



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Review article

Morální distres: terminologie, teorie a modely**Moral distress: Terminology, theories and models**

Jiří Mareš *

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Hradec Králové, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-05-02

Accepted: 2016-07-14

Published online: 2016-09-30

Keywords:

Nurse

Moral distress

Definitions

Theories

Models

ABSTRACT

Empirical researchers traditionally pay attention to ethical problems and decision-making situations related to the provision of medical and nursing care to patients. They are also interested in the fields of medicine and workplaces where such problems are solved most frequently. In recent years, however, growing interest has been paid to what the medical staff experiences in cases where the proposed care is not ethically correct, and may endanger the patient. Our surveillance study focuses on the concept of moral distress of nurses. We distinguish it from other types of distress (somatic, psychological and spiritual) owing to its ethical dimension. The study shows that it is a complex phenomenon which is not easy to define. Among other things, the value system of nurses, their moral sensitivity and moral courage play an important role. The moral distress of nurses changes over the course of time: we distinguish the initial moral distress, and then, after a period of time, the reactive moral distress. The study presents four theoretical models of moral distress. Attention is paid mainly to two of them: Model with cumulating negative impacts over time (accumulation of moral residues) and a model of progress and potential consequences of moral distress. The last part of the study describes two basic determinants of moral distress: internal (sociological and psycho-ethical characteristics of nurses) and external (specificity of the decision situation, the influence of members of the health care team, rules of functioning of the medical facility and its ethical climate, and the socio-cultural specificity of the country).

SOUHRN

Empirické výzkumy věnují tradičně pozornost etickým problémům a rozhodovacím situacím, které souvisejí s poskytováním lékařské a ošetrovatelské péče pacientům. Zajímají se také o obory a pracoviště, kde se tyto problémy řeší nejčastěji. V posledních letech však stoupá zájem o to, co prožívá zdravotnický personál v případech, kdy není navrhovaný postup péče eticky v pořádku a může pacienta ohrozit. Naše přehledová studie se soustřeďuje na pojem morální distres sester. Odlišuje ho od jiných typů distresu (somatického, psychologického i spirituálního) pro jeho etický rozměr. Studie ukazuje, že jde o složitý jev, který není snadné definovat. Ve hře je mj. hodnotový systém sestry, její morální senzitivita a morální odvaha. Morální distres sestry se

Klíčová slova:

sestra

morální distres

definice

teorie

modely

* **Korespondenční autor:** Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové, Česká republika; e-mail: mares@lfhk.cuni.cz

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.001>

KONTAKT XVIII/3: 151–159 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

mění v čase: rozlišuje se prvotní morální distres a s časovým odstupem pak reaktivní morální distres. Studie představuje čtyři teoretické modely morálního distresu. Pozornost věnuje zejména dvěma: modelu kumulování negativních dopadů v čase (narůstání morálních reziduí) a modelu průběhu a možných dopadů morálního distresu. Poslední část studie přibližuje dvě základní determinanty morálního distresu: vnitřní (sociologické a psychologicko-etické zvláštnosti sester) a vnější (specifičnost rozhodovací situace, vliv členů zdravotnického týmu, pravidla fungování zdravotnického zařízení a jeho etické klima, sociokulturní zvláštnosti dané země).

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Naše i zahraniční výzkumy mapují různé etické problémy, které souvisejí s poskytováním péče pacientům. Zájem přitahují zejména rozhodovací situace, které jsou eticky náročné, jakož i zdravotnická pracoviště a medicínské obory, kde jsou takové situace časté [1].

Mnohem méně poznatků máme o tom, co prožívá zdravotnický personál, když se rozhoduje o dalším postupu v případech, které jsou eticky složité. Když řeší odborná i etická dilemata a přitom žádná z možných alternativ není bez rizika pro pacienta, každá s sebou nese určité nepříznivé následky. Situace je komplikována i skutečností, že ve zdravotnictví existuje hierarchie profesí a hierarchie kompetencí – tím i rozdílný stupeň volnosti při rozhodování o pacientovi a rozdílná míra právní odpovědnosti za chybné rozhodnutí. Situace je složitá i tím, že péče o hospitalizovaného pacienta bývá týmovou záležitostí.

V posledních letech navíc do odborného rozhodování vstupují i ekonomické zřetely a postup, který je z odborného pohledu pro pacienta optimální, nemusí být optimální z pohledu finančních nákladů pracoviště.

Zatím jsme používali výraz zdravotnický personál. V této studii zúžíme výklad na všeobecné sestry, neboť právě u této skupiny zdravotnických pracovníků je problematika nejvíce prozkoumaná. Častější a hlavně neřešená etická dilemata a etické konflikty na pracovišti mohou u sester vyvolat morální distres. Mnohé aspekty morálního distresu, které dále uvádíme, však platí i pro další zdravotnické profese. Morální distres se totiž studuje také u lékařů [2], farmaceutů, zdravotně sociálních pracovníků [3], manažerů zdravotnických zařízení [4]. Zkoumá se rovněž u osob, které se na své povolání pouze připravují, např. u mediků [5, 6].

První vědecké úvahy o morálním distresu a také jeho první empirické výzkumy se objevily u sester v osmdesátých letech minulého století. Je to pochopitelné, neboť se jedná o specifickou profesi, která ve zdravotnictví zprostředkovává styk mezi lidmi: mezi lékařem a pacientem, mezi dalšími členy zdravotnického týmu a pacientem, mezi rodinnými příslušníky a pacientem [7]. Právě ony se dostávají ze všech ostatních zdravotnických profesí nejčastěji do eticky složitých situací a ty u nich mohou vyvolávat stav, který kdysi Andrew Jameton [8] v roce 1984 označil termínem morální distres. Jeho bádání o morálním distresu inspirovala kniha M. Kramerové [9] z roku 1974, která má provokativní název: *Šok z reality – aneb Proč sestry odcházejí*.

