeba mít trpělivost s těmi pacienty, protože ono teď ti pacienti (), (...) To je totiž hrozný. Ve smyslu toho, že si neváží těch lidí, těch zdravotníků. Neváží si lékařů. Ta práce zdravotníků je teď tak diskreditovaná vším možným. Na prvním místě ohodnocení finanční. Ti lidi si jich přestali vážit. Dříve byl lékař na prvním místě, až hluboko za nimi byli právníci. Teď všechny tyhle přeskočili tesaři, zedníci atd. Tohle je špatně.“ (PS1)*

*„Když tam přijde ten lékař, tak ty ženy mají tendenci jako reagovat podrážděně. Neříkám, že se to děje často. Většina lidí je normálních v tomhle. Ale může to tak být, že ta autorita toho lékaře je narušena třeba na té porodnici. Což je třeba těžké, když se musí dělat nějaká intervence, tak jako třeba je těžší to nějak vysvětlit té pacientce, aby mi rozuměla, co po ní chci. A ne, že jí chci nějak trápit, ale, že ji chci pomoci. Ale jinak na té gynekologii je to bez problémů, protože tam jsou ty ženy jako reálně nemocné a potřebují pomoc od nás.“ (L1)*

*„Že by se pacientky se chovaly špatně (?). Ano, to teď ano. To je spíš i tou informovaností těch žen, si myslím. Vidí v lékařích to špatný, co je může u porodu potkat a viní z toho, toho lékaře. Některý přichází i k tomu lékaři i s nedůvěrou. Síla internetu vládne.“ (L2)*

### **3.4.2 Nevhodné jednání pacientů**

Jedna ze sester (PS7) mluví o zkušenosti s **nepolupracující** pacientkou, která odmítla být nápomocí zdravotníkům v překlada na operační stůl, ačkoliv byla spolupráce schopna.

*„Byla tady paní, která byla silnější. Byla tady možnost, že ji píchnou do zad, aby nám pomohla se přetočit na břicho, protože se jí dělala achillovka. A ona řekla na rovinu: „Vy jste mladý, vy se se mnou můžete tahat.“ Tak ono to je někdy i z obou stran někdy. Kdyby řekla: „Já mám strach z píchnutí do zad.“ (pokrčení rameny)“ (PS7)*

Na operačním sále mnohdy přicházejí pracovníci do styku i s **vulgárními** výrazy od pacientů. O této zkušenosti mluví sestry PS1, PS4, PS5, S2, PS9. PS1, PS4 a PS9 se s vulgárním vyjadřováním setkává u lidí v pod vlivem alkoholu, drog nebo u lidí v sociálně špatné situaci. Respondenti S2 a PS9 se shodují na tom, že si takové jednání člověk **nesmí tak brát**.

*„Ale vulgární jsou pacienti, protože tady jsou opilí, zřetovaní, prostě lidi bez domova a ti jsou teda sprostí šíleně. Oni jsou sprostí i verbálně na doktorky.“ (PS1)*

*„Stane se, že i pacienti jsou někdy vulgární. Když je to nějaký alkoholik, feťák a tak. To je protože, ten člověk neví ani, že tak jedná nebo proč tak jedná, protože je pod vlivem něčeho.“ (PS4)*

*„Ako stalo sa mi xkrát, že ma poslal niekto do niekde.“ (PS5)*

*„Kolikrát nadávají. Člověk to nesmí tak brát.“ (S2)*

*„Tak někteří jsou nepříjemní. Nadávají. To většinou bývají ty sociální případy, který tak v tom životě nějak fungují. Takže to nemůžeme tak brát.“ (PS9)*



Naopak někdy už vlivem prostředí a psychickému rozpoložení pacienta není podle PS3 pro vulgarismy prostor.

*„... tady na to není prostor. Ale na té ambulanci u toho okýnka (..), (...)“ (PS3)*

PS3 slovní výpady pacientů omlouvá, protože jsou pacienti vystaveni velkému **stresu**. Člověk podstupující operaci je ve stresu nejen vlivem samotné nemoci. Přichází do neznámého prostředí, má strach z výkonu a mnoho dalších důvodů, které negativně působí na psychiku nemocného.

*„Asi se chovají slušně někdy to jo. A i kdyby náhodou někdo měl nějaký slovní výpad, tak si myslím, že to je, protože je ve strašném stresu. Pod strašným tlakem. Ted' ten šum kolem něj. Ted' má pocit, že se mu nikdo nevěnuje, protože on někde leží jako "placka" na stole nebo případně někde ještě na lůžku. Kolem něj strašně lidí a nikdo se mu nevěnuje. Pak na něj všichni vypálí tisíc otázek o tom, jestli má alergie, jestli má tamhleto. Ted' on zjistí, že se mu chce čůrat, což se stane velmi často. Protože je vynervovaný. On samozřejmě nic nevyčůrá, ale protože jak je pocitově v totálním stresu, tak se mu chce na záchod. Myslím si, že to je tak jen, protože jsou ti pacienti ve stresu. Ne každý si to umí nějakým způsobem odůvodnit. Říct si: „Tak dobrý, oni si ted' tady něco povídají a pak se mi budou třeba věnovat.“ Když jsme tady dřív kouřili před třiceti lety a oni přijeli pacienti a říkali: „Jéé tady voní káva a cigarety.“ To bylo vidět, že i oni nějak odvádějí svou pozornost. Jinak si myslím, že tady je to jinak v pohodě v tomhle směru.“ (PS3)*

V praxi se PS1 setkává i se **lhaním** pacientů. Pacienti jsou před výkonem edukováni např. ohledně zdržení se kouření a i přes to před zraky zdravotníků pravidla porušují.

*„Půlka pacientů, kteří tady se ocitnou s nádorama, s čímkoliv, s neprůchodností žil. Ti kouří tady u popelnice. Když jim řeknete: „Ale vy nesmíte kouřit.“ A on odpovídá: „No a co má být?“ Takže je mu to úplně jedno. A lžou. Vy je vidíte tady ráno kouřit a oni pak tady lžou.“ (PS1)*

### 3.4.3 Agresivní pacient

Kolikrát se zdravotnický personál dostává do nebezpečných situací, které vyžadují i fyzickou obranu před pacienty. O **agresivních** pacientech mluví PS1, S2 a PS11. Agresivitu pacientů dává PS2 a S2 do souvislosti s přednemocničním užitím omamných látek. Podle S2 a PS11

bývají pacienti agresivní při probouzení z anestezie. Tito pacienti nejsou schopni kontrolovat své chování. To je důkaz toho, že být zdravotníkem je náročná i nebezpečná práce.

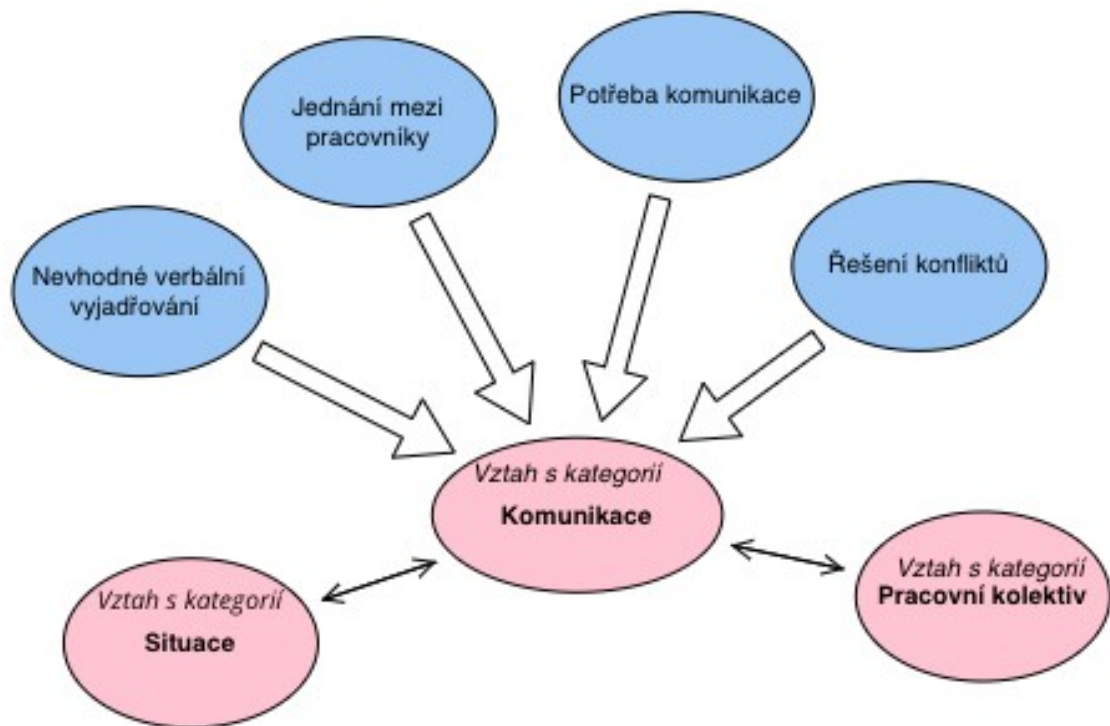
*„...opilí, zřetování, prostě lidi bez domova... Ochranky se nedovoláte, protože ochranka přijde za tři čtvrtě hodiny. To už byste byla zmlácená, když si člověk nepomůže vlastními silami. Není to úplně standartní teď ve zdravotnictví ze strany pacientů i ze strany toho chování. Zdravotníci jsou okleštění. On na něj napřáhne a ten personál nemůže na něj napřáhnout, i kdyby si to tisíckrát přál. Prostě nemůže.“ (PS1)*

*„To se jako stává, že ten pacient je vzteklej. Že je pod vlivem nebo tak, nebo třeba ani nemusí být a má jen v hlavě to posunutý. Nebo, když se probouzej.... Hlavně ať fyzicky nikoho nenapadá, takže ho pořádně zajistit, pásem nebo jako přivázat. Chráním sebe i to okolí i toho pacienta. Protože nikdo se nechce s ním prát. On spadne a všichni z toho mají jen problémy. Papírování. Mimořádné události. A to není dobrý pro nikoho.“ (S2)*

*„Spíš po uspání jsou jako agresivnější. Jinak ne.“ (PS11)*

### **3.5 Komunikace**

Kategorie Komunikace obsahuje čtyři kódy (jednání mezi pracovníky, nevhodné verbální vyjadřování, řešení konfliktů a potřeba komunikace). Výrazný vliv na tuto kategorii má především kategorie Situace viz Obrázek Kategorie Komunikace.



Obrázek 7 Komunikace (zdroj autor)

### 3.5.1 Jednání mezi pracovníky

PS8 a PS10 jsou názoru, že na operačním sále vystupuje personál profesionálně. PS10 vysvětluje, že však nejde porovnávat komunikaci lékařů a nižšího zdravotnického personálu. Podle L1 komunikace mezi pracovníky odpovídá provozu chirurgické kliniky. PS1 a S3 komunikace funguje na základě domluvy mezi pracovníky. Podle PS7, PS8, S1, S2, PS9, S4, L2 se jednání pracovníků odvíjí od **situace** na operačním sále. PS9 říká, že je občas ve vypjatých situacích řečeno něco hrubě ze stran lékařů. Respondent S2 se setkal i s agresivním chováním, které je vyvolané na základě určité situace, která trvá pouze chvíli. Vysvětluje, že agresivita není mířena přímo na někoho, ale jde o výjimečnou situaci, přes kterou se člověk přenesou. Podle PS8, PS11, S1 a L2 také záleží na tom, **kdo** se na operačním sále sejde.

Přikládám i radu jedné z respondentek, která vychází z několikaleté zkušenosti v práci perioperační sestry, která mluví o **trápení** sester jinými pracovníky. PS1 doporučuje, aby člověk dal hlavu vzhůru a raději opustil pracoviště. Na pracovišti by se člověk neměl trápit.

*„I když by Vás někdo srážel do kolen, a to se Vám stane nescíselněkrát, vždycky vstaňte a běžte dál. Když by Vás někdo srazil do kolen, tak nemá cenu chodit do té práce. Protože byste se trápila, že tamhle je nějaká osoba.“ (PS1)*

Respondenti PS11, PS9, S2, S1 a PS7 vidí často problém v komunikaci ze strany **výše postavených pracovníků**. PS9 se setkává i s házením předmětů v přívalu emocí. Podle PS3, PS6, PS8 a S1 na operačním sále někdy chybí **kultivovanost** pracovníků. Takové chování se podle PS3 odráží na nekultivovaném projevu pacientů.

Z pohledu PS2, PS4 komunikace mezi pracovníky není ideální. U sester PS2, PS4 a PS10 shledá problém s **upřímností** kolegů. Člověk by měl být upřímný, ale s mírou. Sestra PS3 zmiňuje, že v případě sester ztrácí komunikace úroveň na základě **nedostatečného časového prostoru**. Respondentky PS7 a PS10 vidí komunikaci náročnější v souvislosti, že sestry tvoří zásadně **ženský kolektiv**.

Sestra PS10 vnímá stejně jako sestry PS3, PS4 rozdíly v jednání různých **generací**. Ve chvíli sebereflexe i PS3 připouští, že jsou pro ni mladší kolegyně inspirativní. Respondentka PS3 vidí odlišný přístup lékařů k sestrám na základě věkové kategorie a jejich vzhledu. Podle ní se lépe chirurgové chovají k mladým, hezkým sestrám. Zároveň uznává, že mladší sestry mají větší **respekt** k lékařům a jsou **poslušnější**. Sama si je vědoma svého **drzého** chování vůči lékařům. Aby vše klapalo, tak se pracovníci PS7, PS8, PS11, S4 a L2 snaží jednat v klidu a v pohodě.

„90% je řešeno domluvou.“ (PS1)

„Hm... Upřímně, řekněme si to upřímně... (smích). Jsou lidi, kteří neřeknou nikdy nic a jsou i lidi, kteří řeknou naopak velmi hodně. Jsou lidi, kteří to řeknou někomu jinému a potom se to dozvídám od někoho dalšího. Takže je to takový, že si myslím, že tady je komunikace velmi špatná.“ (PS2)

„Edukace musí mít nějakou úroveň, směr. Ono to někdy v našem případě nejde. V té hektičnosti a rychlosti práce není na to prostor a čas. Měl by se člověk snažit, ty mladé vést, aby si to hezky pamatovaly, aby to měly hezky vysvětlené. Já na to nemám nervy. Tam je chyba jednoznačně ve mně. (smích)“ (PS3)

„Ne kultivovaně se nechovají. Oni se tak nechovají ani pacienti a oni jim to vrací.“ (PS3)

„Mladší sestřičky. „To máme rádi. (smích) Ty jsou hezký, ty máme rádi.“ ... My jsme drzé na ně, tak oni nám to vracejí. Ten, kdo rány rozdává, tak musí počítat, že taky nějakou musí přijmout. Kdežto mladé holky jsou chytré. Plní veškeré příkazy, který oni dávají, což my neděláme samozřejmě. (smích) Já myslím, že to je vyvážený. Ten základ toho kolektivu je takový hnidopišský a ony nás vychovávají, a to já mám ráda. Ony nás posunují. Tleskám.

*Strašně se od nich učím. Jsou strašně inspirativní po všech stránkách. Ony tu práci až tak nedramatizují jako my. Mají to takový jednodušší, a to mě baví.“ (PS3)*

*„S některými narovinu. S některými to je horší. Něco mezi. Není to úplně takové ideální.... dneska je to o tom, že ty hranice jsou zase jinde. Vy vaše generace těch mladších si už taky nenecháte všechno líbit. Spousta lidí nebere ani dvojsmyslný věty. Ty se tady ještě používají.“ (PS4)*

*„Jsou lidi, kteří tady opravdu mluví v celých větách. ... Někdo sice spisovně nemluví, myslím tady, na veřejnosti třeba ano. ... Kultivovaně asi úplně ne. Takhle. Ne možná na sále. Na odděleních jo. Veřejně jo. Ten sál je uzavřená společnost. Ale tak většinou asi ano.“ (PS6)*

*„Někdy s téma doktorama je to náročný a s vedoucíma pracovníkama. Ale někdy je komunikace náročnější. Ženský no. (smích) Někdo je vznětlivější. Někdo to umí říct klidněji. Snažím se. Ale někdy ty emoce jsou těžký.“ (PS7)*

*„Snažím se být klidná. Domluvit. Říct to upřímně, přímo. Možná někdy může dojít k nějakému nedorozumění. A když už to někomu opakuji po třetí, tak už můžu být trochu podrážděná. Víceméně se snažím jednat v klidu a pohodě. Já bych řekla, že se všichni snaží vystupovat profesionálně. ...jakmile jdou na ten sál, tak tam si myslím, že tam je ta profesionalita. Při tý operaci kolikrát. Můžou tam být nějaký nervy. Tak to třeba takovej (jméno)... (smích) Ale tak to se bere jinak. Ten pacient to nevnímá. Je uspanej nebo přispanej, když má píchli záda. To bych řekla, že je jako v rámci té operace. Samozřejmě se to taky vyskytuje. Ta kultivovanost chybí někdy. (smích)... Tak jí to operatér dá sežrat, když něco zapomene (pousmátí). No samozřejmě je to někdy nepříjemný. Tak, ale to v tý komunikaci. Slušným způsobem. Samozřejmě jako kritika může být. Nejsme neomylný. Chyby děláme všichni, že jo.“ (PS8)*

*„Eh... Kultivovaně? Tak to bych řekl, že určitě ne. Ale tak ono to je závislé potom na té samotné operaci. ... Jsou tady někteří, kterým připadá, ať jsou to sestry nebo sanitáři, že jsou takové nicky, kteří tady nemají úplně právo být a tak. Takže vezmu příklad. Je tady primář, který je dost arogantní v tom smyslu, že říká, jak se má věc přesně udělat. Většina ostatních lékařů to řekne taky, ale normálním způsobem. On to řekne takovým způsobem, že si připadáte, jako kdyby mluvil k dvouletému dítěti, které nic nechápe. Takže je to takové těžší s ním komunikovat no.“ (S1)*

*„Slušně. (smích) No... nepereme se. No a tak... si tady nějak nenadáváme. Normálně se baví, jak mezi lidma... možná mají kecy, ale to se nic neděje. (posměch) ... Spíš ti lékaři jsou takoví. Někdy jsou agresivní, lékaři. Není úplně takhle cíleně. Prostě to ujede někomu. Není to nijak mířeno proti tomu člověku. Je to chvílkové a výjimečně. Už se to stalo. A člověk se přes to přenese. ... (S2)*

*„Domlouváme se tady mezi sebou. To funguje ta komunikace. Jaký si to člověk domluví, takový to má.“ (S3)*

*„... občas tak hrubě. Někteří mezi sebou mají nějaký (,), že jo. Někteří se pohádají s doktorem nebo tak. Vypjatá situace? Jo (') to taky. Něco se mu nelíbí, že třeba něco nemá. Je to taková blbost. Oni se s ním třeba začnou hádat, že to nechtějí vyndat. ... házecí no (-). ... Už se trošičku uklidnil, ale hází pořád. (PS9)*

*„Tady je úroveň komunikace na profesionálním levelu. Tady nemám pocit, že by někdo měl nějaké nevhodné poznámky nebo něco podobného. (posmívání) ... Je to jiná úroveň vzdělání. To úplně nejde porovnávat komunikaci mezi sanitářema a lékařema. ... Je prostě náročný, že sestry jsou všechny ženský a ty ženský kolektivy s tou upřímnou komunikací narovinu mají trošku problém. Já bych třeba někdy ocenila, kdyby se ty problémy komunikovaly hned a přímo, než třeba přes staniční. Zbytečně. „Snažím se všechno komunikovat mile a slušně. Přijde mi strašně zbytečný si tady dělat nějaké trable a být na sebe nepřijemný. ... ale jako ty holky, co nastupují teď. To už je trošičku jiná generace a taky svým způsobem si nenechají nic líbit a víc se ozývají. Což si myslím, že je správně. Tady je vidět, že část těch sester je průměr padesát plus. A pak prostě nastupují ty generace dvacet plus, zbytek je na mateřské někde mezi. A je to velký rozdíl no.“ (PS10)*

*„Nekřičí tady na sebe mezi sebou. Tady ne ... Mohlo by to být lepší, v klidu. Jak kdy a jak kdo. ... a spíš jako z těch vyšších pozic je problém. Co se týče sester tak určitě jednájí zdvořile, s porozuměním, ochotou.“ (PS11)*

*„Já ráda povídám. Mám ráda i věci na pravou míru. Všechno se dá říct v klidu (z). Když to není v klidu, tak se to potom odráží na každým. Umí to vyvolat v ostatních neklid a stres.“ (S4)*

*„To je takovej standardní provoz chirurgický kliniky pražský. Takže je to tady trošku hhm. Jako normální. Nikdo se tady nechová nějak nenormálně.“ (L1)*

*„V klidu, hlavně v klidu se snažíme komunikovat tady. Ale hodně záleží od toho operátéra. Jako kdo se sejde na tom sále. Ve většině případů je to v klidu. Snažíme se. ... Někdy to závisí od toho, jestli ten pacient spí nebo nespí no. Když spí, tak je to trošku uvolněnější.“ (L2)*

### **3.5.2 Nevhodné verbální vyjadřování**

Jak řekla první respondentka PS1: „nese to zaměstnání.“

PS1, PS7, PS8, S1, PS9, S1 přiznávají, že na operačním sále po sobě pracovníci **křičí**. S1 a S4 se shodují na tom, že někdy ze strany lékařů bývá zvýšen hlas. Podle PS1, S1, PS7 a L1 si někdy pracovníci **zanadávají**. PS1, PS6, PS7, PS9 a PS8 zmiňují i někdy používané vulgarismy.

Z nich PS1, PS7, PS8, S1, PS9, PS10, L1, S4 chápe chování lékařů na základě **náročných situací**, které mohou způsobit **příval emocí, stres, nervozita, napětí**. L1 vysvětluje, že jde o klasické chirurgické tendence. Několik respondentů (PS4, PS8, PS9, L1) vysvětluje, že si slovní výlevy nesmí brát osobně, aby se ta práce dala zvládat. Podle sanitáře S1 si to v té situaci ti lidé neuvědomují. PS2 vidí v chování spojitost se syndromem vyhoření. PS4 spojuje situace se stavem vyčerpání. Co se týká vnímání pacienta, tak se pracovníci v přítomnosti pacienta chovají slušně. PS7 jediná zmínila, že se stane, že i někdo řekne něco nevhodného před pacientem. To ale spíše někomu „ujede.“

*„Tady jde o to, že někdy po sobě křičíme. Stává se to. Někdo se vykřičí a je to v cajku. ...to nese to zaměstnání. Někdy upustí páru.... Já si myslím, že někdy to vůbec není na škodu, že si člověk prostě uleví, ale určitě ne před pacienty. ... V náročných, stresových situacích. ... Oni si potřebují nadávat, protože oni se odreagují, ale nesmí to být v přítomnosti lidí. ..., když člověk spí, tak řeknou: „Doprdele to jsem měl včera den.““ (PS1)*

*„Jako občas to někomu uletí (smích). Občas, když už toho máš dost, tak občas někdo to jako vypustí jako no (smích). Ale musím říct, že si myslím, že to má hodně, co společného už s nějakým vyhořením.“ (PS2)*

*„Ono třeba pak s odstupem času zjistíte, že ona žádná kaše není zase tak horká, jak se uvaří. Člověk někdy vypálí něco zbytečně, něco, co ho potom posléze mrzí. Pak zjistí, že to nebylo, tak jako intenzivní. Že to celkem přehnal. Musí být nějaká sebereflexe. Ale to už je taky od určitého věku.“ (PS3)*

„Člověk někdy byl i ponížen. Není to pravidlem. Není to pokaždé nebo často, ale stane se. Nevím, jak popsát tu situaci. Většinou v takové té, když už je člověk unavený, má toho moc. ...My, naše generace jsme naše hranice posunuly úplně někam jinam. My to úplně nebereme. Ale že by mě někdo urazil, že bych tady brečela, psala nějakou stížnost, to teda ne.“ (PS4)

„Jsou lidi, kteří řeknou ty\*ole.“ (s úsměvem) ... Jako nás instrumentářky nás třeba operatér urazil. Ale on se většinou omluvil.“ (PS6)

„Tak někdo po Vás křičí. Myslím, že ti to potvrdí všichni, že jo. Oni ti doktoři jsou jako zvláštní ega. Možná jsou i vystresovaní, že mají člověka na stole. Takže ono toho je vícero. Takže zůstat klidná i přes to, že dostaneš vynadáno. Jsou tu holky, který zažily tohleto, jaksi určitý narážky na nás, že třeba něco nevíme. Vulgární vyjadřování tady bývá. Ne vůči pacientovi. To oni mezi sebou. ...Když si myslí, že jsou uspaní, co mají píchli jenom blok, tak možná, že to někomu ujede no. Popravdě asi nejsme někdy stoprocentní.“ (PS7)

„Ale s tím se na tom sále počítá, že tam někdo křikne, nebo, že ta situace může být nepříjemná. To člověk musí pouštět jedním uchem...U toho operačního výkonu je to trošku víc specifický než třeba na oddělení, když komunikuje sestra a lékař. Tam je to opravdu někdy ve vypjatý situaci. A hold z něj vypadne něco nepříjemnýho. ... Řekne se to třeba od plic, ale většinou se to vyřeší na tom sále nějak. ... Ale většinou si myslím, že pak po tý operaci si to tak nějak uhladí. My jako sestry instrumentářky tak trošku to víc chápeme a že i tak trošku jsme víc splachovací.“ (PS8)

„No zvýší hlas, někdo nadává. Spíš jenom říká, že jsou prostě neschopný. Někdy je to na sestry, někdy je to na mě. Když to nejde, tak to je takový náročnější, jinak se to asi dá. (pozdvížení rameny) Ale většinou se potom omluví, jak se vlastně chovali...Člověk je nervózní. Teď má tu operaci. On prostě aniž by chtěl, tak vyjede. Protože, jak jsou vlastně nervózní, tak jsou ty emoce vysoký a jsou tam různý zádrhele. Mně přijde, že někdy si to ani neuvědomí, že vyjeli.“ (S1)

„Při tý operaci kolikrát. Můžou tam být nějaký nervy. Tak to třeba takovej (jméno)... (smích) Ale tak to se bere jinak. Ten pacient to nevnímá. Je uspanej nebo přispanej, když má píchli záda. To bych řekla, že je jako v rámci té operace. Samozřejmě se to taky vyskytuje. Ta kultivovanost chybí někdy. (smích)“ (PS8)

„Ale samozřejmě jsou situace, kdy někomu ujedou nervy a může se zachovat trošku vulgárně jak lékař, tak třeba i ten sanitář. Já bych řekla, že my jako ženské se tak držíme. Když někdo



*na někoho v uvozovkách houkne, třeba i doktor, tak pak ta sestra je taky trošku arogantní a odpoví mu nějak. Ale to je taková ta klasická obrana.“ (PS8)*

*„Taky na sebe křiknou že jo. (‘) (smích). Naštěstí tady těch jedinců moc není. Jeden tady byl a je furt. (smích) Řvoucí, házecí no (-). Už starej. Už se trošičku uklidnil, ale hází pořád. Nadávky. Do vzduchu jo. Nebo takový ty nadávky jako „Co mi to dáváš, huso.“ To je spíš takovej příval emocií. Ani si to člověk nebere osobně.“ (PS9)*

*„Já ani za těch pět let, co jsem tu byla, na mě osobně nikdo nikdy nekřičel, nikdo mi nenadával. ...Jako já (‘) jsem to nezažila, ale je to tady, občas se to děje. Tak zas na druhou stranu, když je ta situace stresová, tak je pochop(,) nebo je strašně těžké zachovat klid a málo lékařů dokáže zachovat klidnou komunikaci i v té stresový situaci. ... Nadávky, taky tady zaznělo... Myslím, že většinou my (sestry) jsme ty přímý pod nima (lékařema) a spíš my dál řídíme sanitáře. Takže jako, když se něco takového děje, tak to dopadá na nás, než na ně.“ (PS10)*

*„... nebylo to řečeno zdvořile. Bylo to hruběji řečeno. Já osobně jsem neměla problém s nikým. Ale děje se to tady. Možná, že to souvisí i s náladou. Musí to být všechno jako nalajnovaný. Když to není přesně do puntíků. Někdo je zvyklý na něco na hned a není to na hned. Má svoje představy, jak by to mělo být a není to tak. Tak přece jsme jenom lidi... to je člověk od člověka. Lékař od lékaře. Pak se jedná i ve stresu ... tak jako je ten hlas zvýšen.“ (S4)*

*„U chirurgického oboru se musí respektovat nějaké výlevy. To musí (‘). To jinak nejde. Třeba v interních oborech, kde to není tak akční tak to může být jiný. Ale tady se to musí respektovat, že prostě si člověk musí zanadávat, aby to vyventiloval. Samozřejmě když se něco kazí při té operaci, nebo jsou nějaké komplikace, tak zase jsme lidi, to se tady může stát. Tak určitě to nesmí překročit nějakou míru, ale nějak bazálně určitě s tím musí počítat. Jo, ale ne nad nějakou míru normální komunikace. ... Samozřejmě to jsou takový ty klasický chirurgický tendence, kdy se něco (-) sere, takže za to může asistence, nebo instrumentárka. To člověk asi jako nemůže brát vážně, jinak by se z toho zbláznil. Není to nic dramatického, o by se tu dělo nad nějakou míru jako normální. Spíš to jako všichni berou. Ještě jsem neviděl situaci, kdy by to někdo vyloženě přehnal.“ (L1)*

### 3.5.3 Řešení konfliktů

Je-li řešen konflikt v době operačního výkonu, tak podle PS7 je nutné si uvědomit, že na tom sále jde především o dobro pacienta. PS1 a PS5 jsou si vědomy, že konflikty vznikají na základě rozdílné povahy, osobnostní stránky.

*„Každý má jinou povahu...Budťo přímou cestou nebo obklikou se dojde k tomu, co je gró toho jakéhokoliv problému. Musíš jít v tu chvíli proti proudu. Ne, že je všechno špatně, ale říkat si: „Já nebudu dělat to stejné. Já jim potřebuji ukázat, že na to mám. Potřebuji někomu pomoci.““ (PS1)*

*„Musíš si uvědomit, že jo, je to vypjatá situace. ... Je tam ten člověk a my to musíme dodělat. Ten člověk za to nemůže.“ (PS7)*

Mnohdy je potřeba nebrat si některá slova moc **osobně**. Na tom se shodují respondenti PS2, PS7, PS9, PS10. Skupina respondentek PS3, PS5, PS6, PS7 se brání nevhodnému jednání. Dokážou se něčím **ohradit**, čímž podle sanitáře S1 mírní průběh konfliktu. PS3 si uvědomuje, že ta obrana není někdy na místě v případě emočního vypětí. I podle PS5 a PS7 se konflikt dá účinně řešit, pokud pracovníci zachovají chladnou hlavu.

*„Myslím si, že taky spoustu věcí dokážu přejít. Kdybych se cítila, že je to třeba neprávem, tak bych to řešila osobně.“ (PS2)*

*„Já se dokážu bránit. Upřímně ono to nemá moc význam. Pak vás popadnou emoce a trošku někdy člověk zvýší hlas. Asi to nikam nevede, ale je potřeba zachovat tu chladnou hlavu a nějak vyřešit v klidu, míru a pohodě. Někdy to nějak nejde. Ve své podstatě je všechno nějak v normě. ...Staniční sestra se někdy do něčeho vloží, když už je to na pedálech a vidí, že bychom se poštětali. Tak se do toho vloží.“ (PS3)*

*„Ale su nějaké situácie, alebo všici máme tu povahu alebo svoju stranku, že se vytočí niekdo. Z dievčat si myslím, že niekdo, skor ti chlapci naši sanitári někedy. Tak ako já to ignorujem. Keď je toho viac, tak se ozvem: „Tak dost, takto se spravat nebudeme. Pokračujeme dalej.““ (PS5)*

*„Ale že by mě někdo urazil, že bych tady brečela, psala nějakou stížnost, to teda ne. Toho já si dokážu usměrnit. Je jedno, jestli starší nebo mladší. ... Nestává se to úplně, tak často, že by tady někdo urazil někoho, tak že by si šel stěžovat. Tak možná jednou za dvacet let se něco takového stalo.“ (PS6)*

„... Takže zůstat klidná i přes to, že dostaneš vynadáno.“ (PS7)

„...řekly lékaři, že takhle se prostě chovat nemá. ... dokonce i okřiknou ty lékaře, když se po někom vozí, aby si uvědomili, co dělají. Samozřejmě jsem nezažil, že by nadávaly. Když se prostě po nich verbálně ohnal, tak ony mu to vrátily nějakým způsobem. Já to chápu, na druhou stranu, tam po tom tím zastaví ten útok verbální než, aby to nechaly pokračovat. Ale u sester jsem to nazažil ani u sanitářů.“ (S1)

„My už nemlčíme. My se ozveme. (smích) Ale to je otázka zkušeností. Zezačátku jsem sotva... Ale zkušenostma, čím víc umí, čím víc si věří už se jako nenechá ... jenom se ohradíme něčím.“ (PS7)

„Já se to snažím nebrat osobně, protože to by tady člověk nemohl pracovat..“ (PS10)

PS8, se shoduje s PS6, PS7, S1, PS10 na tom, že se konflikt **vyřeší** v průběhu operace, nebo za dveřmi, až výkon skončí. PS10 a S1 berou jako „omluvu“ **poděkování** za spolupráci.

„...Po výkonu se omluví...“ (PS6)

„Vyřešíme to za dveřma.“ (PS7)

„Naše žabomyší války, malinkatý sváry, které jsou na stole všude a každý den, to nějak řešení nemá.“ (PS3)

„Ale většinou se potom omluví, jak se vlastně chovali...řekne nakonec, že to byla dobrá práce. Není to úplně tak, že by se přímo omluvili, ale většinou je to tak, že Vám poděkují za tu práci. Ale přímo omluvu, tu jsem tady ještě nezažil. ...Ikdýž to není omluva, tak aspoň se snaží nějak ten kolektiv udržet pohromadě.“ (S1)

„Ale, že by docházelo k nějakým větším konfliktům, to bych neřekla. Vždycky se to nějak vyvine v pohodě pak už nebo si to nějak vyřikají při té operaci...když je něco nevhodného...Já se snažím všechno vyřešit na místě. Většinou si to vyřešíme mezi sebou. Určitě si tady nebudu stěžovat. Mně tohle přijde úplně hloupý. To by opravdu musel být velký průser, který by se musel řešit mimořádnou událostí.“ (PS8)

„Pak jsou nafouklý ještě další dny a časem asi určitě se to vstřebá.“ (PS9)

„Většina těch lékařů při té operaci řeknou různé věci a třeba po operaci řeknou: „Děkuji. Bylo to v pohodě. Nebo. Zvládli jsme to.“ (PS10)

PS10, PS11 a S4 řeší rozpory domluvou, aby byly spokojené obě strany.