Za více než 30 let od publikování Jametonovy průkopnické práce už výzkum této problematiky značně pokročil, ale v české odborné literatuře se jí nevěnuje mnoho pozornosti.

Naše studie je přehledová a klade si tyto cíle. S oporou o dostupnou literaturu: 1. definovat klíčový pojem morální distres; 2. poukázat na terminologické obtíže a uvést vztah morálního distresu k pojmům příbuzným; 3. předložit hlavní teoretické modely; 4. shrnout dosavadní výzkumné poznatky o determinantách morálního distresu. Tato studie se opírá o literární prameny, které byly vybrány podle těchto kritérií: 1. řešerše vycházela z klíčových pojmů „moral distress“ AND (nurse OR nursing); 2. časové období 1984–2016; 3. jazykově jde o práce v angličtině a češtině; 4. práce přehledové nebo původní empirické výzkumy.

V této práci ponecháváme stranou další důležité otázky, jimiž jsou např. diagnostikování morálního distresu a možné intervenční zásahy u osob, které zažívají morální distres. Budou předmětem samostatné studie.

Definování pojmu

Jev, k němuž se hledá nejvhodnější označení, se v reálném životě vyskytuje už po staletí. Jde o případy, kdy člověk nemůže udělat to, co považuje za správné, a je okolnostmi přinucen buď nedělat nic, i když si myslí, že by něco udělat měl (tj. nezabrání něčemu špatnému), anebo je donucen vykonat cosi, s čím vnitřně nesouhlasí. Kdyby bylo pouze na něm, jednal by jinak. Zažívá rozpor, trápí se tím, že se nevzeprel a jen plnil pokyny či rozkazy nadřízených anebo se podvolil sociálnímu tlaku skupiny osob. Uvědomuje si, že jeho jednání nebylo správné, že to, jak jednal, je z hlediska etiky i mravních zvyklostí špatné.

Morální distres se odlišuje od jiných typů distresu (somatického, psychologického i spirituálního) svým *etickým* rozměrem. V případě morálního distresu totiž varianta, kterou jedinec považuje za nejvhodnější, nepřipadá v úvahu z důvodů institucionálních, ekonomických či manažerských. Proto jedinec zažívá specifický distres.

Jak je tedy morální distres definován? Nejčastěji se v odborné literatuře setkáváme s pěti definicemi.

Jameton [8, s. 6] říká, že „*morální distres* vzniká v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale institucionální překážky činí téměř nemožné jednat tím správným způsobem“. Další výzkumy ukázaly, že nemusí jít pouze o překážky *institucionálního* charakteru, i když ty patrně dominují. Může jít o překážky či nátlaky organizační, medicínské, společenské, rodinné nebo individuální, které

brání sestrám provést potřebný výkon, uskutečnit takovou ošetrovateľskou intervenciu, ktorou považujú pro daného pacienta v daných podmínkách za nejlepší [10].

Tento pohľad později rozšířil a v r. 1993 upravil svou definici takto: „Sestra zažívá morální distres, když dospěje k morálnímu závěru o případu, který sama řeší, ale instituce nebo spolupracovníci jí zkomplikují nebo přímo znemožní jednat v duchu tohoto rozhodnutí“ [11, s. 542].

Autor nezůstal jen u aktuálního, momentálního distresu a následně rozlišil jeho dvě podoby: prvotní morální distres (*initial moral distress*) a reaktivní morální distres (*reactive moral distress*). Prvotní morální distres zahrnuje emoce (např. vztek, úzkost) zažívané ve chvíli, kdy sestra čelí institucionálním překážkám a konfliktům se spolupracovníky – jde o konflikt hodnot. Sestra se rozhoduje mezi tím neudělat nic, anebo jednat – a pak vybírá z řady alternativ. Pozdější, *reaktivní* morální distres se dostavuje s časovým odstupem, kdy už sestra nejedná pod vlivem prvotního distresu, ale v duchu se k celé situaci vrací. Obvykle – ale to už dodáváme my – se trápí tím, co udělala, anebo tím, co neudělala a udělat měla [11].

Existují i jiná vymezení. Corleyová [10] považuje morální distres za nepřijemný stav bolestivé psychologické nerovnováhy, který působí jedinci utrpení. Zažívá ho sestra, když sice přijme morální rozhodnutí, ale po něm už nenásleduje vhodné jednání, protože se tomu postaví do cesty reálné nebo jen vnímané institucionální překážky.

Kälvemarková et al. [12, s. 1082–3] říkají: „Morální distres je tradiční negativní stres, který se objevuje v situacích, jež mají etickou dimenzi. Zdravotníci, kteří se v této situaci ocitli, mají pocit, že nemohou chránit všechny zájmy a hodnoty svých klientů, které jsou v sázce.“

Podle Austinové můžeme morální distres u zdravotníků charakterizovat jako pocity frustrace a selhání, které se dostavují poté, když překážky nedovolí zdravotníkovi, aby dostal morálním povinností vůči pacientům, jeho rodinám příslušníkům a vůči veřejnosti [13].

Nejdůkladněji (podle našeho názoru) vyložila pojem morální distres Judith Wilkinsonová [14], která ho obohatila o pojem *zvládání zátěže*. Autorka především říká, že aktuální zážitek nebo dlouhodobější zkušenost sester s morálním distresem na pracovišti je velmi individuální. Sestra musí být schopna rozpoznat určitou situaci při péči o pacienty jako morální (nebo obecněji etický) problém a dospět k přesvědčení, že za dopady takové situace je sama odpovědná/spoluodpovědná. To, že si sestra uvědomí morální problém, před kterým sama stojí, je klíčovým momentem morálního distresu. Morální distres se totiž nedostavuje automaticky, neboť závisí na schopnosti sestry přemýšlet nad svými pocity. Ty souvisejí s jejím hodnotovým systémem, s jejím přesvědčením, co je správné a co nikoli, s jejím morálním rámcem. Lützen [15] tuto specifickou vlastnost sestry označuje termínem *morální senzitivita*, morální citlivost. Definuje ji jako bezprostřední pochopení a porozumění tomu, že daná situace je pro pacienta zraňující a současně uvědomění si, jaké morální důsledky s sebou nesou rozhodnutí, jež byla vzhledem k pacientovi učiněna.

Sestra vnímá překážky (jak ty aktuální, tak dlouhodobé), které jí zabraňují, aby uskutečnila své rozhodnutí o dalším postupu, o němž je přesvědčena, že je morálně

správný. Nemožnost, aby jednala morálně správně, v ní vyvolává negativní pocity (frustraci, vztek, pocit provinění), psychickou nerovnováhu, narušuje integritu její osobnosti.

Podle Wilkinsonové [14] se proto sestra snaží, aby se s prožívaným morálním distresem nějak vyrovnala, dosáhla psychické rovnováhy. Čím častěji zažívá sestra na pracovišti morální distres, tím více klesá pravděpodobnost, že její zvládací strategie budou úspěšné. Pokud jsou její pokusy o zvládnutí zátěže opakovaně neúspěšné, dochází k poškozování její osobnosti. Snižuje se její sebedůvěra, zhoršují se profesionální vztahy na pracovišti. Sestra mívá pocit, že na její mínění nikdo nedá, že byla ponížena, poražena, že je v těchto situacích bezmocná. Je-li opakovaně neúspěšná, dělá jen to, co musí, a její péče o pacienty se zhoršuje; uvažuje o odchodu z pracoviště, často i o odchodu z profese vůbec.

Z dosavadního výkladu by se mohlo zdát, že morální distres je jenom škodlivý jev. Není tomu tak. Corleyová [10] říká, že v některých případech jsme oprávněni mluvit i o *pozitivním efektu* morálního distresu. Podle Hardingové [16] už samo vyprávění sestry o zažitěm morálním distresem svědčí o tom, že této sestře není lhostejné, jak se s pacientem na jejím pracovišti zachází. Sestra dává najevo své vysoce morální hodnoty a snahu poskytnout pacientovi co nejlepší péči.

Bennerová [17] připomíná, že otevřenost sestry novým zkušenostem znamená, že se sestra učí i ze svých neúspěchů, proher. Zažije sice tvrdě životní lekce, těžce je prožívá, ale postupně své negativní zkušenosti zabudovává do svého reagování v budoucnu a snaží se neopakovat předchozí chyby. Dá se to říci i jinak – je-li její nová zvládací strategie úspěšná, posiluje se integrita její osobnosti, zvyšuje se její sebedůvěra a stoupá spokojenost v práci. Důsledky jsou nasnadě. Je-li sestra úspěšná, pak je v práci spokojená, věnuje se naplno pacientům, práce ji baví, přemýšlí, jak ji zlepšit [14]. Corleyová [10] připomíná, že nevhodné zacházení s pacientem může u sestry vyvolat morální rozhořčení, které v některých případech vyústí v morální odvahu. Sestra se na svěm pracovišti postaví proti možnému riziku poškozování pacienta nevhodnou nebo nedostatečnou péčí. Podle Rushtonové [18] pozitivní efekt prožitěho distresu může za určitých okolností usnadnit rozvoj osobnosti i profesionálního rozvoje. Může obohatit poskytovanou péči o empatickou dimenzi, někdy i hlubší porozumění pacientovi. Obdobně říká Hannaová [19, s. 89], že když se sestře podaří úspěšně vyřešit první, pro ni ještě neznámou morálně-kritickou situaci, pak se její zkušenosti mohou transformovat tím správným směrem a může dojít k rozvoji.

Tyto zážitky sester jsou jen speciálními případy toho, co se v klinické psychologii obecně označuje jako posttraumatický rozvoj osobnosti [20].

Používaná terminologie

Doposud jsme se soustředili na výklad základního pojmu morální distres, ale s ním souvisejí mnohé další pojmy. Ve sledované oblasti se používá specifická terminologie a je třeba říci, že některé odborné výrazy nemají dosud ustálené české ekvivalenty. Stručný přehled přináší tab. 1.

Tabulka 1 – Odborná terminologie, která se v dané oblasti používá

Odborná terminologie (EN)	Odborná terminologie (CZ)	Autoři, kteří s ní pracují
constrained moral response	vynucená morální odpověď	Austinová [13]
ethic stress	etický stres	Raines [21]
ethical conflict	etický konflikt, rozpor	Falcó-Peguerolesová et al. [22]
ethical dilemma	etické dilema	Cohen, Ericksonová [23]
ethically unsupportive organizational climate	organizační klima, které z etického hlediska jedinci nepomáhá	Austinová [13]; Corleyová et al. [24]; Varcoe et al. [25]; Schluter et al. [26]; Wallová, Austinová [27]
moral agency	morální aktérství	Falcó-Peguerolesová et al. [22]
moral courage	morální odvaha	Corleyová [10]
moral efficacy	morální zdatnost	Rathert et al. [28]
moral horizon	morální horizont	Rodney et al. [29]
moral indifference	morální lhostejnost	Falcó-Peguerolesová et al. [22]
moral outrage	morální rozhořčení, pobouření	Wilkinsonová [14]
moral residue	morální reziduum	Webster, Bayliss [30]; Epsteinová, Hamricová [31]
moral resilience	morální odolnost	Lütznén, Ewalds-Kvist [32]
moral sensitivity	morální senzitivita, morální citlivost	Lütznén [15]; Lütznén et al. [33]; Schluter et al. [26]
moral stress	morální stres	Lütznén et al. [34]
moral uncertainty	morální nejistota	Cohen, Ericksonová [23]
stress of conscience	stres svědomí	Glasberg et al. [35]

Pojem morální distress se liší od *morální nejistoty*, kdy jedinec netuší, co je v podobných situacích eticky správné udělat, chybí mu potřebné znalosti a zkušenosti. Odlišuje se rovněž od *morálního dilematu*, tedy od rozhodování v jedinečné situaci, kdy existuje několik možných řešení, z nichž každé má svá pozitiva i negativa. Jedinec v daném konkrétním případě rozhoduje, která varianta je „nejmenším zlem“. Je to jeho osobní rozhodnutí (nikdo na něj nevy-

víjí nátlak) a nese za své rozhodnutí odpovědnost. Morální distress se liší i od *morálního rozhořčení* (*moral outrage*), kdy jedinec pozoruje situaci, v níž se někdo jiný chová nemorálně, a nepříjemně ji prožívá.