*„Snažím se to vykomunikovat, tak aby byly spokojené obě strany.“ (PS10)*

*„Domluvou.“ (PS11)*

*„Když dojde k nějakým hádkám, ... Je to tady všechno na domluvě.“ (S4)*

### **3.5.4 Potřeba komunikace**

PS1 zdůrazňuje potřebu komunikace. Ať už jde o špatný den v práci, nezdařený výkon, osobní problémy, člověk by měl mluvit o svých problémech. Pracovníkovi může být pouhá komunikace přínosem úlevy, vysvětluje PS1. Forma komunikace už záleží na povaze člověka. Lidé komunikují odlišně, podle své povahy. Někdo je otevřený diskuzím a hledání řešení v případě vyvstalých problémů. Jsou v kolektivu i lidé, kteří se bojí o věcech mluvit. Našel se i respondent S1, který uznává, že je komunikace jednou z jeho slabších stránek. V rozhovoru se PS3 zmiňuje o potřebě mluvit o něčem, co „vyhání“. Podle PS3 je výhodou mít v kolektivu člověka, který téma otevírá. Někoho, kdo problém začíná řešit. Kolektiv potřebuje člověka, který se nebojí říct svůj názor a čelit případným poznámkám ostatních. Bez komunikace nelze najít řešení. PS4 vidí přínos i v komunikaci staniční sestry, ačkoliv komunikuje nevhodným způsobem, pod napětím. O důležitosti komunikace hovoří i PS8. Za podstatné respondentky považují, aby se o daném problému nebo požadovaných věcech především mluvilo. S4 zdůvodňuje důležitost komunikace i pro soužití v pracovním prostředí.

*„Ono jde o jednu věc. Každý se potřebuje vyprávět. Každý má jinou povahu. Některý to nevypráví jako třeba my. Někdo to nechává v sobě a potom si to nese s sebou domů a je to špatně, že jo.“ (PS1)*

*„Ono i v tom kolektivu je občas potřeba říct něco, co jako už tady dlouho vyhání. To je potřeba nějak vyřešit. Slušnou formou, dobře volenými slovy, dobře mířeným slovem na určitou osobu je to potřeba říct. Vždycky je potřeba, aby byl v kolektivu někdo, kdo umí trochu píchnout do toho vosího hnízda a trochu to umí rozvářit.“ (PS3)*

*„Někdy taky třeba pod napětím, ale nenechá si to pro sebe (staniční sestra) a řekne nám to, co jsme udělaly třeba za chybu, nebo jak bychom to měly udělat. ... mělo by se to říct a mělo by se to vědět.“ (PS4)*

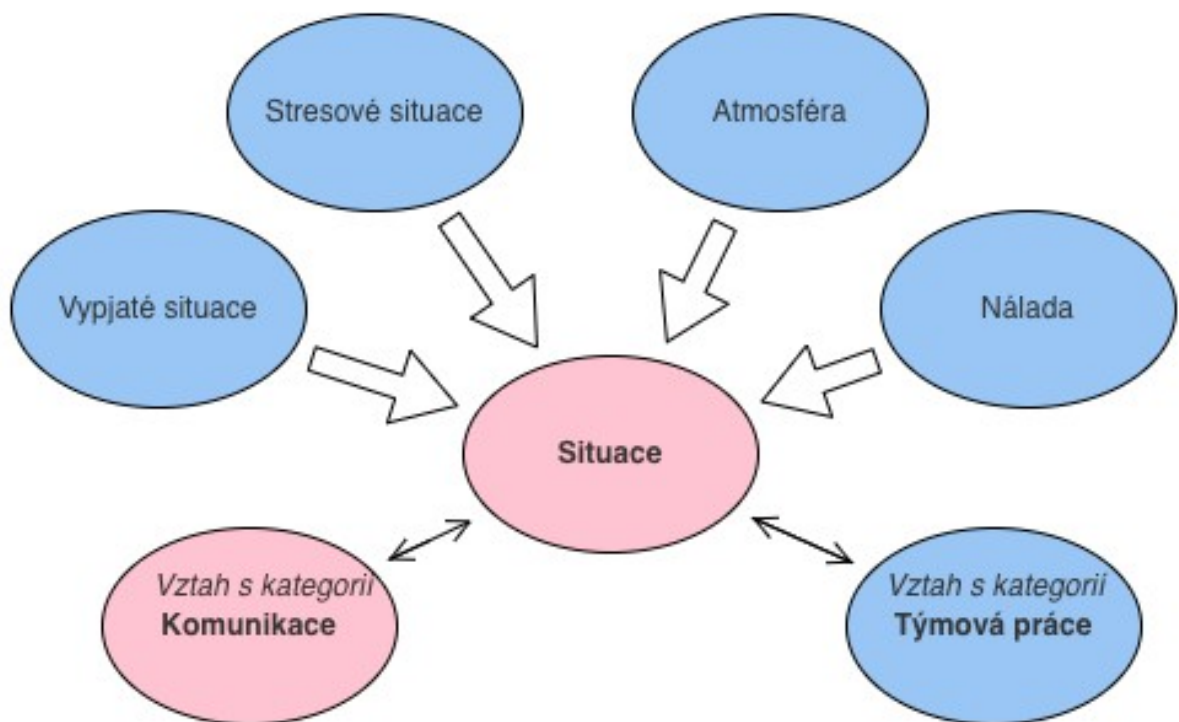
„Měli by si říct a tak jako to komunikovat: „Hele, ty jsi mi to nedoplnil.“ Nebo. „Ty jsi neudělal tohle, tohle.“ A předávat si to trošku. ... Když je to nějaký specifický výkon, tak jo. 90% doktorů přijde a řekne před operací to, to ... Nebo i mně na hlášení jako staniční nahlásí nebo objednájí. To samozřejmě funguje. Protože jde o ně. On to potřebuje. Samozřejmě si musí říct, když chce něco speciálního, co není standardem.“ (PS8)

„Tak to je jedna z těch mých slabších stránek. Já příliš nekomunikuji. Já mám v sobě už vnitřní strach z komunikace jako takové. Vždycky mám pocit, že něco špatného řeknu. Já komunikuji spíše méně, než by bylo vhodné, si myslím.“ (S1)

„jsme malej kolektiv, takže musíte si tady i všechno vyříkat. Může dojít i k nějakému nedorozumění. Ale máme to tak zažitý, abychom tu mohli mít to soužití. To je potřeba.“ (S4)

### 3.6 Situace

Kategorie Situace je silně spjata s kategorií Komunikace a stejně tak zejména kód Týmová práce z kategorie Pracovní kolektiv.



Obrázek 8 Kategorie Situace (zdroj autor)

### 3.6.1 Stresové situace

Na operačním sále jsou stresové situace nevyhnutelné. Lékaři přebírají **zodpovědnost** za lidský život. Proto respondenti mají pochopení pro jednání lékařů v náročných a stresových situacích, které se vždy nemusí jevit jako etické, jak tvrdí S1. O pochopení mluví i S4. Podle respondentky PS5 se v některých situacích etické zásady dodržovat nedají. Pokud jde vše podle plánu a v poklidu, tak se podle respondentky pracovníci chovají, tak jak by měli.

*„Tady je stresově úplně na maximum.“ (PS1)*

*„Ja si myslím, že každý sa snaží. V niektorých situáciách sa tie etické zásady nedodržiavať nedajú. Ale pokiaľ je všetko v klude a všetko ide tak ako má, tak sa správajú tak ako sa správať má.“ (PS5)*

*„Je pravda, že prostě někdy ti doktoři jsou prostě nervózní, takže po tom třeba se může zdát, že je to takové neetické.“ (S1)*

*„Vytvoří se stres a pak ta práce (.), přenesse se to na toho člověka. Je ta práce taková stresová. Neklape to. ... mám pochopení. ... Musí se to ustát. Protože je to operace a musí se to dokončit.“ (S4)*

Nejen, že se do stresové situace dostává chirurgický tým. Ve stresu je i **pacient**, u kterého je stres vyvolaný vzhledem k narušení zdraví, přítomností v neznámém prostředí nebo obavami z chirurgického výkonu.

*„... je vystreslej. Ty lidi jsou poprvé na sále, tak vůbec nevědí, co je čeká.“ (PS7)*

*„Už tak je vynervovanej, že jde na tu operaci.“ (S2)*

*„Sem ti pacienti přijedou pod totálním tlakem. V totálním diskomfortu...“ (PS3)*

*„Je to strašně těžký. Ten pacient je tady ve strašně zranitelný pozici. Udělá cokoliv, co se mu řekne. Prostě leží nahatej na lůžku, čeká na operaci. Bojí se. Je ve stresu.“ (PS10)*

### 3.6.2 Vypjaté situace

Kdykoliv se může operační tým dostat do situace, kdy se zkrátka věci neubírají tím správným směrem. V tento moment je důležité, aby pracovníci navzájem spolupracovali a situace, co nejpoklidněji zvládali. Často tyto situace dostávají člověka do těžce zvladatelných situací. PS1 a PS8 upozorňují, že člověk si musí v hlavě uspořádat, co je jeho cílem. Důležité je řešit prvotní problém. Následně si člověk musí uvědomit, jak nevhodněji bude v této situaci

postupovat. Zdrojem vypjatých situací jsou dle PS8, S1 a PS10 **časové prodlevy, nepřipravenost zdravotnických prostředků nebo nejde-li operace podle plánu.**

*„Souhra špatných věcí. Pacienta přivezou pozdě. Anesteziolog přijde pozdě. Pacient je neoholený, nemá podepsané něco. Prostě souhra těch špatných věcí. Člověk si řekne: „Má to cenu?“ To nemá cenu, aby si šel pořád proti proudu. Ale pokud je odolný. Na tom sále by měl být psychicky odolný, tak si řekne: „Přeci tě tohle nesrazí do kolen. Musíš jít v tu chvíli proti proudu. Ne, že je všechno špatně“, ale říkat si: „Já nebudu dělat to stejné. Já jim potřebuji ukázat, že na to mám.“ Potřebuji někomu pomoci.“ (PS1)*

PS4, PS6, PS8 a S4 mluví o tom, že ve vypjatých situacích se často setkávají pracovníci OS s **nehodným jednáním** personálu viz. kapitola Komunikace 3.5.

*„Napěťová situace. Vybouchne to a je to. ... to je vždycky mezi námi.“ „Spíš do toho ti lidé tahají osobní věci. Pak si to tady takhle vyřikají.“ (PS4)*

*„Třeba začne krvácení. ... Taký se může stát, že tam nemusí mít připravený něco. Většinou tam všechny ty základní věci máme. Ale on (operatér) chce třeba něco navíc, tak se to musí přinést. Ted' to nemůže nikdo najít. Takový ty trošku prodlevy. A ted' je taková ta situace, ty nervy tam pracujou. Může dojít k tomu, že někdo křikne. Je nepříjemný. Je tam taková ta napjatá atmosféra. Ale říkám, to tak je. S tím se počítá. Každý se snaží rychle dělat to, co má, aby se teda řešila ta prvotní situace.“ (PS8)*

*„Bejvala tady tak trochu jiná doba. Taková tak trochu uvolněnější. Ze své pozice nás někdy někdo urazil... Bylo to v těch chvílích toho vypjetí.“ (PS6)*

*„Já dělám hlavně tu přípravnou práci, tak ono to vlastně nějakou chvíli trvá. A pak je problém třeba s tím, aby se neshodil z programu další pacient, tak se to musí udělat do jistého času. Takže když se nedaří uspat, nebo nedaří se ať už anestezii nebo celkově je dlouhá doba, než se připraví pacient, tak prostě začnou být ti lékaři nervózní. No a to pak vede k těmhle různým řekněme vypjatým situacím. ... Tyhle problémy z mého pohledu nastávají z důvodu, že ti lékaři jsou nervózní a prostě vyjedou. Snaží se tím způsobem tu nervozitu uklidnit. Tak to vyústí v tyhle různé vypjaté situace.“ (S1)*

*„Člověk jako mlčí, než aby něco říkal. ... Je tady možná takovej tlak. Strašně se to tady točí. Hodně se operuje no.“ (S3)*

*„Chápu, že ta situace je vypjatá, že se to nedaří podle plánu, že to není myšleno osobně, ale mělo by to být na nějaké slušné úrovni.“ (PS10)*

*„Vypjatá situace... člověk slyší, jak se zvýší hlas. Tak mi to je třeba nepříjemný, jak se chová někdo třeba k někomu jinému. Jsem součástí toho všeho tady, i když jsem jenom sanitářka tady.“ (S4)*

### **3.6.3 Atmosféra**

Podle PS7 i S2 se etické jednání personálu odráží na atmosféře, kterou si personál sám vytváří. S2 popisuje, že se atmosféra odráží na postupu operace. Nevhodné se zdá respondentovi S2, aby se na OS pouštěla hlasitá hudba. PS6 se setkává na OS někdy s dusnou atmosférou. Pro PS3 je pracovní prostředí vyčerpávající vzhledem k neustálému chaosu.

*„Stereotypní každodenní chaos je strašně vyčerpávající.“ (PS3)*

*„Je fakt, že na tom sále je někdy tak dusná atmosféra.“ (PS6)*

*„Jaký jsou tam lidi, takovou to dělá atmosféru na tom sále.“ (PS7)*

*„Spíš je tam taková atmosféra. Záleží na té situaci jako, co se tam děje. Na té operaci. Záleží na situaci a na tom kolektivu. Někdo tam pouští hudbu nahlas, tak že člověk neslyší ani vlastní myšlenky.“ (S2)*

### **3.6.4 Nálada na operačním sále**

Nálada člověka může také ovlivnit vývoj situace a jeho jednání. Respondentka PS1 hovoří o tom, jak ji dokážou kolegové srazit do kolen svým jednáním, které vyplývá z jejich aktuální nálady. PS6 si uvědomuje, že za každé situace i se špatnou náladou musí člověk umět pracovat na sto procent. I S4 tvrdí, že se práce dá zvládnout nezávisle na náladě.

*„Třeba se ocitne u toho operačního stolu. Ocitne se s tak dokonalou skupinou, která ho vytrhne z toho marasmu, se kterým přišel do práce. Všechno je správně, tak on je taky v pohodě. Nebo naopak. Nebo přijde člověk do práce v pohodě a dokáže ho tady někdo srazit do kolen.“ (PS1)*

*„...přijde člověk nešťastný, smutný, nafouklý a to se samozřejmě stává. Ale už, když jsme tady. Jsi tady a musíš si to odpracovat, i s kým bys tu třeba nemusela být. Tak s ním tady funguješ úplně stoprocentně.“ (PS6)*

*„Taky má někdy, někdo nějakou náladu. Ale zvládneme to. (S4)*



Špatná nálada člena operačního týmu dokáže napáchat různé nepříjemnosti. Sestra chce být připravená a vědět, co může očekávat. Pro ni je důležité např., aby věděla, co bude lékař chtít podat při operaci. Bohužel se někdy dostane i do nepředvídatelné situace, která záleží na lékaři a jeho náladě. O tom vypráví ze své zkušenosti PS3, PS6 i L2.

*„Doktoři jsou někdy nekomunikativní nebo nemají dobrou náladu, když to řeknu slušně. A vy se ho třeba zeptáte a on řekne: „jako vždycky.“ A on to chce pokaždé jinak, že jo, podle nálady.“ (PS3)*

*„Samozřejmě záleží na tom, s kým na tom operačním sále jsi, jaká je tam nálada. Každý to má jinak. Určitě jsi tady potkala některé lékaře. Není to úplně o tom být pořád veselý.“ (PS6)*

*„To je individuální. Tak někdo to má tak, někdo tak. Závisí ode dne, od nastavení.“ (L2)*

### **3.7 Pracovní kolektiv**

Pracovní kolektiv je poměrně obsáhlou kategorií, která disponuje kódy: Interpersonální vztahy, Osobní kvality, Udržování dobrých vztahů, dlouhodobý kolektiv, Příkladem svým podřízeným, Opora vedení, Týmová práce, Společný cíl, Kolegialita, Důvěra. S touto kategorií utváří významný vztah kategorie Komunikace a další kategorie, které souvisí s jednotlivými kódy.



**Obrázek 9 Kategorie Pracovní kolektiv (zdroj autor)**

### 3.7.1 Interpersonální vztahy

Pro PS1 jsou dobré mezilidské vztahy zásadní pro to, aby byl člověk v práci spokojený. Někdy si sama říká, že jsou mezilidské vztahy na jejím pracovišti „za hranou.“ Setkává se s nevhodným verbálním vyjadřováním. Respondentky PS6 a PS8 se shodují, že se nejedná na jejich pracovišti o kolektiv, kde by se řešilo, kdo s kým nechce sloužit. Každý musí umět vycházet s každým. PS8 a PS9 se shodují, že v případě potřeby ty interpersonální vztahy fungují. PS8 a PS11 vnímají vztahy na pracovišti jako kamarádké. PS9 se setkává v ženském kolektivu sester s pomluvami. Vztahy mezi sanitáři se podle PS8 za poslední dobu zlepšily. Jsou k sobě ohleduplnější. Úskalí vidí PS8 spíše mezi lékaři, kde vznikají třenice. Dlouhodobý kolektiv na respondentku PS3 působí spíše negativním způsobem. PS3 pociťuje na pracovišti vyhoření ze stran svých dlouhodobých spolupracovníků. Sanitář S2 popisuje problematické vztahy s pracovníky, kteří berou některé osoby jako podřadné na základě nižšího vzdělání. Podle S2 by bylo možné ze strany výše postavených pracovníků na vztazích zapracovat a více si cenit svých kolegů. L1 si uvědomuje důležitost pomocného personálu a

sester. Je názoru, že není možné, aby na pracovišti někdo někoho šikanoval. L1 ví, že bez pomocného personálu by se nedalo na operačním sále fungovat.