Uvedli jsme, že při výkladu morálního distressu se používá řada pojmů. Musíme však dodat, že nejsou zakotveny v jednom oboru, ale pocházejí z rozdílných vědních oborů (schéma 1).

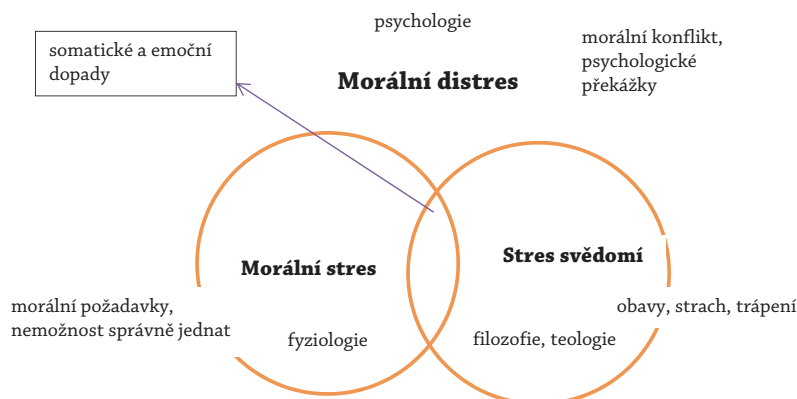
**Schéma 1 – Vztah pojmu morální distress k blízkým pojmům** [36, s. 16]

Schéma 1 ukazuje, že pojem morální stres má své těžiště ve fyziologii, pojem stres svědomí má své kořeny ve filozofii a teologii, zatímco pojem morální distress v psychologii. Všechny tři pojmy mají společné to, že ovlivňují somatické, emoční a morální aspekty osobnosti člověka.

Anglický termín *moral distress* pomalu vstupuje do českého odborného diskurzu. Jeho český překlad se teprve ustaluje, a proto se můžeme setkat s těmito terminologickými variantami:

- morální tíseň [37, 38];
 - morální strádání [39] (český překlad NANDA diagnóz Pavly Kudlové). Za zmínku stojí, že v přehledu NANDA diagnóz, který zpracovala J. Marečková [40], ještě diagnóza 00175 *Moral distress* neexistovala. Objevila se až ve verzi z let 2012–2014 [39];
 - morální distress [41, 42, 43, s. 199; 44, s. 222].
- Doporučujeme užívat třetí variantu překladu, neboť i nespécialistům naznačuje, čeho se týká.

Teorie a modely

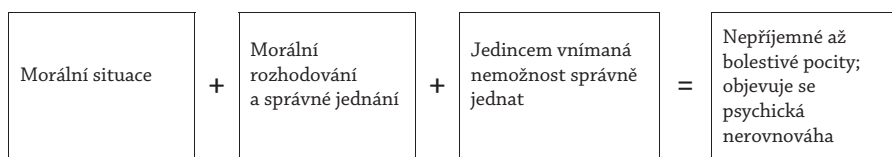
V odborné literatuře jsme našli několik teoretických modelů, které se snaží vysvětlit vznik, průběh a dopady morálního distresu. Některé z nich vysvětlují jen části celého dění, zatímco jiné se pokoušejí vysvětlit proces v jeho komplexnosti.

Příkladem dílčího modelu, který se snaží přiblížit rozhodovací proces jedince, zda má, či nemá v dané morálně náročné situaci jednat, je model Sekerkové a Bagozziho [45]. Zahrnuje tyto složky: etickou výzvu, blok osobnostních zvláštností (např. anticipované emoce, vnímanou vlastní zdatnost vypořádat se se vzniklou situací, očeká-

vání dopadů určitého typu, osobní a skupinové normy, jak se v takových situacích správně zachovat). Pak nastupuje primární tendence, tj. primární přání jednat určitým způsobem, které je ovlivněno jednak jedincovou neuvědomovanou, spíše automatizovanou autoregulací chování (jeho hodnotami, osobnostními rysy, ctnostmi), ale také jeho vědomou autoregulací, tj. jeho sekundárním přáním jednat určitým způsobem. Výslednicí těchto vlivů je jedincovo definitivní přání jednat určitým způsobem, které vzápětí vyústí v konkrétní akci.

Nás však zajímají širší modely. Jedním z nich je model Wilkinsonové [14, s. 514] – schéma 2.

Zkušenost



Dopady

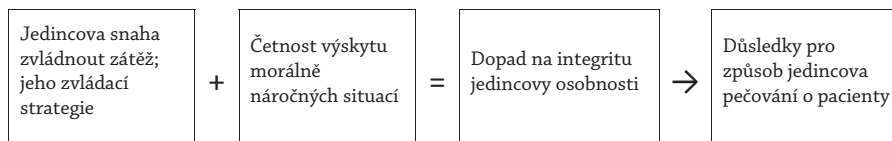


Schéma 2 – Prakticky zaměřený model morálního distresu

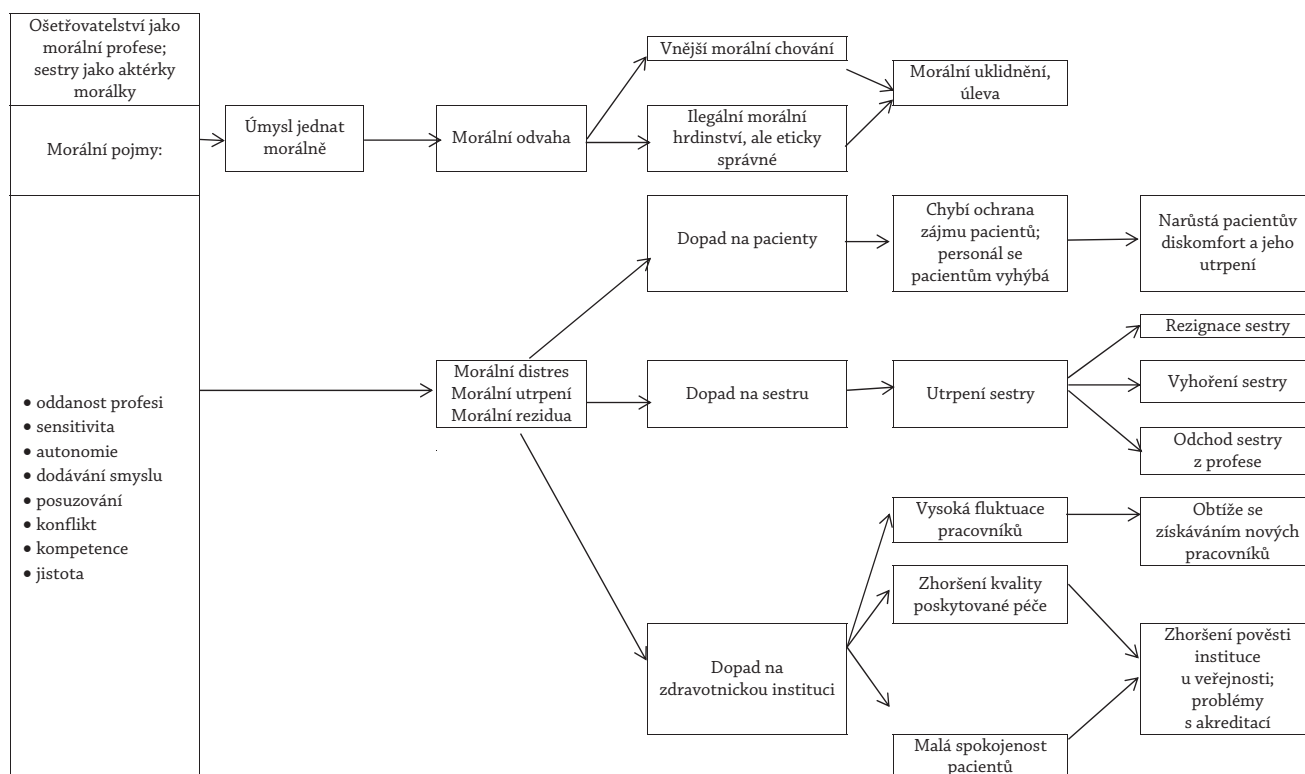


Schéma 3 – Relativně komplexní model morálního distresu

Zatím nejpropracovanější model morálního distresu je model, který předložila Corleyová [10, s. 644] – schéma 3.

V oddíle věnovaném definicím morálního distresu jsme se zmínili o tom, že Jameton [11] rozlišuje prvotní, tj. aktuální morální distres, a reaktivní distres, který se dostává až s odstupem času. V běžném životě se stává, že se morální distres zdravotníků čas od času opakuje a dopady onoho oddáleného, reaktivního distresu se kumulují. Jinak řečeno: jedinec se nevyrovná s jednou zátěžovou situací úplně, bezzbytku. Obvykle po ní zůstane v jeho psychi-

ce negativní stopa, pocit nesprávného jednání, pokoření, selhání. Pokud se takové situace vracejí, negativní zážitky a jejich zbytky (rezidua) se hromadí, narůstají. Podle Webstera a Baylisse [30, s. 208] je *morální reziduum* to, co každý z nás v životě nese s sebou, když tváří v tvář morálnímu distresu zradil sám sebe anebo připustil, že se bude podílet na něčem, s čím nesouhlasil, a tím se zpronevěřil svým zásadám. Schematický model takových morálních dopadů znázorňuje schéma 4.

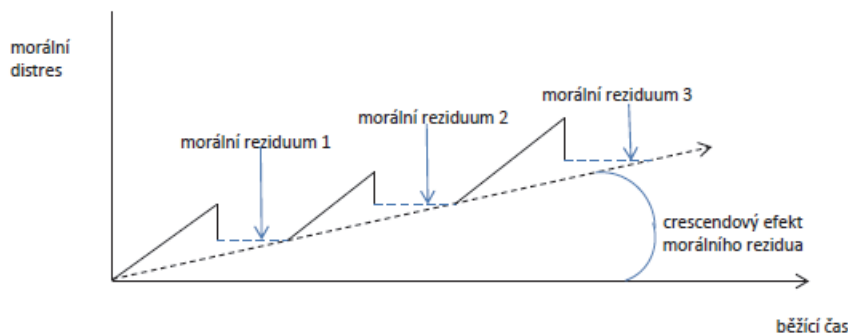


Schéma 4 – Dlouhodobý efekt opakovaného morálního distresu: narůstání morálních rezidií –
modifikované podle Epsteinové a Hamricové [31, s. 332]

Schéma 4 ukazuje, jak se postupně kumulují negativní dopady těch morálních distresů, které jedinec zažívá. Zbytků po každém morálním distresu postupně přibývá a negativně působí na psychiku sestry. Můžeme diskutovat o tom, že velikost zbytků není po každém zážitku distresu stejná (jak sugeruje schematický obrázek), že přibývání zbytků v čase nemusí mít lineární povahu, ale řada empirických výzkumů [46, 47, 48] ukazuje, že princip zřejmě platí. Autorky modelu si pro označení mechanismu dlouhodobých kumulativních dopadů morálního distresu vypůjčily hudební termín: navrhly výraz *crescendový efekt*. Ten naznačuje, že nejde jenom o postupné narůstání, ale také o zesilování intenzity a stoupání účinku.