*„Někdy jsou ty mezilidský vztahy za hranou. Někdy si říkám po tolika letech, co tady pracuji. Říkám si: „Doprčíc prostě máš to zapotřebí? Proč si to furt necháváš líbit od někoho, že si na vás otevře opravdu hubu.““ (PS1)*

*„... je to čím dál tím horší. Doba je jiná, city jsou pořád stejný, ale prostě to tak je. A rozhodně syndromy vyhoření, o kterých naše staniční sestra, říká, že neexistují, tak tam prostě existují. V kolektivu, kde člověk stráví déle, než neumím odhadnout kolik, ale 40 let je moc. ... žiju ve stejném kolektivu mnoho let. Sem tam se tady změní, že přijde nebo odejde nějaká mladá tvář. Jsme tady strašně dlouho. Ten stereotyp je velký. Ponorková nemoc.“ (PS3)*

*„Není to kolektiv, že bychom řešili, že někdo s někým nechce jít na sál nebo, že někdo s někým nechce sloužit.“ (PS6)*

*„I když se třeba nemusejí v osobním, což je jako normální. Je tady dvacet tři ženských. Ale když je potřeba, tak na tom sále to funguje. Sestřičky mezi sebou bych řekla, že to je lepší. Ale někdy mezi těma lékařema můžou být třenice mezi některými. Někdy to asi nefunguje, tak jak by mělo. Se sanitářema taky někdy trošku bývá problém. Ale teď bych řekla, že poslední dobou to funguje docela dobře. Že jsou k sobě ohleduplní. Jsou tady spíš takové kamarádské vztahy.“ (PS8)*

*„Ne já osobně, ale nevychází každý s každým úplně na 100%, takže šlo by to, že by se to nějak zlepšilo. Jsou takoví, kteří nás ocení. Ale jsou nějací i co to neberou a někteří Vás berou jako člověka, když bych to tak řekl..., že se třeba nepřevyšují, že mají nějaké vzdělání... neberou nás jako nějaký podřadný lidi. S nima se dá i bavit.“ (S2)*

*„Je to ženský kolektiv. Třeba jsou tam nějaké pomluvy. Ale když někdo něco potřebuje, tak si vyjdeme vstříc a pomůžeme si. ... Jsou tu sestry s doktorama, který se nemají rády. Jako člověk nemůže vyjít s každým.“ (PS9)*

*„Kamarádíme spolu. Jsme na sebe hodní. Chodíme spolu občas i někam ven. A tak.“ (PS11)*

*„Tady u nás na operáku to klapě perfektně. Všichni za všechny. ... Povídáme si, jsme na sebe hodný, snažíme se vycházet vstříc navzájem, žádné škodění. To škodění je vždycky špatně.“ (S4)*

*„Samozřejmě my víme, že bez těch sester a toho personálu ostatního nelékařského si nikdo neškrtně. Takže nikdo se tady nemůže nějak šikanovat. Hlavně to nikdo nedělá.“ (L1)*

### **3.7.2 Osobní kvality**

PS1, PS3, PS4, S2, PS9 a S4 se shodují na názoru, že vnímání a vůbec dodržování etických zásad je ovlivněno především povahou člověka.

*„Tady záleží na povaze. ... Pokud je to normální člověk, hrajou v tom zkušenosti, rodina, co si s sebou člověk přinese a labilita nervová. Je to o lidech.“ (PS1)*

*„Všechno je jenom o lidech. ... Já nejsem úplně kolektivní typ. Nejsem do kolektivu úplně vhodná, ale snažím se vycházet.“ (PS3)*

*„Taky i každá jsme jiné povahy, jinak pracovité a tak. Ale nejsem takový typ, který by to tady dirigoval, nebo poučoval ostatní.“ (PS4)*

*„Je tu někdo, kdo by mohl zlepšit svoje chování. Rozhodně. Jsou tady takoví... Ale to je víceméně tím člověkem. Nikdo si nemůže vybírat své kolegy. Říkám si: „No tak člověk je takový.“ Může mu to říkat znova a znova. Jde o to, že v tu chvíli mu to nedojde.“ (S2)*

*„Je to taková povaha asi.“ (PS9)*

*„Asi to je člověk od člověk. Lékař od lékaře.“ (S4)*

### **3.7.3 Udržování dobrých vztahů**

Zeptala jsem se respondentů, jak přispívají konkrétně oni sami k tomu, aby se na pracovišti udržovaly dobré vztahy. PS1, PS2, PS3, PS5, PS6, PS7, PS8 se účastní společných akcí, většinou ve spojitosti s oslavou narozenin. Konají se oslavy nebo se přinese pohoštění na oddělení. PS6 a PS8 jsou názoru, že se takto vztahy na pracovišti utužují. PS1 vidí ve společném setkání příležitost k odpouštění. PS2 nachází příležitost lépe poznat své kolegy. Účast na společných akcí má podle PS3 pouze krátkodobé účinky na pěstování interpersonálních vztahů. PS3 přirovnává vztahy na pracovišti vztahům partnerským či kamarádkým. Vždy je potřeba na nich pracovat, bez toho vztahy nebudou fungovat. PS7, PS8, S3, PS9 se celkově snaží vycházet s ostatními. Jsou si navzájem oporou a nápomocní. S1 a S2 se baví se svými kolegy. S2 a S3 se snaží dělat svojí práci správně. Podle PS6 díky vzájemné spolupráci, pracovníci tvoří dlouhodobý kolektiv. V dlouhodobém kolektivu si

pracovníci vytváří pevnější vazby ve vztazích. PS8 popisuje, že jsou utvářeny mezi sestrami v dlouhodobém kolektivu rodinné vztahy.

*„Třeba se scházíme před prázdninami, na Vánoce. Tam člověk dokáže odpustit pár věcí.“ (PS1)*

*„Z pravidla to máme spojené s nějakými narozeninami nebo akcí. Sem tam se říkají i nějaké věci stran té práce. ... Čtrnáct dní po vánočním večírku to je úplně cajk. Je to krátkodobý. Po Novém roce se to znova všechno zhroutlí. Je to jako v partnerství, kamarádství. Je to vždycky stejný. Jakmile máte stejný zážitky, společný slovo, společnou hlavu, máte si o čem povídat, tak je to prostě v pohodě. Tady je to samý. Pohoda. Je to strašně krátkodobá záležitost. Jak ten kvásek nekrmíte, neživíte, tak prostě nekyne.“ (PS3)*

*„...když máme jedna narozeniny, svátky, tak si tady přinesem ráno pohoštění mezi sebou. Tak se mezi sebou asi takhle utužujem... My si vycházíme vstříc. Proto jsme i dlouhodobý kolektiv tady.“ (PS6)*

*„Já si vždycky říkám, když už tady mám být sto let v práci, tak si to budu dělat hezký. Holky si jako dělají akce. Na ty akce já nechodím. Spíš si děláme, že když někdo má narozeniny, tak něco přinese. Na Vánoce si dáváme dárky. Když něco někdo potřebuje, nebo když má někdo něco po dětech, tak si mezi sebou takhle komunikujem. Když někdo něco potřebuje vyměnit, tak opravdu není problém. Nebo něco poradit, doporučit.“ (PS7)*

*„Takže jako snažím se, aby se jim tady líbilo. ... Určitě holky, který tady dělají třicet let. Je vidět, že se znají. Znají svoje děti, rodiny. Už jsou taková trošku rodina. ... Občas byly padesátiny, tak někdo dělal akci nebo vánoční večírek. Určitě se ty vztahy utužujou. Ty holky, co spolu slouží se hodně baví o soukromí a pomáhají si.“ (PS8)*

*„Tady si nějak pomáháme. V rámci možností udržujeme ten kolektiv, když je nějaký čas, že se prostě pobavíme, co je nového.“ (S1)*

*„... když si každý dělá svou práci jako normálně. Tak vlastně nebudou žádné rozepře. Ráno, když se sejdeme tak si řekneme i co nám vadí. Ráno je tady taková půlhod'ka, kdy se sejdeme. Nebo když se střídá denní s noční.“ (S2)*

*„Snažíme si pomoci. Když je tu někdo třeba kratší dobu... Snažím se vycházet. Snažím se dělat svoji práci dobře.“ (S3)*

*„Zbytečně se nehádat. Vyjít si vstříc. Proč si to dělat ošklivý. (?)“ (PS9)*

### 3.7.4 Příkladem svým podřízeným

Pracovníci operačních sálů ve většině (PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, S1, S2, L1, L2) uvádí, že vedoucí pracovník jde příkladem svým podřízeným v **přístupu k pacientům**.

„Snažím se. Někdy to na 100% nejde.“ (PS1)

„Není to taková kontrola typu, tak jdu se podívat, jestli to máš správně. Tak občas, ani to nemusí být staniční, ale když jde okolo někdo a vidí to, tak to většinou opraví. Není to nějak cílený, jako jdu si to zkontrolovat. To ne. Jako funguje to nějak takhle.“ (PS2)

„Asi jo. Tady to všechno .... od té staniční. Samozřejmě, ona musí občas zvýšit hlas, to jinak ani nejde. Všechno v jakýsi normě.“ (PS3)

„Ano. Snaží se ji také respektovat. Ale jak naše staniční je hodně hodná samozřejmě, taková „naše máma.“ Takže tam je dost i odporování,“ (PS4)

„(Jméno) má pod prstom všetko. A tiež sa snaží, aby tam bolo všetko dodržané, čo sa týče tých etických zásad. Myslím, že to nie je také, že teraz bude na sale odkrytý pacient a ona len pujde okolo něj, to určité nie. Pozerá na to, aby to bolo v poriadku.“ (PS5)

„Pokud se tady bavíme o staniční sestře, tak ano.“ (PS6)

„Ano určitě. Je velmi příjemná. Dobře se s ní komunikuje. Kdykoliv je na sále, tak je tam velmi příjemná atmosféra.“ (S1)

„Pokud to není, že byste udělal nějakou velkou chybu, tak si Vás okřikne. Pak se to snaží vysvětlit, co jste udělal špatně, aby se to nedělo znovu.“ (S1)

„Ona se snaží, jak jí to jde. To je jiná. Zeptá se, co by... Díky ní se změnilo i to prostředí o dost. ...je až moc hodná. Až jí to není k plusu. (smích)“ (S2)

„Podle mě z té vedoucí pozice je důležité, aby tady někdo pracoval, než to, že se nechová úplně eticky k pacientkám.“ (PS10)

Vždycky když jsem s nějakým vedoucím pracovníkem, třeba s přednostou nebo primářem. Tak mají velmi kultivovaný projev vůči pacientům. Určitě nás vedou příkladem v té komunikaci k těm pacientům. (L1)

„Většinou máte nějakého vedoucího a s ním konzultujete své názory no. Když je nějaký problém. Zhustí Vás pak. Když je něco nesprávný, tak Vás vezme stranou a poučí. Takže vede Vás v tom, abyste byli dobří.“ (L2)

Staniční sestry PS1 a PS8 popisují, co vše dělají pro to, aby se pracovníci cítili na pracovišti dobře. Taky se snaží vycházet vstříc všem pracovníkům, v požadavcích týkajících se rozpisu služeb. Staniční sestra PS1 si při plánování služeb uvědomuje, že každý nemůže vycházet s každým, ale vyhovět všem lidem v jejich požadavcích také nejde.

*„Snažím se, aby se tady ostatní cítili tak trochu jako, „aby se to tady dalo přežít.“ Tak. ... Někdo kouká i jak s kým slouží. Tak se všem snažím vyjít vstříc. Ono to nejde (smutně).“*  
(PS1)

*„Snažím se dělat takovou pohodu. Když někdo má nějaký problém, tak se ho snažím vyřešit. Když vidím, že někomu není dobře, tak se ho snažím poslat domu. Psát služby, aby se tady člověk nemusel nějak trápit. Snažím se pro ty svoje sestry a i sanitáře, protože mám pod sebou třicet jedna podřízených, aby se všem tady líbilo. Snažím se jim i ten servis dělat, aby všeho bylo dost, což je také podstatné. Protože když jde do skladu a něco tam chybí, tak ta první nadávka bude na ní. Operatér bude: „Jak to, že to nemáte?“ Odnese to hlavně ona. Proto se snažím, aby všeho bylo dost a všechno k mání. Snažím se napsat včas služby, aby si holky mohly organizovat svůj vlastní život. Takže jako snažím se, aby se jim tady líbilo.“* (PS8)

Staniční sestry (PS1, PS8, PS11) kontrolují zaměstnance v přístupu k pacientům. Pokud nastane problém, jsou schopné ho řešit osobně. O přístupu staniční sestry PS1 se zmiňují respondentky PS2, PS3 a PS5 viz výše.

*„Tak mělo by to tak být. Snažím se o to... Myslím si, že už to jako tak funguje. Třeba s těma sanitářema. S nima jsem vedla takovou schůzku, kde jsme si to nějak vyříkali. Možná jsem na jednu stranu možná moc měkká. Ale když už to je opravdu za hranou, tak si myslím, že si to tady zařídím. Snažím se být, co nejspravedlivější.“* (PS8)

*„Kdyby byl pacient odkrytý. Šla bych přikrýt pacienta já a dotyčnému bych to řekla, ať na to nezapomíná.“* (PS11)

### **3.7.5 Opora vedení**

Z jiného pohledu se respondenti vyjadřovali i k **opoře** vedoucích pracovníků. Pracovníci PS3, PS7, PS9, S3, S4 nalézají oporu u svých nadřízených v případě řešení zásadních problémů týkajících se neetického jednání. PS9 a L2 popisují přístup některých vedoucích pracovníků spíše jako **naslouchací**, který nic nemění na řešené situaci. Respondenti PS10, L2 hledají oporu u **starších** spolupracovníků, kteří jsou na pracovišti více respektováni. Bohužel se

zdravotnictví nachází v takové **personální krizi**, že se některé problémy zametají pod koberec. Případ stížnosti PS3 je toho důkazem.

*„... vrchní sestra mi dala za pravdu. Já jsem ji šla obeznámit se situací, jak to tady v pátek vypadalo ... Nesetkalo se to s pochopením a asi bych to už nikdy neudělala. Názorů by se asi setkalo víc. Ale v současné době to nemá moc řešení, protože tady nejsou sanitáři a každý útok na jejich hlavu je špatně. Bohužel je to vyhrocené, protože oni jsou unavení a mají toho strašně. Ano, já to chápu. I to, že jim musíme pomoci. Spor s nimi je neřešitelný. Takže se kolem toho chodí po špičkách. Všechno zase vyplývá z toho, že je nedostatek personálu. Spousty věcí se zase jen tak improvizuje, když to řeknu slušně.“ (PS3)*

*„Primář mi řekl větu: „To mi ještě tak scházelo, aby se mi tady hádal personál.““ (PS3)*

Přístup primáře byl lhostejný. Záleží na závažnosti problému. Pokud by PS3 řešila něco vážnějšího, opora primáře by byla na místě.

*„Pokud jde o velký problém, tak je to v pohodě. Na to současnej management a zvláště primář (jméno), slyší.“ „Vrchní (jméno) i primář tam je velká opora. Jsou naslouchací.“ (PS3)*

*„Ano. Řeší věci. Taky se to zažilo, ale to výjimečně.“ (PS7)*

*„Není problém v zastání, ani co se týče vrchní sestry. Musím říct, že tady je skvělá komunikace. Mám v ní zastání. Pomáhá mi, protože té práce je tady hodně.“ (PS8)*

*„Já tam mám nad sebou jednu sestru. (-) ...už jsme jí to říkaly, že jsou ty síta těžký. Ona nemá ráda, když jí něco řekneme. Pak je taková našťvaná, tak čekám, že to jako navrhne, ale musíme jí to asi zase navrhnout. ... Už jsem jí to říkala a nic se nestalo.“ „Je to o jejím přístupu.“ „Úplně na ní člověk nesmí tlačit.“ „Až to bude z její hlavy, tak to prostě udělá.“ „Časem by se kompromis našel. Neřekne jako „Neudělám to.““ (PS9)*

*„Jako vždycky, když byl nějaký problém, tak byl s kým řešit.“ (PS9)*

*„Problémy chce řešit. Má snahu a zájem. Když za ní přijdu, tak to nenechá jen tak.“ (S3)*

*„S čímkoliv bych mohla jít za staniční. Většinou jsou staniční věkově starší, tak je jednodušší přes ně nějaký problém vykomunikovat. Jako nemám pocit, že bych na to byla sama. Fungujou tady i peeři, na které máme číslo.“ (PS10)*

*„Staniční nám třeba dává prostor, že si můžeme si říct, takže tady sedíme a koumáme, jak by to šlo.“ (S4)*



*„Vedoucí pracovníci ... Vyslechnou, ale řeknou, že se mylím. Tím to končí. Já si můžu myslet, co chci, ale nemění to nic na věci. ... V případě problémů jdu spíš za kolegyněmi, ty jsou starší a jsou výš postavený, tak za těmi bych šla. Tady se hodně respektují starší.“ (L2)*

### **3.7.6 Týmová práce**

PS1 vysvětluje, že v týmu musí všichni spolupracovat na každé pozici i včetně lékaře. PS3 mluví i o práci anesteziologické sestry, kterou považuje za součást týmu. PS6 považuje za tým kolektiv sester včetně staniční sestry. PS7, PS4, PS8, S1, S2, PS9 a PS11 jsou názoru, že by na OS měla fungovat týmová práce. PS1 a PS10 vidí problém v týmové práci u některých lékařů. Z hlediska využívání autority může nastat v ohledu týmové spolupráce problém.