Determinanty morálního distresu

Dosavadní výzkumy ve vyspělých zemích zjistily, že výskyt, intenzita (někteří autoři místo pojmu intenzita používají termín *úroveň* distresu [49]) působení a hlavně dopady morálního distresu závisí na řadě determinant. Obvyklé dělení rozlišuje determinanty vnitřní a vnější; někdy se zvlášť vyčleňují determinanty situační. My jsme determinanty rozdělili ještě podrobněji.

Vnitřní determinanty, tj. determinanty, jež souvisejí s jedincem samotným, mohou mít v zásadě dvojí podobu. Jednak determinanty *sociologického charakteru*. Výzkumy naznačují, že míra prožívaného morálního distresu nesouvisí s pohlavím ani s vírou, tj. náboženským vyznáním jedince, ale souvisí s nízkou spokojeností s vykonávanou prací. Pokud jde o vliv věku, stupně vzdělání a vliv délky vykonávané praxe, výzkumy přinášejí nejednoznačné výsledky [50].

Jednak jsou vnitřní determinanty *psychologického charakteru*. Sem patří případy, které ukazují, že jedinci jsou

rozdílně citliví na morální distres, a to v závislosti na svém hodnotovém systému a rozsahu svých osobních zkušeností s příslušnými situacemi. Je-li jedinec postaven před morální dilema, může se stát, že mu chybí znalosti různých variant řešení, příp. mu chybí znalost celkové situace. Informace, které dostává o pacientovi a možnostech jeho léčby, se týkají jen některých dílčích aspektů. Záleží i na tom, nakolik je morálně zdatný, nakolik sebere morální odvalu a postaví se takovému řešení, které by mohlo pacienta poškodit. Anebo se bojí projevit nesouhlas a potom jen vnímá a prožívá svoji bezmocnost.

Vnější determinanty mohou mít nejméně čtyři podoby. První jsou determinanty, které souvisejí se *specifickou rozhodovací situací*, v níž se jedinec ocitl. Oněch situací jsou desítky a obsahují morální dilemata, která není snadné řešit. Velmi závisí na sociální roli, kterou v něm jedinec zastává, a tím i na možnosti ovlivnit konečné rozhodnutí. Ve zdravotnictví zřejmě situace závisí i na typu pracoviště (např. standardní oddělení versus JIP, ARO) a na oborovém zaměření pracoviště (např. pediatrie, chirurgie, neurologie, psychiatrie, geriatrie atd.).

Např. de Veerová et al. [50], kteří zkoumali determinanty morálního distresu u sester, předkládali k posouzení 23 specifických situací. V jejich souboru sester vycházela nejvyšší intenzita morálního distresu v situaci, kdy se výrazně odlišovalo přání pacienta od přání jeho rodinných příslušníků. Na druhém místě byla situace, kdy lékař rozhodl o způsobu léčby, který – podle profesionálního názoru sestry – nebyl pro daného pacienta za daných okolností tím nejlepším řešením.

Druhým případem jsou vnější determinanty, které souvisejí se *spolupracovníky* (s přímým nadřízeným, s kolegy či kolegněmi, se zdravotnickým týmem a jeho fungováním).

Sem patří: nekvalifikovanost či nekompetentnost spolu pracovníků, neochota vedení řešit nejen pracovní, ale také etické konflikty.

Třetím případem jsou vnější determinanty související s institucí a jejím řízením. Jde např. o nedostatek personálu a z toho plynoucí nátlak vedení instituce na pracovníky, aby vykonávali práci i za chybějící personál.

Čtvrtým případem jsou vnější determinanty, které souvisejí se společensko-politickými a kulturními zvláštnostmi země. Celostátní legislativa, která zdravotnickým zařízením diktuje kritéria pro získávání financí a kritéria pro kontrolu kvality poskytované péče, často nutí ke stálému prokazování akontability snahou krýt se proti stížnostem pacientů a soudním sporům, což vede k nárůstu zdravotnické administrativy a alibistickému chování personálu.

Ponechme však stranou dílčí výzkumy [50, 51] či starší přehledy [19] a podívejme se na výsledky nejnovější přehledové studie [52]. Tito autoři analyzovali 19 kvantitativních výzkumů morálního distresu sester z let 1984–2011. Své nálezy rozdělili do dvou skupin: podle vztahu k frekvenci výskytu morálního distresu a podle intenzity zažívaného morálního distresu.

Pokud jde o frekvenci výskytu, zdá se, že častěji jsou konfrontovány s morálním distresem věkově starší sestry, dále sestry s delší praxí a sestry, jež pracují v dané funkci delší dobu. Neexistuje však prokazatelný, statisticky významný vztah mezi četností výskytu morálního distresu na jedné straně a obecnými proměnnými typu: věk, pohlaví, vzdělání a zřejmě i celkový počet let strávených ve zdravotnictví. Patrně – ale to už dodáváme my – je morální distres jev situovaný, situačně a osobnostně vázaný; souvisí zřejmě se zvláštnostmi jednotlivce, ale také s morálním klimatem konkrétního pracoviště. Výzkum Ratherta et al. [28] shledal vztah mezi četností výskytu etických dilemat a etických konfliktů a morálním distresem sester.