*„Stmelit kolektiv je nekončící práce. Teď jak se tady slouží na směny a jsou dvanáctky, tak ty sestry musí spolu vyjít v té dvojici. To nejenom ve dvojici, je tam i sanitář do trojice. Je to tým. Ten tým tvoří i ti doktoři. Takže už se málokdo z doktorů chová nadřazeně.“ (PS1)*

*„... To byla výborná anesteziologická sestra. Na tom strašně záleží, na tom týmu.“ (PS3)*

*„Měla by to být týmová práce.“ (PS4)*

*„Dokážeme se za sebe postavit. Stačí jenom když vytiženost sálů je velká a lékaři, vedení kliniky to nechtějí vidět, tak jo. Táhneme za jeden provaz. ... Pokud se tady bavíme o staniční sestře... Nemá problém se za někoho z nás postavit. Za svým týmem si stojí. Hraje za tenhle tým. My jsme týmový kolektiv, tady nemůžeš hrát za jednotlivce. Děláme všechnu práci na tom sále. Ať jsi umytá u toho stolku, nebo obíháš, nebo jsi ve sterilce. Pořád jsme „propojené nádoby.“ Nemůžeš vypadnout z toho rytmu a dělat si svoje. To je týmovka. Berou to takhle všichni.“ (PS6)*

*„Takže tohle si já představuji o operačním týmu. Že se navzájem jako učíme Je to tým a ne hrát si na jednotlivce. Kontrolovat se navzájem.“ (PS7)*

*„Pracujeme jako v týmu. Některý sálůvky jsou tu dlouhodobě, třicet let některý. Tak to je. Na tom sále musí fungovat ten tým.“ (PS8)*

*„Určitě sestry jsou velmi dobrý tým. Jsou velmi dobře sehrané. Je pravda, že jsou tady nějaké anomálie, ale tak to je všude.“ (S1)*

*„To musí být. Bez toho by to asi nešlo.“ (S2)*

*„... zrovna třeba tady. Možná to je daný tým, že je tu strašnej nedostatek lidí, tak jako tady to funguje hezky, co se týče sester a sanitářů. Že si pomůžou, dělají práci bez ohledu na to, čím je to kompetence. Sestry dělají sanitářský práce a sanitáři pomáhají zase nám.“ (PS9)*

*„Mám pocit u mladších lékařů, že je to ... jako že nás berou jako součást týmu. Starší lékaři (?) mám pocit, že jsme někde pod nima.“ (PS10)*

*„Tady jako individuality nemají moc průboj. ... pokud nepojedou jako tým, tak se to všechno „po.““ (PS11)*

### **3.7.7 Společný cíl**

Z myšlenek respondentky PS1 vyplývá podstata její práce, kterou je právě pacient. **Pacient** je pro PS1, PS8, S1, S2, S4, L2 **na prvním místě**. A tak by to mělo být pro všechny ostatní členy operačního týmu. Aby výkon směřoval ke zdárnému konci, musí být především operační skupina plně soustředěna. PS5 zdůrazňuje, že např. vtipkování se musí nechat až na konec. PS1 zmiňuje, že musí zastupovat kompetence svých kolegů, vyžaduje-li to situace a nejsou přítomni. Jde o to, aby se stíhal operační program podle plánu a operace se nezdržovaly a byl dodržen operační program. PS10 uznává, že občas na podstatu práce pracovníci zapomínají z důvodu rutiny.

*„Potřebuji někomu pomoci. ...Když to soukolí klope, tak to směřuje k tomu zdárnému konci. Je tady pohoda. A ten cíl. A brzy se skončí. Pacient jde pryč v pohodě. Celý život jsem žila s takovým krédem, že musím pomáhat, jít příkladem, být vstřícná. Je mi úplně lhostejné, jestli vezmu koště do ruky nebo skalpel. Mně je to úplně jedno. ... Vždycky někdo musí zastoupit toho druhého. Musí to dokázat na té úrovni jaká je potřeba. Protože všechno směřuje k tomu, aby ten člověk odoperovaný v pohodě odešel odtud pryč.“ (PS1)*

*„...protože ví, že tam jde o toho pacienta, aby se ten výkon podařil, všechno fungovalo.“ (PS8)*

*„Pro mě je na prvním místě dát tomu lékaři možnost opravit, co je tam potřeba, i přes pacientův diskomfort. Nějaké polohy jsou velmi nekomfortní pro pacienty. Na druhou stranu, pokud nebude správně ta poloha udělaná, tak se lékař nedostane tam, kam potřebuje. V tu chvíli to znamená, že ten člověk bude potřebovat třeba další operaci, protože se to nepovedlo. Takže ano i ne. Člověk musí něco vydržet, aby to vedlo k tomu nejlepšímu výsledku. Takže nejlepší pro pacienta, ale ne třeba komfortní.“ (S1)*

*„No měl by být. Jako takhle na prvním místě pacient, protože kvůli tomu tady jsme.“ (S2)*

*„Pri operácie je každý sústreděný a prostě se soustredie na to, aby ta operacie dopadla, čo najlepšie. Až potom su srandy.“ (PS5)*

*„... občas se na to zapomíná, občas jak je té práce hodně a jak je v tom člověk každý den. Občas zapomínáme, že jsme tady kvůli těm pacientům a měli bychom se snažit tu práci dělat, tak, aby to pro ty pacienty bylo to nejlepší. Je to těžký v tý rutině, když v tom je člověk každý den.“ (PS10)*

*„Tady je pacient na prvním místě. Dá se říct, že to tak je i pro ostatní. Tady je opravdu pacoš na prvním místě.“ (S4)*

*„Ale pacient by měl být prvořadý. Tak vybrala jsem si tu práci, tak by to mělo být tak.“ (L2)*

### **3.7.8 Kolegialita**

Na OS si spolupracovníci podle PS1, PS7, S2 pomáhají. PS8 zmiňuje občasné naschvály sanitářů. PS8 a S1, S2 říká, že jsou vůči sobě lidé na pracovišti kolegiální až na nějaké výjimky. PS3 vidí problém u sester v pomoci sanitářům. Roli v tomto případě hrají **interpersonální vztahy**.

*„Pomáháme si. ... Nikdy se nemá oplácet druhému stejně. Nikdy. To bychom byli opravdu na stromech. Snažit se v rámci svých možností, být druhému příkladem.“(PS1)*

*„pomoc tomu sanitářovi, tak trošku uniká.“ (PS3)*

*„Sestry jsou kolegiální vůči sobě. ... Pak jsou tady někdy takový situace, že končí směna a některý holky jsou ochotný tady zůstat déle a pomůžou těm, co jsou tady na denní, když je tady třeba frmol, končí sály, je plno nástrojů nakupě, myčky. A pak jsou holky, který na to nedbají a odejdou. ...sanitáři si trošku začli dělat na schváli. Přišel jeden, neměl to támhle doplněný, tak prostě udělali to, že odešli a nechali tomu dotyčnému, který to nedoplnil taky. To jsem řekla, že by měli změnit. To jsem s nima měla rozhovor, že by si měli prostě pomáhat. Tohle není fér. Když si tohle začnou dělat, to bude nekonečnej koloběh a nezmění se to.“ (PS8)*

*„Jako my náš kolektiv sestřiček rozhodně bez problémů. My si vycházíme vstříc.“ (PS6)*

*„Pomáháme si navzájem. Jsme dobrý kolektiv. V rámci tady ženských si myslím, že dobrý. Lékaři taky. Zase se stane, že oni něco nevědí, tak spoléhají na nás. To si myslím, že by tak mělo být.“ (PS7)*

*„Je tady ta kolegiálnita, ale není to úplně to nejlepší.“ (S1)*

*„Jo... pomáháme si, s někým jo. Tak člověk to musí udělat. I kdyby to nešlo, tak člověk musí. Snažíme se, aby to vycházelo s těma kolegama.“ (S2)*

Nastane-li situace, kdy je potřeba vyměnit/vzít někomu službu, není nikdy z pohledu PS2, PS8 problém.

*„Jako ještě se nestalo, že bych potřebovala fakt volno a musela bych sem jít. To určitě ne. Myslím si, že i mezi sebou se snažíme.“ (PS2)*

*„Někdo, když má nějaký problém, nebo je někomu „ouvej“, tak se umí podpořit. Když je někdo nemocný, tak jsou holky ochotné vzít služby. Většina. Vyjdou si vstříc.“ (PS8)*

**Předávání pracovních zkušeností**, rad, ponaučení, vysvětlení, informací na OS z pohledu PS3, PS8, PS7 také funguje.

*„Tak, když se teď někdo zeptá, tak poradím. Když vím, tak poradím. Na tohle si dejte pozor. Tenhle má rád tamto. Takový ty běžný věci. Dříve jsme mívali i semináře. Vždycky měl někdo nějaký úkol, že třeba vypracoval postup operace. Myslím, že to bylo přínosné, protože jsme si k tomu řekli, Dr.... Chce na to tohle atd.“ (PS3)*

*„Oni si mezi sebou řeknou, poradí si. Když kterákoliv holka se ptá: „Nevím tohle a tohle, jak je to?“ Tak ta zkušenější nebo i jiná si poradí navzájem určitě. Nedělají si naschvály.“ (PS8)*

*„Lepší říct, nejsem si úplně jistá. Moc to neumím. Lepší říct i teďka. Je to spousta instrumentária. Jsou samí novinky. Takže pokud je jako úplně neovládám a nejsem si úplně jistá, tak jsou tu doktoři, kteří řeknou: „Já ti poradím. Já to umím.“ I tenhle přístup tady je. A myslím, že to je výhodný z obou stran.“ (PS7)*

PS3 a PS8 se setkaly i s **rivalitou** mezi pracovníky. Problém bývá v dlouhodobých kolektivech, kde sestry nechtějí mezi sebe přijímat nové mladé sestry.

*„Ona ji v tom ráda vykoupe. To je všude stejný. Třeba tady to není až tak dramatické, protože nejsou holky až tak ambiciózní. Jsme tady všichni léta. Všichni se dobře známe, ale v takových kolektivech, kde jsou ty bakalářky magistry, tak si myslím, že tam ta rivalita je dost.“ (PS3)*

*„Kolektiv... byl takový, když já jsem sem přišla uzavřený. Devadesát procent holek tady dělalo třicet let a když mezi ně přišel někdo nový a nezapadl, tak většinou odešel. Ale když už pak mezi sebe toho člověka pustí a vezmou ho, tak myslím, že ten kolektiv je dobrý.“ (PS8)*

### 3.7.9 Důvěra

Týmová práce je postavena také na důvěře. Důležitá je především spolupráce sester ve smyslu instrumentářka/obíhající sestra, o které mluví PS1. Stejně tak má i PS1 důvěru k sanitářům. PS7 mluví o tom, že důvěra je postavená i na **komunikaci**. Pokud bude dobře informována a poučena lékařem, tak se lékař bude moci na ni spolehnout.

*„Pomáháme si. Protože jeden je závislý na druhém. Když člověk stojí za stolem teď, tak tam nebude stát zítra. Bavím se smyslu obíhající sestra/instrumentářka. Tam musí být 100% důvěra. Když já ze sálu pomyslně odnesu břišní roušku, tak se nedopočítám. Pozdrží se operace. Člověk je z toho v háji. Leží doma v posteli a počítá břišní roušky. Protože tady jsou takové dlouhé operační výkony, kdy je břišních roušek sto padesát. Já se potřebuju na 100% spolehnout na tu obíhající sestru. V tom případě to očekávám i naopak.“ (PS1)*

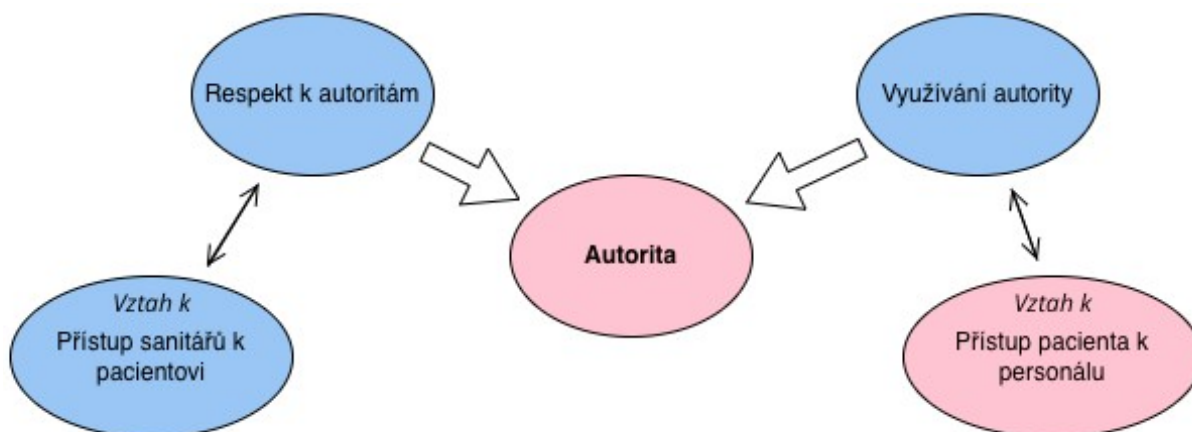
*„Můžeme strčit za ně (sanitáře) ruku do ohně.“ (PS1)*

*„...Ty musíš věřit tomu kdo je před tebou, tomu, kdo je za tebou...“ (PS6)*

*„...když něco nevíš a ten lékař to třeba ví. Tak tě upozorní a ty si to třeba budeš jako pamatovat. Pro mě je to lepší přístup takhle si komunikovat mezi sebou. Protože já si to budu pamatovat a pro doktora, je jasný, že se na mě může spolehnout.“ (PS7)*

### 3.8 Autorita

Kategorie Autorita obsahuje pouze dva kódy. Z nich Využívání autority vyjadřuje úzký vztah ke kódu Přístup sanitářů k pacientovi. Kód Respekt k autoritám souvisí s Přístup pacienta k personálu OS.



**Obrázek 10 Kategorie Autorita (zdroj autor)**

### 3.8.1 Respekt k autoritám

PS1, PS7, S4 a PS8 mluví o tom, že je důležité si uvědomit, kdo je nadřízený a koho musí pracovník respektovat. PS10 a S2 jsou si vědomi, koho musí respektovat. PS3, PS7, PS4 a PS11 říkají, že ne všichni plní příkazy nadřízených a vyjadřují jim respekt. O respektu se zmínila PS8 v souvislosti s odchodem z předešlého zaměstnání, kdy nefungovala spolupráce mezi staniční sestrou a vrchní sestrou. Na základě chování vrchní sestry musela pracoviště opustit. L1 vidí problém úplně z jiného pohledu. Mluví o disrespektu rodiček na porodním sále.

*„Vy jako střední pracovník ho musíte poslouchat a musíte ho mít jako vedoucího v té směně. Prostě je potřeba, aby to klapalo.“ (PS1)*

*„Tak o respektu asi jo... Ale nařízení, že bychom plnili na 100% si myslím, že ne.“ (PS3)*

*„...nakonec tam ten respekt je u některých. Větší část kolektivu respektuje nadřízené.“ (PS4)*

*„Na respektu záleží, jak u koho. Taky jak kdo, koho.“ (PS7)*

*„Ona (vrchní sestra) mě nerespektovala. Prostě to nefungovalo. Takže já jsem po dvou letech, když už to bylo čím dál tím horší, horší. A já jsem měla tu zodpovědnost jako staniční a ona mě to narušovala, takže jsem řekla, že ne. Takže jsem odešla.“ (PS8)*

*„Přece jenom na tom sále je ten nejvyšší operatér a ten, co řekne, tak to tak musí být. Je to takový ten systém hierarchickej.“ (PS8)*

*„..., když po mě nechtějí nějaký vyloženeš...když mi to přijde jako blbost. Tak se i naštvu, ale snažím se a udělám to. Nebudu se tady s nikým hádat. ... to vím, co si můžu dovolit k jakému lékaři.“ (S2)*

*„To je tak přirozený, že v českém prostředí, ve zdravotnictví obecně ta hierarchie je. Myslím si, že když to člověk akceptuje, že lékař je v té hierarchii nade mnou, tak o to miň problémů pak má. Je těžké podle mě s nima jít do nějakého konfliktu nebo spíše zbytečné. Já jsem ještě v tom tak vychovaná. To, co řekne lékař, to tak prostě je. Ve výsledku za to má zodpovědnost on.“ (PS10)*

*„No, dejme tomu (.) respektují mě jako nadřízeného. Kromě pár výjimek.“ (PS11)*

*„Lékaři, jelikož je to nadřazená osoba, tak člověk musí poslouchat, respektovat pokyny, i když se nám někdy nelíbí. Že je to třeba přísnější, i tak se to třeba musí respektovat. ... Reagovat na povel. Tak poslouchat se musí. Je to operační sál.“ (S4)*

*„To porodnictví je takový zkreslený. Jako tady ta autorita třeba na té porodnici, není jako v nějakých situacích chtěná. Tady je tendence, že ten lékař je v podstatě jako nevídaná osoba u toho porodu. Která jako přináší nějaké intervence nežádoucí. ...“ (L1)*

### **3.8.2 Využívání autority**

Setkala jsem se s více názory, které se shodovaly v tom, že na operačních sálech často někdo využívá své autority na základě svých titulů. Podle PS3, PS7, S2, PS11 a L2 mluvili konkrétně o lékařích. Dnes se podle PS1 už málokdo chová nadřazeně.

*„Ten tým tvoří i doktoři. Takže už se málokdo z doktorů chová nadřazeně.“ (PS1)*

*„Ti starší doktoři si umějí více dovolit a asi si i můžou více dovolit.“ (PS3)*

*„Ve většině je to v pohodě. Ale jsou tu výjimky, které využívají své autority. To se bavíme o lékařích.“ (PS7)*

*„Ale, že by se nějak povyšoval to ne. Oni jsou takoví pohodáři bych řekla.“ (PS8)*

*„Ti se musí i tak oslovit. Nebudu jmenovat. Oni to tak berou, že jsou něco. Člověk to pozná, a i tak se chová k němu. ... Ne že využívá autority, ale potrpí si na ten titul. Vyžaduje, aby to tak bylo.“ (S2)*

*„Víceméně využívají svou autoritu. Úplně to rozvádět nechci. Sestry to vnímají. Ono to tak z toho vyplyne jakoby no, že se povyšují.“ (PS11)*

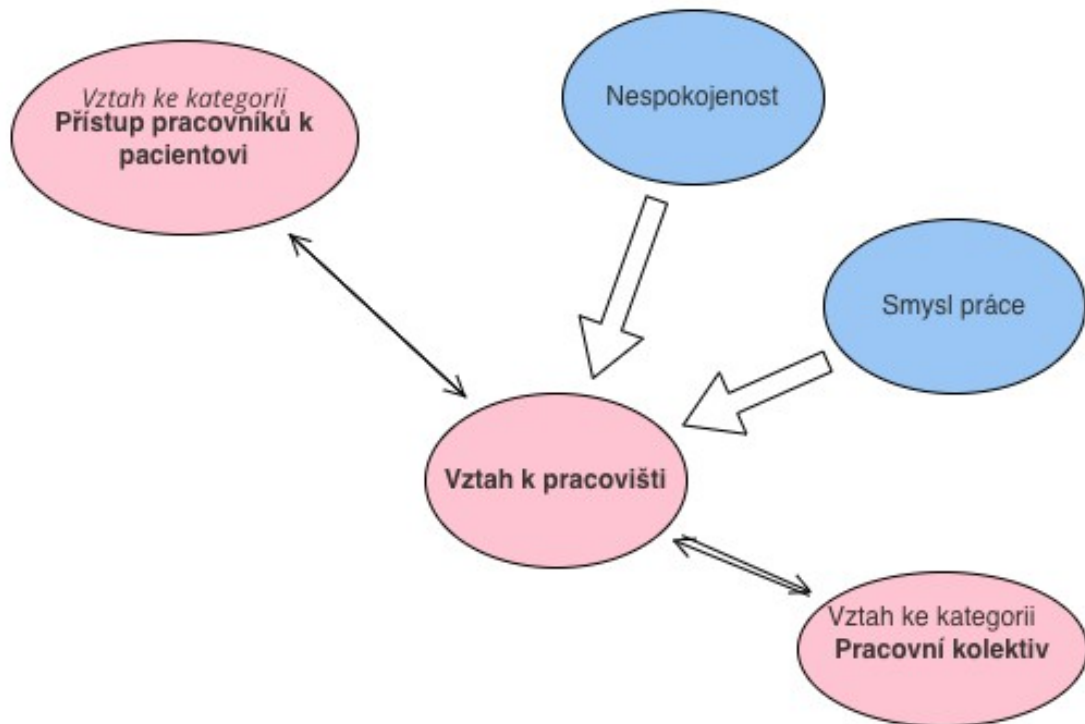
*„Jsou takové individuality tady. Čím vyšší titul, tím je to větší zvíře. Ví, má zkušenosti, i když to nemusí být pravda. Oni si myslí, že mají jediný správný názor. Je to asi všude takhle.“ (L2)*

I perioperační sestra nemusí využívat svou autoritu správně. Sebereflexi provedla a popsala PS3. Snažila se dříve vychovávat nové instrumentářky a ne všichni kolegové ji v tom podporovali.