Pokud jde o intenzitu morálního distresu pocíťované sestrám, nejsou výsledky výzkumů úplně jednoznačné [52]. Někteří autoři se domnívají, že čím déle sestry ve zdravotnictví pracují, tím méně intenzivně distres prožívají – jako by si postupně zvykaly. Jiní autoři naopak připomínají kumulování dopadů morálního distresu v delším čase, narůstání morálního rezidua a tím i zvyšování zranitelnosti sester s delší praxí. Rozdíl mezi sestrami může pramenit i z charakteru práce (při péči o akutní případy prý sestry na standardním oddělení trpí větším morálním distresem než sestry na JIP), z prognózy pacientovy nemoci (sestry pečující o „beznadějné případy“ ho zažívají více než sestry pečující o pacienty s dobrou prognózou), ba i z úrovně vzdělání (sestry s bakalářským a vyšším vzděláním ho zažívají více, když jsou konfrontovány s bezmocností medicíny u konkrétního pacienta než sestry s nižším vzděláním). V prožívání intenzity morálního distresu se patrně uplatňuje i hierarchie moci v souvislosti s profesní a sociální rolí aktérů (mezi zdravotnickými profesemi navzájem, ale také uvnitř profese sestry). Např. v USA se zdá, že svou bezmocnost změnit určitá rozhodnutí nadřízených prý intenzivněji prožívají sestry afroamerického původu, nikoli sestry jiných etnik [52].

Závěr

V mnoha zemích (včetně České republiky) ve zdravotnických zařízeních chybí kvalifikované sestry. Slýcháme, že důsledkem nedostatečného počtu sester je skutečnost, že sestry, které na pracovištích zůstaly, jsou přetíženy, vyčerpány, klesá jejich spokojenost s vykonávanou profesí, přecházejí z jednoho oddělení do druhého, z jednoho zdravotnického zařízení do jiného a v řadě případů odcházejí definitivně ze své profese. Obvykle uváděné příčiny nedostatku sester jsou: finanční (sestry nejsou za svou práci adekvátně placeny), organizační (chybí dostatek pomocného personálu a sestry musí provádět i méně kvalifikované práce), kompetenční (nejsou jasně vymezeny rozdíly v kompetencích mezi různě kvalifikovanými sestrami). V České republice argumentuje ministr zdravotnictví především příliš dlouhou přípravou sester na povolání. Zamyšlíme-li se nad všemi právě uvedenými příčinami, zjistíme, že jde o příčiny vnější.

V posledních třiceti letech se však ve vyspělých zemích stále důkladněji studuje další, avšak hlubší příčina nespokojenosti sester. Je to příčina vnitřní, která má převážně psychologicko-etickou povahu. Jde o morální distres, kterému jsou sestry na řadě pracovišť a v řadě vypjatých rozhodovacích situacích vystaveny.

Soudobé výzkumy ukazují, že morální distres se na zdravotnických pracovištích nevyskytuje příliš často – podle sondy Rathera et al. [28] u sester na traumatologii jednou měsíčně nebo i méně.

Když se však distres objeví, zasahuje ošetřující personál, a to obvykle se střední intenzitou [52]. Jde o případy, kdy navrhovaný postup není pro daného pacienta nejvhodnější, ba může ohrozit jeho zdravotní stav; ať už pramení z rozhodnutí lékaře/lékařů anebo z tlaku rodinných příslušníků. Sestra s takovým rozhodnutím nesouhlasí a bojuje s tím, zda se vzepřít, nebo příkaz splnit. Zažívá řadu negativních emocí, jejichž společným jmenovatelem podle Crippena [53] je pocit určité bezmocnosti. Obvykle nejde jen o jednu situaci, o jednorázové působení distresu: opakované prožívání morálního distresu u sester vede k negativnímu kumulativnímu účinku [30, 31]. Zdá se, že všeobecné sestry zažívají – vzhledem ke svému postavení v hierarchii zdravotnických profesí – více morálního distresu než lékaři [48, 54].

Dosavadní výzkumy se však potýkají s řadou problémů [51]:

- Samotný jev je chápán a definován rozdílně, vznikají různé teoretické modely; ani terminologie není ustálená.
- Více pozornosti se věnuje okolnostem, za nichž vzniká morální distres, nikoli distresu samotnému.
- Výzkumy mají nejčastěji jednorázovou povahu, chybí systematické longitudinální zkoumání morálního distresu.

V posledních letech jsme svědky toho, že pojem morální distres se začíná chápat mnohem šířeji, nejen ve svých klinických souvislostech. Např. Jameton [55] upozorňuje, že řadu rozhodnutí o fungování zdravotnických zařízení připravují grémia, v nichž jsou zastoupeni převážně nezdravotníci (manažeři, ekonomové, právníci apod.), méně pak sami zdravotníci. Tím se může stát – ale to už dodáváme my – že se pak vytrácí ohled na pacienty a jejich potřeby.

Je dobře, že výzkumy morálního distresu zdravotnických pracovníků probíhají ve všech vyspělých zemích. Studují vnitřní a hlavně vnější překážky, které sestrám brání uskutečnit to, co samy považují za správné. Tento zájem o negativa má ovšem i svou stinnou stránku: málo pozornosti se věnuje protektivním a suportivním faktorům, které sestrám pomáhají úspěšně zvládnout zátěžovou situaci. Nadějnou výjimku tvoří výzkumy morální odvahy sester [56]. Výhledově bude třeba studovat morální problémy, s nimiž se zdravotníci potýkají, v celém spektru – včetně pozitivního vyústění.

Konflikt zájmů

Autor prohlašuje, že si není vědom žádného konfliktu zájmů.

Poděkování

Príspevek vznikl s podporou výzkumného projektu Univerzity Karlovy PRVOUK P37/09.

LITERATURA

- [1] Ptáček R, Bartůněk P a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada; 2011.
- [2] Nejadsarvari, N, Abbasi, M, Borhani, F, Ebrahimi A, Rasooli H, Hoseini M et al. Relationship of moral sensitivity and distress among physicians. *Trauma Mon* 2015 May;20(2):e26075.
- [3] Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: Moral distress in health care. *HEC Forum* 2012;24:1–11.
- [4] Mitton C, Peacock S, Storch, J, Smith N, Cornelissen E. Moral distress among healthcare managers: Conditions, consequences and potential responses. *Healthc Policy* 2010;6(2):99–112.
- [5] Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O’Gorman ML et al. Medical students’ experiences of moral distress: Development of a web-based survey. *Acad Med* 2010;85:111–17.
- [6] Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med* 2013; 29(2):395–8.
- [7] Edwards MP, Mc Clement SE, Read LR. Nurses’ responses to initial moral distress in long-term care. *J Bioeth Inq* 2013;10:325–36.
- [8] Jameton AA. *Nursing practice: the ethical issues*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1984.
- [9] Kramer M. *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis: Mosby Company; 1974.
- [10] Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002;9:636–50.
- [11] Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993;4:542–51.
- [12] Källemark S, Höglund A, Hansson M, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in health care system. *Soc Sci Med* 2004;58(6):1075–84.
- [13] Austin W. Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *HEC Forum* 2012;24(1):27–38.
- [14] Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: a labor and delivery nurse’s experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;23(1):16–29.
- [15] Lützén K. *Moral sensitivity; a study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing (doctoral dissertation)*. Stockholm: Karolinska Institute; 1993.
- [16] Harding S. Value laden technologies and the politics of nursing. In: Sprecker SJ, Gadow (eds). *Nursing: images and ideals*. New York: Springer Publishing; 1980:49–75.
- [17] Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Adv Nurs Sci* 1991;14(2):1–21.
- [18] Rushton CH. Care-giver suffering in critical care nursing. *Heart Lung* 1992;21:303–6.
- [19] Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract* 2004;18(1):73–93.
- [20] Mareš J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing; 2012.
- [21] Raines ML. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2000;2(1):29–41.
- [22] Falcó-Pegueroles A, Lluch-Canut T, Guàrdia-Olmos J. Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC Med Ethics* 2013;14:22.
- [23] Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10(6):775–82.
- [24] Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jakobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005;12(4):381–90.
- [25] Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses’ perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nurs Ethics* 2012;19(4):488–500.
- [26] Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses’ moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nurs Ethics* 2008;15(3):304–21.
- [27] Wall S, Austin W (2008). The influence of teams, supervisors and organizations on healthcare practitioners’ abilities to practice ethically. *Nurs Res* 2008;21(4):85–99.
- [28] Rathert, C, Douglass, RM, Chung, HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 2016;53(1):30–49.
- [29] Rodney P, Varcoe C, Storch JL, McPherson G, Mahoney K, Brown H et al. Navigating a moral horizon: A multi-site qualitative research study of nurses enactment of ethical practice. *Can J Nurs Res* 2002;34(3):75–102.
- [30] Webster G, Bayliss F. Moral residue. In: Rubin S, Zoloth L (eds). *Margin of error: The ethics of mistakes in the*

- practice of medicine. Hagerstown: University Publishing Group; 2000.
- [31] Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009;20(4):330–42.
- [32] Lützn K, Ewalds-Kvist BE. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: Viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioeth Inq* 2013;10:317–24.
- [33] Lützn K, Johanson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nurs Ethic* 2000;7:521–30.
- [34] Lützn K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics* 2003;10(3):312–321.
- [35] Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *J Adv Nurs* 2007;57(4):392–403.
- [36] Lützn K, Ewalds-Kvist BE. Moral Distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum* 2012;24:13–25.
- [37] Heřmanová J, Zvoníčková M, Svobodová H. Morální tíseň – nové téma etiky v ošetrovatelství. *Sestra* 2010;20(2):16–17.
- [38] Bendová Z. Etika umírání a smrti v intenzivní péči (bakalářská práce). Hradec Králové: Lékařská fakulta UK, 2011.
- [39] Herdan TH. NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014. (český překlad Pavla Kudlová). Praha: Grada Publishing, 2013.
- [40] Marečková J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing; 2006.
- [41] Mareš J. Etické otázky současné intenzivní péče v kardiologii. *Interv Akut Kardiol* 2011;10(Suppl. B):8–12.
- [42] Hacklová R. Psychosociální zátěž/stres sester na dětských odděleních. Praha: Státní zdravotní ústav; Benův den fyziologie a psychofyziologie práce. 13. června 2012, 25 s. [online] [cit. 2016-01-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/BD_120613_Hacklova.pdf
- [43] Drábková J. Etické výzvy 21. století pro kritické stavy a intenzivní medicínu. In: Ptáček R, Bartůněk P, editors. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing, 2014:187–204.
- [44] Slezáková Z. Ošetrovatelství v neurologii. Praha: Grada Publishing; 2014.
- [45] Sekerka LE, Bagozzi RP. Moral courage in the workplace: moving to and from the desire and decision to act. *Bus Ethics Eur Rev* 2007;16(2):132–49.
- [46] Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005;14:523–30.
- [47] Epstein E. End-of-life experiences of parents, nurses, and physicians in the newborn intensive care unit (doctoral dissertation). Charlottesville: University of Virginia; 2007.
- [48] Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007;35(2):422–29.
- [49] Wilson MA, Goettemoeller DM, Bevan NA, McCord JM. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *J Clin Nurs* 2013;22:1455–66.
- [50] De Veer AJ, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50:100–8.
- [51] Hamric AB. Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum* 2012;24(1):39–49.
- [52] Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015;22(1):15–31.
- [53] Crippen, D. Moral distress in medicine: Powerlessness by any other name. *J Crit Care* 2016;31:271–2.
- [54] Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care* 2012;21(1):41–52.
- [55] Jameton AA. Reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq* 2013;10:297–308.
- [56] Gallagher A. Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. *OJIN* 2011;16(2):1–8.