*„Já jsem se dřív snažila být strašně akční, protože jsem z každý tý, která sem strčila nohu, udělat instrumentářku. Někdy se to podařilo. Někdy ne. Někdo za to byl rád. Někdo mi za to nadával, nebo se mu to nelíbilo. Později však uznali, že jako dobrý. Ale teď už asi ne. Mám tady inspirace v těch mladých.“ (PS3)*

### 3.9 Vztah k pracovišti

Kategorie Vztah k pracovišti utváří pouze dva kódy: Nespokojenost a Smysl práce. Souvislost kategorie Vztah k pracovišti lze najít v kategoriích Přístup pracovníků k pacientovi a Pracovní kolektiv.



Obrázek 11 Kategorie Vztah k pracovišti (zdroj autor)

#### 3.9.1 Smysl práce

PS1, S1 vidí ve své práci smysl, který nalézají v pomoci pacientům. Dříve byla pro PS3 práce prioritou. S věkem člověk ztrácí sílu, vysvětluje PS3. Podle PS1 někteří sanitáři chodí do práce pouze pro peníze a od toho se odvíjí i jejich přístup k práci.

*„Bud’to to chtějí dělat, a nebo se to naučily milovat, protože věděly, že to někam směřuje. Ti lidé chodí odoperovaní, zdraví. Snaží se jim ten život, a nebo zbytek života někdy ulehčit.“*  
(PS1)

*„Už to není pro mě prioritou. To nese samozřejmě věk, zdraví. Já na to nemám ani fyzicky, ale hlavně na to nemám ani hlavu.“* (PS3)

*„sanitáři....Ti sem někteří chodí pro peníze a někteří nám to jako sakra dávají najevo...“*(PS1)



*„Tady si člověk připadá k něčemu dobrý. My sanitáři, pracujeme hlavně s těma sestrama, takže ta práce něco znamená. Má to nějaký výsledek. Něco se tu dokáže.“(S1)*

### **3.9.2 Nespokojenost – co by se dalo vylepšit**

PS1, PS4 by vylepšily mezilidské vztahy na pracovišti. PS5 by zavedla jednorázové punčochy pro pacienty, pro lepší pocit pacientů. PS6, S1 by chtěli změnit chování lékařů. PS7 by si přála, aby se myslelo více na pacienty z hlediska organizace operačních programů, ve které vidí problém i S2. PS10 by změnila komunikaci před pacientem a zavedla by provedení bezpečnostní procedury podle WHO checklistu.

*„Některý mezilidský vztahy.“ (PS1)*

*„Když to řeknu zaobaleně, tak ty naše kolegiální vztahy jako sesterský, instrumentářky.“(PS4)*

*„No například to mi tu vadí. To že to tu nemaju ti pacienti jednorázové operačné nohavičky.“ (PS5)*

*„Tak v tuhle chvíli jsou to peníze, chování lékařů. Všechno dohromady. Někdy dusná atmosféra.“ (PS6)*

*„Že se tady jede spíš na výkon než pro ty lidi a tak no. Že se to tady tak tlačí. (povzdychnutí) Je to tady jak na běžícím páse. Co mi vadí je, že tady odpadají ty lidi. ...pořád nepřijdete na řadu a nepřijdete. Takže tohleto si umím hrozně moc představit. Pro ty lidi to musí být fyzicky, psychicky dost náročný. Člověk je psychicky připravenej, že teda jde a pak se k tomu nedostane a řekne se: „Nevím, kdy přijdete na řadu.“ Tohle mě asi nejvíce vadí.“ (PS7)*

*„Nejradši bych zlepšil to chování těch doktorů ke zbytku personálu. Ale tak to už je na každém z nich, jak se k tomu postaví.“ (S1)*

*„Je toho hodně... (zamyšlení). Tady je to hodně nacpaný. Tady jedou „přes mrtvoly.“ Ty operační programy kolikrát jsou hrozný. Člověk se na to koukne a vidí, že se to nestihne. Nikdo to neřeší, Ono to nějak bude. Jsou hrozně vysoké nároky.“ (S2)*

*„Ta komunikace před pacientem. Věci, co dělají velký hluk, trhají se před pacientem, ty by se taky mohly dělat o ty tři minuty později, kdy ten pacient spí. ... ten systém, jak se všichni představí, jakou mají funkci a že se jde operovat ten a ten... takový základ WHO check listu, to se tady vůbec nedělá. Ono to pak působí trošičku na vyšší úrovni. (‘)“ (PS10)*



## 4 DISKUZE

Záměrem této diplomové práce bylo dozvědět se o subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu operačních sálů. Lékaři, sestry a sanitáři hodnotili, jestli oni sami a jejich spolupracovníci jednají dle etických pravidel uznávaných ve společnosti a dle etického kodexu jejich příslušného povolání. V této kapitole jsou prezentovány výsledky analýzy průzkumného šetření. V průzkumné části byly stanoveny tři cíle:

1. dozvědět se o subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu,
2. analyzovat v jakých situacích nejednají pracovníci na operačním sále dle etických pravidel,
3. dovést respondenty k sebereflexi v rámci dodržování etických zásad.

K cílům byly stanoveny následující čtyři průzkumné otázky.

1. Jak personál operačních sálů hodnotí dodržování etických zásad na svém pracovišti?
2. Jak ovlivňují vypjaté a stresové situace dodržování etických zásad na operačním sále?
3. Jak přistupují pracovníci operačních sálů k důstojnosti pacienta?
4. Jakým způsobem je zachována intimita pacienta na operačním sále?
5. Kdo jde příkladem v etickém jednání?

### 4.1 Průzkumná otázka 1: Jak personál hodnotí dodržování etických zásad na svém pracovišti?

Odpovědi na první průzkumnou otázku vytváří souhrn všech zjištěných poznatků týkajících se problematiky dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu. Pod pojmem etické zásady byly zahrnuty etické principy, etické kodexy a normy chování. Jelikož respondenti vyjadřují svůj subjektivní názor na problematiku etických zásad operačních sálů, předpokládala jsem, že se budou odpovědi respondentů svým způsobem lišit. Každý popisuje realitu z vlastního pohledu a na základě vlastních zkušeností.

Vnímání etických zásad z pohledu respondentů napříč oborovými sály se od sebe tolik neliší. Většinou se pracovníci shodovali, že se personál operačního sálu snaží chovat eticky a správně. Perioperační sestry a lékaři jsou na základě zodpovědnosti za zdraví a život pacienta

vnímání společností vysoko na společenském žebříčku. (Tuček, 2013 cit. podle Wichsová, 2020) Proto by měla být na místě profesionalita zdravotnického personálu. „...*jakmile jdou na ten sál, tak tam si myslím, že tam je ta profesionalita.*“ (PS8)

Další respondenti uváděli, že se dle etických zásad jedná **do určité úrovně**, nebo **ve vybraných situacích**. Z pohledu respondentky PS5 v určitých situacích jednat eticky nelze. V případě, že jde všechno, jak má, jsou etické zásady dodržovány. Nesmí však nastávat na operačním sále nějaké komplikace. „*Ja si myslím, že každý sa snaží. V niektorých situáciách sa tie etické zásady nedodržiavať nedajú. Ale pokiaľ je všetko v kludě a všetko ide tak ako má, tak sa správajú tak ako sa správať má.*“ (PS5) Velmi podobně dodržování etických zásad vnímá respondentka PS1: „*Všetchno je správně, tak on je taky v pohodě.*“ Analýza rozhovorů odkryla **situace**, kdy jdou podle pracovníků etické zásady na OS stranou. Na dodržování etických zásad mají značný vliv **stresové a vypjaté situace**. „*Když to není v klidu, tak se to potom odráží na každém. Umí to vyvolat v ostatních neklid a stres.*“ (S4) Více o stresových a vypjatých situacích dále viz Průzkumná otázka 2: Jak vypjaté a stresové situace ovlivňují dodržování etických zásad na operačním sále?

Bylo zmíněno, že by se i našel prostor pro zlepšení, co se týče jednání mezi spolupracovníky. „*Je tu někdo, kdo by mohl zlepšit svoje chování. Rozhodně. Jsou tady takoví.*“ (S2) Respondenti popisovali zkušenosti s **agresivním** chováním, které spojovali s jednáním lékařů. „*Spiš ti lékaři jsou takoví. Někdy jsou agresivní, lékaři.*“ (S2) Agresivní jednání zahrnuje **hrubá slova a útok na jiné osoby**. (Zacharová, 2016) Problém v jednání lékařů shledá i respondentka S4. „*Bylo to hruběji řečeno. ... to je člověk od člověka. Lékař od lékaře. Pak se jedná i ve stresu ... tak jako je ten hlas zvýšen.*“ (S4)

Překvapující bylo, že skoro polovina respondentů uvedla, že chování lékařů je pochopitelné. Jak řekla první respondentka PS1: „*...to nese to zaměstnání.*“ Na tom operačním sále se s tímto jednáním počítá. Respondenti vnímají neetické jednání jako **součást zaměstnání**. „*Ale říkám, to tak je. S tím se počítá.*“ (PS8) Respektují výlevy emocí, které se především pojí s vypjatými a stresovými situacemi. „*U chirurgického oboru se musí respektovat nějaké výlevy. To musí ('). To jinak nejde.*“ (L1) Respondent L1 odůvodňoval chování lékařů: „*... to jsou takový ty klasický chirurgický tendence.*“ Z pohledu jiných respondentů, jde o výjimečné situace, přes které se člověk dokáže nějakým způsobem přenést. „*A člověk se přes to přenesse. ...*“ (S2)

Proto je velmi důležité „...být psychicky odolný.“ (PS1) Pracovník OS by měl splňovat psychologické podmínky profese. V případech eticky problematických situací je nutné umět zacházet s vlastními i cizími emocemi a disponovat schopností sebeovládání. (Balková et al. (2013) Respondentka PS8 vysvětluje, že jsou perioperační sestry vůči neetickému jednání více **chápavé**. „*My, jako sestry instrumentářky tak trošku to víc chápeme a, že i tak trošku jsme víc splachovací.*“ (PS8)

Zacharová (2016) za důsledek agresivity považuje zhoršování mezilidských vztahů. To potvrzuje vztah kategorie Komunikace s kategorií Pracovní kolektiv. Bylo zjištěno, že způsob jednání spolupracovníků a schopnost týmové spolupráce se odráží na **interpersonální vztazích**. „...nevychází každý s každým úplně na 100%...“ (S2) Respondenti se shodovali na názoru, že nelze, aby v osobním životě každý vycházel s každým. V případě potřeby, je-li vyžadováno pracovní nasazení, musí jít neshody stranou a spolupracovníci společně fungují. Na operačním sále se uplatňuje především týmová spolupráce, která se prokazuje vztahem kategorií Komunikace a Pracovní kolektiv „*Jsi tady a musíš si to odpracovat, i s kým bys tu třeba nemusela být. Tak s ním tady funguješ úplně stoprocentně. ... Táhneme za jeden provaz. ... My jsme týmový kolektiv, tady nemůžeš hrát za jednotlivce. Nemůžeš vypadnout z toho rytmu a dělat si svoje. To je týmovka. Berou to takhle všichni.*“ (PS6)

Často byl zmiňován problém v komunikaci ze strany výše postavených pracovníků. Důležitou roli v interpersonálním přístupu na operačním sále hraje **respekt k autoritám**. I když člověk pracuje v týmu, je potřeba si uvědomit, že má i své nadřízené. V době operačního výkonu je určen vedoucí operační skupiny, který má hlavní slovo a je zodpovědný za celý operační tým. Všichni přítomní se musí řídit jeho pokyny. (Wichsová et al., 2013) „*Přece jenom na tom sále je ten nejvyšší operatér a ten, co řekne, tak to tak musí být.*“ (PS8) Nejvyšší by však svou autoritu měli využívat správně a stavět ji pouze na základě znalostí a zkušeností. (Zeman et al., 2023, s. 25-30) Podle respondentů se na OS najdou osoby, které se nad někým **povyšují**, nebo využívající své autority na základě titulů. „*Čím vyšší titul, tím je to větší zvíře. Ví, má zkušenosti, i když to nemusí být pravda. Oni si myslí, že mají jediný správný názor.*“ (L2)

Každý má svou povahu, osobnost. Ne každý pracovník OS se chová eticky. Záleží i na tom, kdo se na operačním sále sejde, jaká je tam skupina lidí. „*Všechno je jenom o lidech.*“ (PS3) Podle respondentky člověk nemůže říct, jestli všichni spolupracovníci jednají dle etických zásad. Respondentka PS6 doplňuje: „*Jsmo velké kolektiv. Nemůžeš dát za každého ruku do ohně. Ale tak za většinou si myslím, že jo...*“ (PS6)

Někdy dochází podle výpovědí respondentů ke konfliktům napříč personálem. **Konflikty** jsou výsledkem toho, že každý člověk zaujímá jiné názory, postoje, hodnoty... „*Každý má jinou povahu...*“ (PS1) Jak uvádí Boukalová et al. (2023, s. 75-88) do konfliktu vstupuje i hledisko např. situačního kontextu. Na operačním sále vzhledem k stresovému prostředí nejsou kognitivní kapacity využívány tak efektivně, což může ovlivňovat schopnost řešení konfliktů. Respondentka PS7 právě spojuje konflikty v situačním kontextu vypjatých situací. Člověk musí zachovávat chladnou hlavu, aby se konflikt neprohluboval. Boukalová et al. (2023, s. 78-88) doporučuje v konfliktu hledání společného cíle. Společný cíl nalézají například PS1 a PS7, kdy z jejich tvrzení vychází najevo zájem o dobro pacienta. „*Musíš si uvědomit, že jo, je to vypjatá situace. ...Je tam ten člověk a my to musíme dodělat. Ten člověk za to nemůže.*“ (PS7)

„*Já nebudu dělat to stejné. Já ji potřebuji ukázat, že na to mám. Potřebuji někomu pomoci.*“ (PS1)

#### **4.2 Průzkumná otázka 2: Jak vypjaté a stresové situace ovlivňují dodržování etických zásad na operačním sále?**

Kdykoliv se může operační tým dostat do situace, kdy se zkrátka věci neubírají tím správným směrem. Často tyto momenty dostávají pracovníky operačních sálů do těžce zvladatelných situací. „*... je strašně těžké zachovat klid a málo lékařů dokáže zachovat klidnou komunikaci i v té stresové situaci.*“ (PS10)

Zdrojem vypjatých situací jsou **časové prodlevy, nepřipravenost zdravotnických prostředků nebo když operace nejde podle plánu**. Analýza rozhovorů odhalila, že na operačním sále panuje v těchto případech **stres, nervozita, napětí**. „*Můžou tam být nějaký nervy.*“ (PS8) Hekelová (2018) tvrdí, že spíše naše pocity a postoje spojené s těmito situacemi nás dostávají pod tlak, než situace samotné. Tyto situace vznikají podle respondentů na základě **emocí**. „*To je spíš takovej příval emocí.*“ (PS9) Respondenti vysvětlují, z jakého důvodu dochází k těmto situacím. „*Tyhle problémy z mého pohledu nastávají z důvodu, že ti lékaři jsou nervózní a prostě vyjedou. Snaží se tím způsobem tu nervozitu uklidnit. Tak to vyústí v tyhle různé vypjaté situace.*“ (S1)

Vysoká míra zodpovědnosti, kterou práce na operačním sále vyžaduje může vyvolávat v pracovnících **stres** a emoční vypětí, které se odráží na **komunikaci**. To do souvislosti dává respondentka PS7. „*Možná jsou i vystresovaní, že mají člověka na stole.*“ (PS7)

Pracovníci OS popisovali zkušenosti s **nevhodným jednáním** svých spolupracovníků. Podle respondentů, se jednání pracovníků odvíjí od situace na operačním sále. Nejčastěji respondenti mluvili o zkušenostech s nevhodnou **verbální komunikací**. Občas někdy bylo i něco řečeno **hrubě**. Někdy jde o **nezdvořilé** jednání. „... *nebylo to řečeno zdvořile. Bylo to hruběji řečeno.*“ (S4) Ani to nemusí být mířeno cíleně, jak říkal respondent S2. „*Prostě to ujede někomu. Není to nijak mířeno proti tomu člověku. Je to chvilkové a výjimečné.*“ (S2) I respondentka PS9 popisovala nadávky, které nejsou mířeny cíleně na konkrétní osoby. „*Nadávky. Do vzduchu jo.*“ (PS9)

Někteří respondenti popisují i **nekultivovaný projev** osob na operačním sále. „*Ta kultivovanost chybí někdy. (smích)*“ (PS8) Respondentka PS6 vidí rozdíl v kultivovanosti projevu na operačním sále v porovnání s jiným prostředím. „*Kultivovaně asi úplně ne. Takhle. Ne možná na sále. Na odděleních jo. Veřejně jo. Ten sál je uzavřená společnost.*“ (PS6)

Stane se, že i po sobě spolupracovníci **křičí**. „*Může dojít k tomu, že někdo křikne. Je nepříjemný. Je tam taková ta napjatá atmosféra.*“ (PS8) Někdo ve stresových situacích **zvyšuje hlas**. „*Pak se jedná i ve stresu ... tak jako je ten hlas zvýšen.*“ (S4)

Respondenti popisovali i zkušenost s **nadávkami** ve spojitosti s neschopností personálu. „*No zvýší hlas, někdo nadává. Spíš jenom říká, že jsou prostě neschopný.*“ (S1) Neschopnost je zařazena mezi zásadní problémy komunikace, které odkrývá MAXFIELD et al. (2005) ve studii s názvem Silence Kills – The Seven Crucial Conversation for Healthcare. Respondentka PS9 se zmínila i jakým způsobem jsou sestry oslovovány např.: „*Co mi to dáváš, huso.*“ Naštěstí se jedná o zvláštní jedince, kterých na operačním sále není tolik. Respondentka se setkala tímto jednáním od jedné konkrétní osoby. „*Jeden tady byl a je furt. (smích)* U stejného jedince se setkala i s trochu nevidanějším chováním. „*Řvoucí, házecí no (-) ... Naštěstí tady těch jedinců moc není.*“ (PS9) Někdy bývají i sestry ze strany operátéra **uráženy**. „*Jako nás instrumentářky, nás třeba operátor urazil ... Bylo to v těch chvílích toho vypjetí.*“ (PS6) Někteří respondenti tvrdí, že si pracovníci v těchto situacích potřebují zanádat. Chtějí si nějakým způsobem ulevit. Tak je pro ně především nevhodná komunikace zdrojem úlevy. „*Ale tady se to musí respektovat, že prostě si člověk musí zanádat, aby to vyventiloval. Samozřejmě když se něco kazí při té operaci, nebo jsou nějaké komplikace, tak zase jsme lidi, to se tady může stát.*“ (L1) Především je nutné si v takových případech nebrat nic osobně, jak uvedla např. respondentka PS10: „*Já se to snažím nebrat*

*osobně, protože to by tady člověk nemohl pracovat.“ (PS10) Stejně jako S2: „Člověk to nesmí tak brát.“*

Člověk si musí v hlavě uspořádat, co je jeho cílem. Důležité je řešit prvotní problém. Následně si člověk musí uvědomit, jak nejlhodněji bude v této situaci postupovat. *„Každý se snaží rychle dělat to, co má, aby se teda řešila ta prvotní situace.“ (PS8) V napjatých situacích je třeba se zastavit, popřemýšlet a zhodnotit svoje vztahy, které si chceme na pracovišti udržet (Balková et al., 2013) Některé sestry se nevhodnému jednání dokáží ubránit. „...řekly lékaři, že takhle se prostě chovat nemá. ... dokonce i okřiknou ty lékaře, když se po někom vozí, aby si uvědomili, co dělají.“ (S1) V těchto situacích je důležité, aby pracovníci navzájem spolupracovali a situace zvládali co nejpoklidněji. Sestry uplatňují psychologické podmínky profese, kterými jsou sebereflexe a sebeovládání. (Balkové et al. 2013) Zacharová (2016) požaduje po sestrách funkční specifitu, což znamená schopnost a ochotu komunikace se spolupracovníky. „... Takže zůstat klidná i přes to, že dostaneš vynadáno.“ (PS7) Zásadní je i podle PS3 zachovat klid a zbytečně neprohlubovat konflikty. „Pak vás popadnou emoce a trochu někdy člověk zvýší hlas. Asi to nikam nevede, ale je potřeba zachovat tu chladnou hlavu a nějak vyřešit v klidu, míru a pohodě. Někdy to nějak nejde. (PS3)*

Nastalé konflikty, které vyplynou z vypjatých situacích se většinou **vyřeší** v průběhu operace, nebo za dveřmi operačního sálu po ukončení výkonu. *„Většina těch lékařů při té operaci řeknou různé věci a třeba po operaci řeknou: „Děkuji. Bylo to v pohodě. Nebo. Zvládli jsme to.““ (PS10) Wichsová et al. (2013) doporučuje řešit rozpory v zásadě až po skončení výkonu, aby nebyl ohrožen hladký průběh operace. Jako „omluvu“ nebo vyřešení konfliktu berou respondenti **poděkování** za spolupráci. Respondent S1 vidí v přístupu lékařů snahu udržování kolektivu. „...I když to není omluva, tak aspoň se snaží nějak ten kolektiv udržet pohromadě.“ (S1)*

### **4.3 Jak přistupují pracovníci operačních sálů k důstojnosti pacienta?**

Podle MUDr. Terezy Pinkasové je především empatický a soucitný přístup součástí profesionality lékaře. (Ptáček et al., 2024, s. 3-7) Profesionalita je očima respondentky PS10 na místě. *„Tady je úroveň komunikace na profesionálním levelu. Tady nemám pocit, že by někdo měl nějaké nevhodné poznámky nebo něco podobného. (posmívání)...“ (S10) Zejména sestry podle respondentů přistupují k pacientům vhodným způsobem. Respondenti vyzdvihovali zejména **slušnost, empatii, citlivost, chápavost** v přístupu sester k pacientům.*



Tím se potvrdilo, že sestry si uvědomují své profesní hodnoty a k poskytování péči pacientům na profesionální úrovni. (ICN, 2021) Některé sestry „vysvětlovaly, že jejich etické jednání zásadně ovlivňují morální **postoje, povahové a osobnostní rysy**. „*Nešla bych proti svojí vůli.*“ (PS9)

Ve chvíli, kdy dorazí pacient na operační sál, je potřeba k němu volit jemný a klidný přístup. (Zacharová, 2016) Sestry by měly přistupovat k nemocným individualizovaně na základě diagnóz a potřeb. (Ptáček et al., 2017, s. 227-228) Zároveň by měly dbát na to, aby péče o pacienty byla **rovnocenná**. (Zacharová, 2016) Pokud bereme v potaz onkologicky nemocné, **individualizovaná péče** je na místě. Sestra může pacienta podpořit, ujistit ho o bezpečnosti, dodat mu sílu a pocit, že operaci zvládne. Podle Etického kodexu AORN uplatňuje principy sociální spravedlnosti. (AORN, 2017) Neměla by však mezi pacienty dělat rozdíly. Příkladem může být respondentka PS5, která komunikuje s rozvahou a dodržuje etické zásady podle Balkové (2013). „*Já se snažím stále normálně, stále milo a stále uctivo.*“ (PS5) Přistupuje k pacientům rovnocenným způsobem a dle svých zásad, i když se setkává s nevhodným jednáním pacientů viz kapitola Nevhodné jednání pacientů.

Zhmotněná důstojnost je způsob komunikace. Proto jde v důstojném přístupu v zásadě o to, jakým verbálním i neverbálním způsobem bude člověk jednat. (Ptáček a Bartůněk, 2022) Průzkum odhalil, že respondenti viděli především problém v přístupu k pacientovi z pozice sanitářů. „*Sanitáři jsou taková specifická skupina.*“ (PS10) Lékařka L2 také bere sanitáře jako svérázné osobnosti. Dle některých respondentů jsou problémy se sanitáři minulostí. „*No tak zlepšilo se to.*“ (S2) „*Ted' jsou tady třeba slušný kluci.*“ (PS11) Některé rozhovory byly uzavřenější vůči tématu. Projev byl vyplňován pauzami. Respondenti krčili rameny. Promýšleli své odpovědi z hlediska citlivosti informací. „*... někdy se nechovají úplně hezky sanitáři, jako (z) někdy jednají přes čáru s pacientama.*“ (PS9) Podle dvou respondentek je komunikace na operačním sále narušena **nevhodným jednáním sanitářů**, kteří po sobě na sále **hulákají**. „*Občas je to nevhodný*“ přiznává respondentka PS2. Respondentky se pacientům za chování sanitářů omlouvají. Zdůvodňovaly pacientům, že sanitáři pospíchají nebo nemají náladu. Zásadním problémem vzniku těchto situací, je podle respondentky PS10 nedostatek personálu ve zdravotnictví. Podle jejího názoru může na pracovní pozici sanitáře pracovat úplně každý. „*Rozhodně se nevybírám na základě nějakých kvalit nebo vzdělání.*“ (PS10) Podobně sanitáře vnímá respondentka PS6: „*Kdyby mluvili spisovně a v celých větách, tak nebudou dělat tady sanitáře.*“

Ke komunikaci pracovníků před pacienty na operačním sále měla výhradu respondentka PS10. Podle ní by se nemělo na operačním sále ze strany pracovníků mluvit o osobních věcech nebo o věcech netýkajících se operace. Etický kodex perioperačních sester uvádí, že by sestra měla vytvářet, udržovat a přispívat k utváření vhodného prostředí, které podporuje ošetrovatelskou péči. (AORN, 2017) Respondentka tvrdí, že si pracovníci své nevhodné jednání neuvědomují. Jeden z důvodů vidí v dlouhodobosti zaměstnání, což může být spojeno se syndromem vyhoření. Sládek (2021, s. 79) uvádí, že následkem syndromu vyhoření je klesající pracovní nasazení. PS10 by situaci napravila zavedením bezpečnostní procedury, aby na pacienta působilo prostředí na trochu vyšší úrovni.

Narušení důstojnosti člověka může také vyvolat smích, posmívání. Vždy záleží na kontextu. Pozorovatelé to vnímají intuitivně. (Ptáček a Bartůněk, 2022) Na základě rozhovorů s respondenty za nedůstojné považují, když si říkají sanitáři **vtipy** nad pacientem. „*Dost často jsou nějaký vtípky nebo tak něco.*“ (PS10) Sestry jsou si vědomy, že jednání sanitářů musí kontrolovat a případně korigovat. „*Někdy je potřeba, aby se jim ukázalo, kde jsou ty mantinely a zase jim to připomněly.*“ (PS1) Tato povinnost je obsažena i v Etickém kodexu sester, který ukládá sestřám povinnost zasahovat při ohrožení péče nemocného jiným spolupracovníkem. Povinnost spolupráce s pomocným personálem vyplývá i z legislativního ukotvení činností zdravotnických pracovníků. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. sanitář pracuje v zásadě pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, případně pod přímým vedením určitého pracovníka. (ČESKO, 2011a.)

PS6 se setkává na OS s nedodržením zásad hygieny pacientů. Důležité je, aby byli pacienti dostatečně informováni o tom, jak provést hygienu před operačním výkonem, případně nesoběstačným pacientům zajistit pomoc. Podle Etického kodexu by sestra měla klást důraz na hygienu pacienta. (ČAS, 2003)

„*Ti lidé kolikrát nejsou umytí. To je to, na co třeba nadáváme. I z oddělení přijdou ne jenom třeba neumytý (').*“ (PS6)

V případě, že jde o hospitalizovaného pacienta, seniora, mohli bychom nalézat problém v poskytování institucionální péče. V rámci zdravotní péče by neměl být nemocný vnímán jen jako pacient, ale především jako člověk. Sebeúcta, vnímání vlastních hodnot může být problematické např. u seniorů, kteří přestávají splňovat požadavky dané kulturou a začíná klesat jejich vědomí vlastních hodnot nebo jim je tato neschopnost automaticky přiřazena.

Seniorům by měla být zajištěna adekvátní pomoc se zajištěním potřeb, včetně vyprazdňování, při tom by také měl být seniorovi zajištěn úctyhodný vzhled. (Ptáček a Bartůněk, 2022)

#### **4.4 Průzkumná otázka 3: Jakým způsobem je zachována intimita pacienta na operačním sále?**

Více než polovina respondentů potvrdila, že se na pracovišti o zachování intimity pacienta personál **snaží**. „*V rámci možností se snažíme o zachování intimity.*“ (PS10)

Z většiny výpovědí vyplývá, že sestry se v rámci možností snaží pacienty přikrývat a překládat tak, aby nemuseli být odkrytí. Někdy nejde o lehký úkol. Roli zde hraje podle respondentů několik okolností. Důležitá je např. spolupráce se sanitáři, spolupráce pacienta, prostorové uspořádání, vnímání intimity samotné. Především nejdůležitější jsou v tomto ohledu osobní kvality. „*To je také ani nie, že som sa to tu od niekoho naučila, ale má to človek nějak v sebe. Že nechcem nechať toho človeka takto odhaleného niekde. Keď nemusí, tak at' tak neleží.*“ (PS5)

Některé sestry se shodly, že záleží na konkrétních osobách. Ne každý z kolegů zakrývá pacienta vhodným způsobem. Někdo zmiňoval, že vidí horší přístup u starších kolegyní. Také se sešlo více názorů, že je vyžadována spolupráce se sanitáři. Na pozici sanitáře a vůbec v pomáhajících profesích, by měl pracovat člověk, který umí pracovat s lidmi, mít tzv. lepší vnímání. „*Některý má to vnímání takové lepší, že opravdu prikrýva. ... je jim to takové více lidské.*“ (PS4) Respondentky viděly problém zejména v tom, že jsou na pozici sanitáře ve většině zaměstnání muži. „*První problém je v tom, že to dělajú kluci nebo chlapi a ti to majú jinak.*“ (PS3) Někdy je proto nutné pomocný personál upozornit, co bylo provedeno špatně a doporučit jim, jak lépe v dané situaci postupovat. Respondenti souhlasili, že staniční sestry operačních sálů v tomto ohledu jdou příkladem svým podřízeným. „*(Jméno) má pod prstom všetko. A tiež sa snaží, aby tam bolo všetko dodržané, čo sa týče tých etických zásad. Myslím, že to nie je také, že teraz bude na sale odkrytý pacient a ona len pujde okolo něj, to určité nie. Pozerá na to, aby to bolo v poriadku.*“ (PS5)

Obtížné situace nastávají v případech nespolupracujících pacientů. Jde o akutní pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu nebo drog. „*My se snažíme, aby na tom stole byl přikrytý. Ale když to není plánovaný pacient a je to akutní pacient, tak se odkrývá sám.*“ (PS1)

Zcela jinak jsou brány v praxi život ohrožující situace. Respondenti vysvětlují, že v tuto chvíli jsou na místě jiné priority. „*Když přivezou pacienta, který krvácí. Takže tady prostě nikdo*

*neřeší, jestli je zakrytý. (PS3) Etické zásady jdou úplně stranou. „Když jsou akutní situace, tak to jde stranou.“ (L2)*

#### **4.5 Kdo jde příkladem v etickém jednání?**

Především **vedoucí pracovníci a mladší generace sester** byli dobře hodnoceni z hlediska etického jednání. Respondenti se shodovali, že vedoucí pracovníci jdou příkladem svým podřízeným v přístupu k pacientům.

*„Vždycky když jsem s nějakým vedoucím pracovníkem, třeba s přednostou nebo primářem. Tak mají velmi kultivovaný projev vůči pacientům. Určitě nás vedou příkladem v té komunikaci k těm pacientům.“ (L1)*

V roli vedoucího pracovníka je velmi důležité, aby manažer byl příkladem pro ostatní. Dokáže tak ovlivnit hodnoty ostatních a přenáší na pracovníky určitá pravidla etiky. (Ondriová a Fertařová, 2021) Podle respondentů vedoucí pracovníci kontrolují své podřízené a snaží se na chyby upozorňovat.

*„Pokud to není, že byste udělal nějakou velkou chybu, tak si Vás okřikne. Pak se to snaží vysvětlit, co jste udělal špatně, aby se to nedělo znovu.“ (S1)*

Vedoucí pracovník nepostrádá empatii k problémům jiných lidí. (Ondriová a Fertařová, 2021) U pracovníků na vedoucích pozicích nacházejí respondenti i oporu. Někteří uváděli schopnost naslouchání jejich problémům jako respondentka PS3.

*„Vrchní (jméno) i primář tam je velká opora. Jsou naslouchací.“ (PS3)*

Příkladným způsobem podle několika respondentek jednají mladší generace sester. Mladší kolegyně podle nich dodržují lépe pravidla týmové práce. Pro správné fungování operačního týmu je podstatná vzájemná úcta, přímá a jasná komunikace, schopnost argumentace, akceptování a empatie. (Jedličková et al., 2021) Někteří respondenti jako PS3 vidí v mladších kolegyních inspiraci.

*„Kdežto mladé holky jsou chytré. Plní veškeré příkazy, ... ony nás vychovávají, a to já mám ráda. Ony nás posunují. Tleskám. Strašně se od nich učím. Jsou strašně inspirativní po všech stránkách. Ony tu práci až tak nedramatizují jako my. Mají to takový jednodušší, a to mě baví.“ (PS3)*

Mezi generacemi sester se začínají projevovat rozdíly i z pohledu dalších respondentek.

„Vy vaše generace těch mladších si už taky nenecháte všechno líbit.“ (PS4)

„ale jako ty holky, co nastupují teď. To už je trošičku jiná generace a taky svým způsobem si nenechají nic líbit a víc se ozývají. Což si myslím, že je správně.“ (PS10)

Mladší generace sester umí prosazovat své názory a zároveň plní veškeré příkazy. Podle výpovědí respondentů lze říct, že jednají dle jednoho z pravidel Etického kodexu AORN. Zlepšují etické pracovní prostředí a podmínky pro poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče. (AORN, 2017)

## 4.6 Doporučení pro praxi

### ⇒ Doporučení pro zdravotníky

Sestry se v životě setkávají s různým přístupem spolupracovníků. Některé zkušenosti vypráví o různých nepříjemných situacích, špatných vztazích, nebo dokonce i o šikaně na pracovišti. Důkazem je nedávno vydaná kniha z českého prostředí Pod rouškou šikany<sup>2</sup>. Ačkoliv se nikdo z respondentů v rámci rozhovorů o přítomnosti šikany na pracovišti nezmínil, je dobré mít povědomí, o tom, co se děje v prostředí českého zdravotnictví. V takových situacích je nutné především jednat. Realita je krutá a je potřeba být na ni alespoň z části připraven. Málokdo disponuje vlastnostmi a schopnostmi pro práci v tak náročném prostředí jako je operační sál. Jde o práci, která vyžaduje kuráž a psychickou odolnost. Proto zde příkládám i radu jedné z respondentek, která vyplývá z několikaleté zkušenosti perioperační sestry. Doporučuji především sestřám si vzít tuto radu k srdci.

„Když by Vás někdo srážel do kolen, a to se Vám stane nescíselněkrát, vždycky vstaňte a běžte dál. Když by Vás někdo srazil do kolen, tak nemá cenu chodit do té práce. Protože byste se trápila, že tamhle je nějaká osoba.“ (PS1)

### ⇒ Doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví

Znalost etických dilemat a poznání psychické zátěže při výkonu povolání v prostředí operačního sálu dává impuls k zavedení podpůrných programů pro pracovníky operačních sálů. Součástí programů by měla být psychohygiena a trénink zvládání stresových a vypjatých situací.

### ⇒ Doporučení pro vedení organizací

<sup>2</sup> Kniha Pod rouškou šikany čtenáře provází několika příběhy o šikaně mezi zdravotníky. Jde o tzv. zpovědnici zdravotních sester, které se ocitly v nepříjemných situacích. Některým z nich zapříčinil přístup kolegyně i vážný dopad na zdraví. (Hlasová, 2024)

Výsledky průzkumu by mohly inspirovat zdravotnická zařízení k podpoře perioperačních sester. Doporučovala bych zavedení programů péče o duševní zdraví v rámci školení nebo formou supervize. Motivovat perioperační sestry lepším ohodnocením jejich práce.

⇒ **Doporučení pro další výzkum**

Provedení dalšího výzkumu s podobným zaměřením by rozšířilo povědomí o fungování zdravotnických zařízeních napříč ČR.

⇒ **Doporučení pro vzdělávání zdravotníků**

Zahrnout etická dilemata prostředí operačního sálu v rámci lékařské etiky a etiky v ošetřovatelství ve výuce mladých sester a lékařů.

## 5 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá subjektivním hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu personálu. Práce byla pro celistvější vhléd do problematiky etických zásad zakotvena teoretickou částí, která předchází praktické analýze průzkumných rozhovorů. Teoretická část vytváří úvodní náhled na etickou problematiku spojenou s poskytováním péče, zejména v průběhu operačních výkonů. Průzkumná část popisuje sběr dat a jejich interpretaci na základě otevřeného kódování a objevení propozic.

Předností tohoto průzkumu je splnění stanovených cílů viz kapitola CÍLE A METODY PRÁCE. Výsledky jsou uvedeny následovně v přehledném shrnutí:

Rozhovory s respondenty dokazují, že se personál operačních sálů snaží chovat eticky a správně v přístupu k pacientům. Snahu vnímám především v rámci zachování intimity pacienta. Zde hrají roli zásadně osobní kvality zdravotníků. Vedoucí zaměstnanci jdou příkladem svým podřízeným a vedou je k dodržování etických zásad. Zádrhele se našly v důstojném přístupu konkrétních pracovníků a v komunikaci před pacienty. Zejména nad sanitáři je z pohledu respondentů vyžadována kontrola a vedení nadřízenými osobami.

Bylo zjištěno, v jakých situacích na operačním sále vyvstávají etická dilemata týkající se jednání mezi pracovníky. Jednalo se konkrétně o vypjaté a stresové situace, které zásadně ovlivňují komunikaci a týmovou spolupráci. Zejména verbální vyjadřování pracovníků bylo v rámci etických zásad nejproblematictější. Konkrétně sanitáři a sestry se v těchto situacích setkávají s nezdvořilým jednáním, nadávkami a urážkami ze stran lékařů. Nevhodné komunikaci přikládali důvod emočního vypjetí a stresových podmínek, které souvisí s vysokou mírou zodpovědnosti při práci na operačním sále. Aby předcházeli eskalaci konfliktů, musí v takových situacích řešit prvotní problém. Svou nekázní by neměli narušit hladký průběh výkonu. V tyto momenty je nesmírně důležité uvědomit si podstatu své práce, která spočívá v pomoci pacientovi. To je společným cílem celé operační skupiny, nikoliv řešení rozporů. Vyvstalé konflikty bývají vyřešeny většinou až na konci operačního výkonu, nebo za dveřmi operačního sálu. Operatér poděkuje za práci, což je personálem bráno i jako omluva za jeho jednání.

Komunikace pracovníků se v zásadě odráží na interpersonálních vztazích, na kterých je z jejich pohledu potřeba pracovat. Podle respondentů se dobré vztahy udržují díky vzájemné spolupráci. Na místě by měla být dále kolegiálna a vzájemná opora.

Průzkumná část dále odkrývá i problematiku využívání autority. Některé názory se shodovaly, že právě lékaři využívají svou autoritu na základě titulů a povyšují se nad níže postavenými pracovníky.

V rámci rozhovorů došlo i k sebereflexi pracovníků. Zhodnotili, jestli sami jednájí dle etických zásad v rámci přístupu k pacientům a v interpersonální komunikaci. Někteří si uvědomují své chyby, například v plnění příkazů, komunikaci se svými kolegy nebo nadřízenými. Někdo shledal inspirativní chování u mladších kolegyň. Jiní našli smysl své práce v pomoci pacientovi. Pro pracovníky je pacient na prvním místě za každé situace.

Diplomová práce si klade za cíl poukázat na etickou problematiku operačního sálu. Taktéž výsledky mohou přispět k vysvětlení a porozumění etickým problémům, na které průzkum narazil. Zkušenosti respondentů mohou inspirovat zdravotníky v poskytování péče v souladu s etickými principy.



## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### 6.1 Primární zdroje

AORN, 2017. *AORN'S PERIOPERATIVE EXPLICATIONS FOR THE ANA CODE OF ETHICS FOR NURSES WITH INTERPRETIVE STATEMENTS*. PDF; online. In: AORN. Dostupné z: [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/clinical-research/aorn-periop-explications-for-ana-code-of-ethics-2017.pdf?sfvrsn=dba73b4d\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/clinical-research/aorn-periop-explications-for-ana-code-of-ethics-2017.pdf?sfvrsn=dba73b4d_1). [cit. 2024-20-02].

BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmir a ŠÍROVÁ, Eva, 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1388-0.

ČAS, 2003. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. PDF; online. In: Perioperační sestry. 2003-03-29, Dostupné z: [https://www.perioperacni-sestry.cz/content\\_public/eticky-kodex.pdf](https://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/eticky-kodex.pdf). [cit. 2024-01-18].

ČESKO, 1991. Zákon č. 220/1991 Sb., Zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-220>. [cit. 2024-02-20].

ČESKO, 2004a. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodické opatření - Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Online. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 7, s. 12-13. ISSN 1211-086827. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-7-2004-2/>. [cit. 2024-02-17].

ČESKO, 2004b. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákon, ve znění pozdějších předpisů. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20230124?porov=20220101#cast1-hlava5-dil3>. [cit. 26. 10. 2023].

ČESKO, 2011a. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p56>. [cit. 20. 11. 2023].

ČESKO, 2011b. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-02-20].

ČESKO, 2020a. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu SANITÁŘ. Online. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Srpen 2020. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8860/35362/P%C5%99%C3%ADloha\\_24\\_-\\_AKK\\_24\\_Sanit%C3%A1%C5%99.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8860/35362/P%C5%99%C3%ADloha_24_-_AKK_24_Sanit%C3%A1%C5%99.pdf). [cit. 2024-02-23].

ČESKO, 2020b. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - PERIOPERAČNÍ PÉČE. Online. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Květen 2020. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/Př%C3%ADloha%20č.%2055%20VS%20-%20Perioperačn%C3%AD%20péče%20\(věstn%C3%ADk%20MZ%20č.%205\\_2020\).pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/Př%C3%ADloha%20č.%2055%20VS%20-%20Perioperačn%C3%AD%20péče%20(věstn%C3%ADk%20MZ%20č.%205_2020).pdf). [cit. 2023-10-26].

ČLK, 1996. *Etický kodex české lékařské komory*. PDF; online. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. 1996-01-01, Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf). [cit. 2023-10-02].

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2018. Jak nevyhořet v práci sestry? Online. *Florence*. Roč. 2018, č. 3. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2018/3/jak-nevyhoret-v-praci-sestry/>. [cit. 2024-11-04].

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

HLASOVÁ, Blažena, 2024. *Pod rouškou šikany*. Pointa. ISBN 9788076913028.

ICN, 2021. *THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES*. PDF; online. In: International Council of Nurses. ISBN: 978-92-95099-94-4. Dostupné z: [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0_0.pdf). [cit. 2024-01-18].

IHNÁT, Peter, 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; SVOBODA, Tomáš a WICHSOVÁ, Jana. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-4335-1.

LIBOVÁ, Lubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2466-4.

MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polo-strukturovaný rozhovor*. Praha: SLON. ISBN: 978-80-7419-285-2.

ONDRIOVÁ, Iveta a FERTALOVÁ, Terézia, 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. 1. vydání. EPUB; online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1728-4. [paywall]. [cit. 2024-02-20].

ONDRIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. EPUB; online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1696-6. [paywall]. [cit. 2024-02-20].

PLAMÍNEK, Jiří, 2023. *Komunikace a prezentace: Umění mluvit, slyšet a rozumět*. Třetí vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-7051-7. [paywall]. [cit. 2024-04-19].

POTTS, Conrad a POTTS, Suzanne, 2014. *Asertivita – umění být silný v každé situaci*. EPUB; online. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9313-9. [paywall]. [cit. 2024-04-19].

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2022. *Důstojnost v medicíně*. EPUB; online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2588-3. [paywall]. [cit. 2024-02-20].

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a MACH, Jan et al, 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr a MACH, Jan, 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5126-9.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Newbury Park California: Sage Publications, 1990. Boskovice: Sdružení Podané ruce;, Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.

WICHISOVÁ, Jana; POKORNÁ, Renata a PŘIKRYL, Petr. *Sestra a perioperační péče*, 2013. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1029-2.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. EPUB; online. Praha. Grada. ISBN 978-80-271-9239-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-1622615/> . [paywall]. [cit. 2024-02-23].

ZEMAN, Miroslav; KRŠKA, Zdeněk a kol, 2023. *Chirurgická propedeutika*. Čtvrté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3484-7.

MAXFIELD, David. GRENNY, Joseph., McMILLAN, Ron., PATTERSON, Kerry., SWITZLER, Al. Silence kills: The Seven Crucial Conversations for Healthcare. Vital smarts. PDF; online. In: AACN, © 2005. Dostupné z: [https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments/~media/aacn-website/nursing-excellence/healthy-work-environment/silencekills.pdf?la=en](https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments/~/media/aacn-website/nursing-excellence/healthy-work-environment/silencekills.pdf?la=en). [cit. 2024-21-02].

## **6.2 Odborné články**

BALKOVÁ, Hilda; ENGLIŠOVÁ a HAUPTVOGELOVÁ, Miroslava. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 5, s. 27-28. ISSN: 1210-0404.

Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Value conflicts in perioperative practice. *Nurs Ethics*. 2019 Nov-Dec;26(7-8):2213-2224. doi: 10.1177/0969733018798169. Epub 2018 Oct 21. PMID: 30345880. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30345880/>. [cit. 2024-01-22].

DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Lze definovat a tím i zhodnotit roli anesteziologa v perioperační medicíně a péči z pohledu zbytečné/marné léčby?* Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 2013, roč. 60, č. 3, s. 3-7. ISSN: 1212-3048; 1805-4005 (online verze). Dostupné z: <https://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00011085-4d5ef15e-e10d-4227-b08f-ec78f2c730f3> [cit. 2023-10-04]

FIALOVÁ, Lenka a ZAKOPČANOVÁ, Monika. *Sestra*. 2017, s. 30. ISSN: 1210-0404.

MARX, David. Špičková odbornost, empatická komunikace a etický přístup - cíle výchovy na 3. LF UK - rozhovor. *Medical tribune*. 2019, **15**(25). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/nase-tituly/medical-tribune> [cit. 2023-10-04]

Meredyith NA, Fins JJ, de Melo-Martin I. Ethics Consultation in Surgical Specialties. *HEC Forum*. 2022 Mar;34(1):89-102. doi: 10.1007/s10730-021-09447-7. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33674985; PMCID: PMC7934986. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10730-021-09447-7>. [cit. 2024-01-21].

PTÁČEK, Radek a kol. Soucit v medicíně. Online. *Tempus medicorum*. 2024, roč. 33, č. 1, s. 44. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/casopis-clk/209cs-2024-leden>. [cit. 2024-02-24].

Torabizadeh C, Darari F, Yektatalab S. Operating room nurses' perception of professional values. *Nurs Ethics*. 2019 Sep;26(6):1765-1776. doi: 10.1177/0969733018772077. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29929423. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733018772077>. [cit. 2024-01-22].

WICHSOVA, Jana a HORAKOVA, Andrea, 2018. Perioperative Ethics and Patient Safety. Online. *Postmodern Openings*. 9(4), s. 184-196. Dostupné z: <https://doi.org/10.18662/po/51>. [cit. 2024-02-24].

### **6.3 Internetové zdroje**

UPCE FZS, © 2024. *Fakulta zdravotnických studií Specializace v ošetřovatelství - Perioperační péče.* Online. In: *Univerzita Pardubice.* Dostupné z: <https://studuj.upce.cz/obor/fzs-specializace-v-osetrovatelstvi-perioperacni-pece-kombinovana-cestina>. [cit. 2024-01-18].

## **7 PŘÍLOHY**

Příloha A Otázky k rozhovoru

Příloha B Informovaný souhlas

## 7.1 Příloha A Otázky k rozhovoru

**Obecné** : Pohlaví, věk, vzdělání.

- Jaká je Vaše pracovní pozice?
- Na jakém operačním sále pracujete?
- Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

**Spokojenost na OP**

- Jste spokojen(a) na svém pracovišti? S čím jste spokojen(a) a s čím ne? (kolegové, vedení)
- Přemýšlíte někdy nad změnou pracoviště? Z jakého důvodu?
- Změnil(a) jste někdy pracoviště z důvodu nedodržování etických zásad?
- Jak byste zhodnotil(a) komunikaci na Vašem pracovišti? Jsou problémy řešeny efektivně? Konají se u Vás provozní schůze? Komunikují Vaši kolegové dostatečně a vhodným způsobem?

**Do držování etického kodexu**

- Jednají Vaši spolupracovníci na pracovišti dle pravidel etiky?
- Dodržují Vaši kolegové etický kodex?
- Všiml(a) jste si někdy, že by byla narušena pacientova důstojnost? Jedná se s pacienty na operačním sále důstojně a je zachována jejich intimita?
- Vystupují zaměstnanci kultivovaně, vyjadřují se spisovně a dbají na odpovídající verbální i neverbální komunikaci? Doplněte kdo, jak a v jakých situacích.
- Chovají se spolupracovníci kolegiálně?
- Nepovyšuje se nad Vámi Váš nadřízený? Jednají zaměstnanci zdvořile, s porozuměním, ochotou a bez jakýchkoli předsudků? Využívají svou autoritu správně?
- Jde vedoucí zaměstnanec příkladem svým podřízeným a vede je k dodržování etických pravidel a je schopen je případně vyvstalé etické otázky řešit?

**Sebereflexe - jak se chovám já?**

- Chráníte pacientovu intimitu na operačním sále v situacích, kdy je někým/něčím narušena?
- Dodržujete příkazy bez ohledu na to, zda se zdají být neetické?
- Říkáte „ne“ nevhodným žádostem? Dokážete se bránit před nevhodným jednáním? Stěžoval(a) jste si někdy na kolegy nebo nadřízené?
- Respektujete autoritu nadřízeného? Respektují vedení Vaši kolegové?
- Ocitl(a) jste se někdy v situaci, kdy máte problém s vedením a nemáte s kým situaci řešit?



- Vyzýváte sami sebe, abyste „dělali správnou věc“?
- Využíváte Vy svou autoritu správně?
- Komunikujete se svými kolegy dostatečně a vhodným způsobem? Dokážete zvládnout své osobní předsudky?
- Co děláte proto, aby se udržovaly dobré vztahy na pracovišti? Účastníte se společných akcí, forem supervize?
- Vyvažujete organizační a osobní potřeby?

## 7.2 Příloha B Informovaný souhlas

### **Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále**

Já, .....  
souhlasím a stvrzuji svým podpisem účast na průzkumném šetření, které je součástí diplomové práce Bc. Adély Urbanové s názvem Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále.

Byla jsem informován/a o účelu rozhovoru a jakým způsobem bude probíhat. Veškeré informace mi byly poskytnuty předem. Měl/a jsem možnost položit průzkumníkovi doplňující otázky a bylo mi na ně dostatečně zodpovězeno.

Byl/a jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoliv otázku.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a s jeho následujícím, tak aby byla zachována anonymita a nebylo nijak možné identifikovat mou osobu. Zvukový záznam bude po obhajobě práce smazán. Souhlasím s využitím rozhovoru a citováním části textu rozhovoru v diplomové práci, která bude později dostupná v on-line verzi.

Potvrzuji, že má účast na průzkumném šetření je dobrovolná. Od průzkumu mohu bez udání důvodu odstoupit do 14 dnů od poskytnutí rozhovoru.

Datum:

Podpis respondenta:

Kontakt na průzkumníka  
Bc. Adéla Urbanová  
Mobil:  
Email: