

Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Přehledová studie předkládá pediatrické veřejnosti tematiku, která v České republice není zatím předmětem hlubšího zájmu, třebaže je pro péči o dětské pacienty důležitá. Jedná se o případy, kdy zdravotník ví, co by bylo správné pro dětského pacienta udělat, ale vnější překážky (ekonomické, tlak nadřízených, spolupracovníků, rodičů) mu znemožňují takový postup uskutečnit. Studie shrnuje zahraniční zkušenosti a strukturuje je do čtyř oddílů: 1. definuje pojem morální distres a pojmy jemu příbuzné; 2. uvádí jako příklad dva modely morálního distresu; 3. seznamuje s diagnostickými postupy (kvantitativními, kvalitativními a smíšenými); 4. ilustruje hlavní směry výzkumu tohoto jevu. Upozorňuje, že pozornost badatelů se zatím soustřeďuje na morální distres, jemuž jsou vystaveni lékaři a sestry v nemocnicích. Stranou zatím zůstává zkoumání morálního distresu, s nímž se potýkají zdravotníci v ambulantních zařízeních.

Klíčová slova: pediatrie, morální distres, lékař, sestra, diagnostika.

Moral distress of physicians and nurses in pediatric care

The overview study presents to pediatric public some topics that are important for the care of child patients but so far are not an object of deeper interest in the Czech Republic. There are cases where healthcare professionals know what would be right to do for child patients but external obstacles (economic, pressure from superiors, co-workers or parents) prevent them from carrying it out. The study summarizes the experience from abroad and divides them into four sections: 1. It defines the term moral distress and terms related to it; 2. It presents two models of moral distress as examples; 3. It introduces assessment procedures (quantitative, qualitative and mixed); 4. It illustrates the main research directions dealing with this phenomenon. It points out that the attention of researchers is so far focused on the moral distress faced by physicians and nurses in hospitals, while the study of moral distress faced by medical staff in outpatient facilities remains aside.

Key words: pediatrics, moral distress, physician, nurse, assessment.

Úvod

Téma, jemuž je věnována tato přehledová studie, není úplně nové. Nové jsou jen dvě okolnosti: pro toto téma bylo navrženo (a odbornou veřejností přijato) specifické označení – morální distres; desítky let už probíhá jeho důkladný vědecký výzkum. Po věcné stránce se jedná o případy, kdy jedinec nemůže udělat to, co považuje za správné a je vnějšími tlaky 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. Jedinec zažívá rozpor, trápí se tím,

že se nevzepřel a jen plnil pokyny či příkazy nadřízených anebo se podvolil sociálnímu tlaku a jednal proti svému přesvědčení. Uvědomuje si, že jeho jednání nebylo správné, že to, jak jednal, je z hlediska etiky i mravních zvyklostí špatné. Ve zdravotnictví bohužel nejsou tyto situace výjimečné a přitom jejich dopady jsou vážné.

Pediatrům stačí připomenout dva příklady. Prvním je tlak ekonomů a manažerů, kteří se snaží, aby se v nemocnicích rozhodovalo o péči podle kritérií typu: cena-zisk (co se ekonomicky vyplatí dělat), cena-množství výkonů za časovou jednotku, cena-riziko spojené s výkonem; často jim primárně nejde o dětského pacienta, ani

o kvalitu života související s jeho zdravotním stavem. Druhým příkladem je tlak rodičů na dětské lékaře a sestry, aby při léčbě jejich dítěte postupovali tak, jak si oni – laici – ve své nerealistické naději přejí (1). Je pochopitelné, že většina rodičů své dítě miluje, a proto někdy požaduje udržovat dítě při životě „za každou cenu“. Bývají to situace, kdy je zdravotnický tým přesvědčen, že pokračovat v léčbě nebo dokonce zintenzivnit dosavadní léčbu dětského pacienta znamená buď dosáhnout jen minimálního a navíc přechodného zlepšení, anebo pouze oddálit konec života za cenu prodlužování utrpení všech (2). Naše přehledová studie si proto klade tyto cíle.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., mares@lfhk.cuni.cz

Lékařská fakulta UK, Ústav sociálního lékařství, Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2017; 18(4): 248–252

Článek přijat redakcí: 29. 6. 2017

Článek přijat k publikaci: 30. 8. 2017

S oporou o dostupnou literaturu: 1. definovat klíčový pojem morální distres, 2. předložit dva hlavní teoretické modely, 3. ukázat postupy, jimiž se diagnostikuje morální distres, 4. shrnout poznatky získané výzkumem morálního distresu u zdravotníků, kteří se věnují pediatrii.

Pojem morální distres

Americký odborník na etiku Jameton přišel v roce 1984 s novým pojmem **morální distres**. Napsal, že tento typ distresu „vzniká v situacích, kdy jedinec ví, co je správné udělat, ale institucionální překážky¹ činí téměř nemožné jednat tím správným způsobem.“ (3, s. 6). Později upravil svou definici do širší podoby: „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“ (4, s. 542).

Nalezneme i jiné definice: Jde o nepříjemné až bolestivé pocity zdravotníka, které jsou vyvolány specifickými situacemi; zdravotník ví, co je z morálního hlediska v těchto situacích správné udělat, ale je mu zabráněno, aby to skutečně udělal, ale je mu zabráněno, aby to skutečně udělal (5). Tým amerických pediatriů pracujících na JIP shrnul podstatu morálního distresu lapidárně: klíčovou charakteristikou morálního distresu zdravotníků je pocit bezmocnosti (6).

Zatím jsme mluvili jen o momentálním, aktuálním distresu. Jameton však rozlišil jeho dvě podoby: prvotní morální distres (*initial moral distress*) a reaktivní morální distres (*reactive moral distress*). **Prvotní** morální distres navozuje negativní emoce (např. vztek, úzkost) zažívané ve chvíli, když zdravotník čelí institucionálním překážkám a konfliktům se spolupracovníky – jde o konflikt hodnot. Zdravotník 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 nejedná pod vlivem prvotního distresu, ale v duchu se k celé situaci vrací (4). Obvykle – ale to už dodáváme my – se trápí tím, co udělal anebo tím, co neudělal a udělat měl.

Je třeba zdůraznit, že morální distres je subjektivní jev, prožitek daného zdravotníka, jeho

individuální zkušenost. Je ovlivněn jedincovým žebříčkem hodnot, který může být u jednotlivých zdravotníků odlišný a je podmíněn jejich pocitem odpovědnosti za pacienta (8). Morální distres se tedy nedostavuje automaticky, neboť závisí na schopnosti zdravotníka přemýšlet nad svými pocity. Ty souvisejí s jeho přesvědčením, co je správné a co nikoli. Lützenová (9) tuto specifickou vlastnost zdravotníka označuje termínem **morální senzitivita**, morální citlivost. Definuje ji jako bezprostřední pochopení a porozumění tomu, že daná situace je pro pacienta zraňující či ohrožující a současně uvědomění si, jaké morální důsledky s sebou nesou rozhodnutí, jež byla o pacientovi učiněna.

Třebaže jev, nazvaný morální distres byl původně identifikován a pojmenován u sester, záhy se ukázalo, že se vyskytuje také u příslušníků jiných profesí: u lékařů, fyzioterapeutů, klinických psychologů, zdravotnických manažerů, zdravotníků poskytujících domácí paliativní péči, farmaceutů, sociálních pracovníků (10), u stážistů (11) ba i mediků (12).

Jaké jsou dopady morálního distresu? Obvykle trojí. První se týká jednotlivce, který zažívá negativní emoce, a také dopadů na jeho osobnost: pocit bezmocnosti, frustraci, pocit viny, vzteku, ohrožení integrity své osobnosti. Druhá skupina dopadů se vztahuje k jeho profesionální roli, ohrožení jeho odborných kompetencí, jeho profesionální autonomie a odpovědnosti za poskytovanou péči. Třetí skupina dopadů se týká pracoviště jako celku. Pokud se zážitky morálního distresu opakují, pak se zhoršují vztahy na pracovišti, snižuje se kvalita poskytované péče, stoupá riziko odborných chyb, je ohrožena bezpečnost pacientů. Zdravotníci začínají uvažovat o odchodu z daného pracoviště, někteří o odchodu z profese vůbec.

Z předchozího výkladu by se mohlo zdát, že morální distres je jenom škodlivý jev. Není tomu tak. V řadě případů jsme oprávněni mluvit i o **pozitivním efektu** morálního distresu (7). Už samo vyprávění zdravotníka o zažitém morálním distresu svědčí o tom, že mu není lhostejné, jak se s pacientem na jeho pracovišti zachází. Zdravotník dává najevo své vysoce morální hodnoty a snahu poskytnout pacientovi co nejlepší péči (13). Jinak řečeno: zážitek distresu může otevřít cestu pro zdravotníkovu sebereflexi, pro morální odvahu bránit zájmy pacientů a jejich

rodin, úsilí o nejvyšší kvalitu poskytované péče; to vše pak může vést k rozvoji zdravotnickovy osobnosti (10).

Čím se morální distres od podobných pojmů? Liší se od **morální nejistoty**, při níž 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 nevyvíjí nátlak) a nese za své rozhodnutí odpovědnost. Morální distres se liší i od **morálního rozhořčení** (*moral outrage*), kdy jedinec pozoruje situaci, v níž se někdo jiný chová nemorálně a nepříjemně ji prožívá (14).

Až doposud jsme vysvětlovali odborné pojmy, ale průběh celého procesu jsme spíše naznačovali. Nyní je čas podívat se na průběh morálního distresu podrobněji.

Dva modely morálního distresu

Teoretických modelů, které se snaží vysvětlit strukturní složky morálního distresu, jejich vzájemné vazby a celý proces včetně jeho výstupů, bylo navrženo několik. My vybereme jen dva, které jsou nejbližší praxi, neboť umožňují rychlý vhled do diskutované problematiky. Prvním z nich je model Nathanielové (15, 16), který vznikl na základě kvalitativního výzkumu. Autorka vedla hloubkové rozhovory s 21 sestrami a jejich vyprávění o morálně náročných situacích analyzovala pomocí tzv. zakotvené teorie. Model předpokládá, že zdravotník po svém vstupu do profese se zapracovává; při tom se setkává s různě náročnými situacemi a při jejich zvládnutí prochází třemi stadii. 1. Stadium pohody, vyrovnanosti, snadnosti (*stage of ease*). Zpravidla mívá čtyři složky. Jedinec se po nástupu postupně stává zdravotníkem a ustalují se jeho osobní přesvědčení a hodnoty. Profesionalizuje se a vstěpuje si normy své profese. Stává se součástí daného zdravotnického zařízení a přijímá jeho lokální sociální normy. Pracuje a získává odborné i lidské zkušenosti.

Co se stane, když je tento vývoj narušen morálně náročnou situací a zdravotník je náhle postaven před vážný morální problém? Hodnoty, které vyznává, jsou v rozporu s tím, co se po něm požaduje. Zdravotník zažívá distres, neboť se u něj dostává do konfliktu loajalita vůči morál-

1. 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 zdravotníkům provést potřebný výkon, uskutečnit takovou intervenci, kterou považují pro daného pacienta v daných podmínkách za nejlepší (7).

Tab. 1. Dotazníky zjišťující morální distres pracovníků poskytujících pediatrickou péči (řazeny podle doby vzniku)

Název a autor	Počet položek	Způsob odpovídání	Obsahová struktura	Reliabilita	Komentář
MSQ – Moral Sensitivity Questionnaire (9)	30	Sedmistupňová škála 1–7	Šest proměnných: 1. orientace vztahů zdravotníka k pacientovi 2. strukturování smyslu pro morální hodnoty 3. benevolence, morální motivace 4. autonomie pacienta 5. prožívání morálních konfliktů 6. respektování zaběháných pravidel	Cronbach. alfa 0,78	Byl použit např. v tomto pediatrickém výzkumu: (22)
MDS – P/N Moral Distress Scale pediatric/neonatal version (23)	21	Pětistupňová škála 0–4	Jednodimenzionální dotazník: každá položka se hodnotí ze dvou pohledů: četnost výskytu dané situace, intenzita zažívaného morálního distresu v dané situaci; kompozitní skóre má rozmezí 0–160	Cronbach. alfa 0,88	Byl použit např. v těchto pediatrických výzkumech: (23, 24, 25, 26, 27)
MDS-R Moral Distress Scale (28)	38	Sedmistupňová škála 0–6	Tři proměnné: 1. individuální odpovědnost 2. není to v pacientově zájmu 3. klamání pacienta	Cronbach. alfa 0,82–0,98	Byl použit např. v tomto pediatrickém výzkumu: (29)
MSQ – Moral Sensitivity Questionnaire (30)	9	Šestistupňová škála 1–6	Tři proměnné: 1. pocit morální zátěže 2. pocit morální síly, odolnosti 3. pocit morální odpovědnosti	Údaj není dostupný	Byl použit modifikovaně. v tomto pediatrickém výzkumu: (31)
MDS-R Moral Distress Scale-Revised (32)	21	Pětistupňová škála 0–4	Jednodimenzionální dotazník: každá položka se hodnotí ze dvou pohledů: četnost výskytu dané situace, intenzita zažívaného morálního distresu v dané situaci; kompozitní skóre má rozmezí 0–360	Cronbach. alfa 0,89	Byl použit např. v těchto pediatrických výzkumech: (33, 34, 35, 36, 37)
Dotazník zjišťující kontext morálního distresu na pracovišti					
HES – Hospital Ethical Climate Survey (38)	26	Pětistupňová škála 1–5	Jednodimenzionální dotazník, který se zajímá o tyto tematické okruhy: 1. vztahy sestry s dalšími sestrami 2. vztahy sestry s lékaři 3. vztahy sestry s pacienty 4. vztahy sestry s managementem 5. vztah sestry k nemocnici	Cronbach. alfa 0,68–0,92	Byl použit např. v těchto pediatrických výzkumech: (39, 20, 36)

ním hodnotám, ale také vůči spolupracovníkům, vůči pracovišti, vůči pacientovi a jeho rodině. Nastupují další dvě vývojová stadia.

- Stadium rozhodování co udělat, jak řešit vzniklý problém (*stage resolution*). Zahrnuje dvě základní tendence: jít do toho, něco podniknout versus jít od toho, nekomplikovat si život.
- Stadium reflexe toho, co se stalo, co zdravotník udělal a jak to dopadlo; rozmyšlení, posuzování (*stage reflection*). Obvykle mívá čtyři složky: zapamatování si takové situace na dlouhé roky; nutnost podělit se s někým o svůj zážitek, vyprávět se z něho; rozbírat znovu celou situaci; naučit se žít s důsledky této situace, ať už byly pozitivní nebo negativní.

To byl ve stručnosti první model, který nese obtížně přeložitelné označení: *model moral reckoning* – snad model morálního zvažování (15).

Druhý model se snaží vysvětlit případy, kdy nejde o jednorázovou záležitost, ale – což je v praxi běžnější – o situace, kdy zdravotník zažívá na pracovišti morální distres opakovaně. Model

Webster a Baylis (17) předpovídá, že zdravotník zažije morálně náročnou situaci, během níž distres, který prožívá, stoupá k vysokým hodnotám. Zdravotník se snaží se zátěžovou situací vyrovnat, zvládat ji a tak se prožívaný distres postupně snižuje. Jádrem modelu je předpoklad, že se žádný zdravotník nevyrovná s kterýmkoli morálním distresem úplně, bezesbýtku, tj. tak, že by intenzita distresu skončila na nule. Naopak: autoři tvrdí, že po distresu zůstane v jedincově psychice negativní stopa, pocit nesprávného jednání, pokoření, selhání; krátce řečeno morální reziduum. Pokud se takové morálně náročné situace vracejí, negativní zážitky a jejich rezidua se hromadí, narůstají. Podle autorů **morální reziduum** je 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 (17, s. 208).

Epsteinová a Hamricová (18) na základě svých výzkumů konstatovaly, že negativní dopady morálních distresů, které zdravotník zažívá, se postupně kumulují a negativně působí

na psychiku jedince. Autorky si pro označení dlouhodobých kumulativních dopadů morálního distresu vypůjčily hudební termín: navrhly výraz *crescendový efekt*. Ten naznačuje, že nejde jenom o postupné mechanické narůstání, ale také o zesilování intenzity a stoupání účinku. Zmíněný model vysvětluje, proč zdravotníci dlouho snášejí tyto situace, ale po překročení jisté (ale individuálně odlišné) hranice, se rozhodnou pro radikální řešení: buď se postaví na odpor zažitým, ale morálně nepřijatelným praktikám, anebo z daného pracoviště odejdou.

Když víme, jaká rizika přináší morální distres jednotlivým zdravotníkům, zdravotnickým týmům i celým zdravotnickým pracovištím, pak je třeba takový distres včas identifikovat a přesněji diagnostikovat.

Diagnostika morálního distresu

Oborníci tradičně rozdělují diagnostické přístupy na kvantitativní, kvalitativní a smíšené, viz přehledové studie typu (19, 20, 21). Ke **kvantitativním přístupům** patří především dotazníky. Respondenty bývají nejčastěji zdravotní

sestry, lékaři, někdy jiní zdravotničtí pracovníci, výjimečně dospívající pacienti. V pediatrickém výzkumu se používají především tyto dotazníky (viz tabulka 1).

Ke **kvalitativním přístupům**, které se zatím ve výzkumech v pediatrii používají, patří čtyři: *individuální rozhovory* se zdravotníky, vyprávění zdravotníků, diskuze v ohniskové skupině, případové studie. Začneme individuálními rozhovory badatelů se zdravotníky. Leeová a Dupreová (40) vedly rozhovory s 29 zdravotníky (sestrami i lékaři) o tom, co prožívali v souvislosti s úmrtím 8 dětských pacientů. Identifikovali pět témat: důležitost citlivé komunikace, možnost, aby rodinní příslušníci mohli být s dítětem do poslední chvíle, dvojsečnost používání technologických zařízení při udržování životních funkcí, prožívání smutku, poskytování emoční opory rodinným příslušníkům. Druhý příklad: tým vedený Maguirovou (41) vedl rozhovor s 16 sestrami, které pracovaly na novorozenecké JIP. Sestry měly pocit, že péče o děti s abstinčním syndromem není dostatečná a nezahrnuje snahu o změnu chování matek. Měly vztek na matky-alkoholičky a projevily obavy o osud léčených dětí poté, co je zdravotníci propustí z nemocnice domů (riziko zanedbávání či poškozování dítěte). Pociťovaly svoji bezmocnost takovým dětem pomoci. Třetí příklad: badatelé v čele s Oerlemansovou (42) vedli rozhovory s 36 zdravotníky, kteří pečovali o novorozence. Byli to pediatri, genetici, gynekologové, praktičtí lékaři, manažeři, porodní asistentky. Zjistili dva hlavní zdroje morálních problémů: a) vnější, způsobené konflikty uvnitř multiprofesního týmu, b) vnitřní (tj. konflikty jedince pramenící z rozporných sociálních rolí, které musí zastávat anebo z konfliktu mezi profesionální rolí a svými morálními hodnotami).

Druhou výzkumnou metodou je *vyprávění*. Austinová se spolupracovnicí (43) navštívila šest pediatrických JIP v Kanadě. Badatelé shromáždili a analyzovali vyprávění 22 zdravotníků o morálně stresujících situacích, které při své práci zažili. Jejich informanti byli: lékaři a sestry na JIP, dietní sestry, odborníci na řízenou ventilaci, stážisté, sociální pracovníci. Identifikovali pět tematických okruhů, které nebyly vázány na konkrétní profesi: odpor některých zdravotníků, manažerů či rodiny vůči navrhovanému plánu péče; důvěra a odvaha zdravotníků; tajné dohody mezi zdravotníky; situace a okolnosti, které ovlivnily

budoucí rozhodování; privátní zážitky distresu dosud nikomu nevyprávěné.

Třetí metodou bývá *diskuze v ohniskové skupině*. Příkladem je výzkum Allenové a Butlerové (36) u skupiny 8 zkušených dětských sester z ARO a JIP. V diskuzi se vynořila tato témata: platy sester; charakteristiky dobrých sester na těchto pracovištích; zdroje morálního distresu; trápení se sester; snížení případů morálního distresu; dosažení moudrého nadhledu.

Čtvrtou metodou jsou *případové studie* s důkladným odborným komentářem, např. (8).

Smíšené přístupy kombinují oba přechozí. Příkladem může být výzkum Allenové a Butlerové (36), který používal tři metody: diskuzi v ohniskové skupině, dotazník Moral Distress Scale (verzi MDS-R) a dotazník Hospital Ethical Climate Survey – HECS.

Výzkumy v pediatrii

Lékaři a sestry, jež pečují o *dětské* pacienty, se denně setkávají se situacemi, které přináší etické konflikty jak různé intenzity, tak různé závažnosti. Problémem je, jak napsaly Butzová, Redmanová, Fryová už v roce 1998 (44), že se málo pozornosti věnuje morálnímu distresu u zdravotníků, kteří pracují v **ambulantní sféře**. Je smutné, že tato situace se za dalších dvacet let výrazně nezlepšila. V rámci zmíněného výzkumu autorky oslovily poštou 559 sester pracujících na dětských ambulancích s prosbou o spolupráci při výzkumu. Dotazník vyplnilo a poslalo 401 sester. Z nich 118 uvedlo, že zažívá etické problémy při poskytování péče, tj. 29,5 %. Jejich odpovědi badatelky roztřídily podle čtyř hledisek (tabulka 2).

Obecně lze říci, že pozornost většiny badatelů přitahují spíše ústavní zařízení a morální problémy spojené s jinými typy péče, než je

primární péče: péče o těžce nezralé novorozence (8), péče o ostatní novorozence na JIP (21, 45), péče o novorozence s abstinčním syndromem (41), péče o starší děti na JIP (36, 46, 47), transplantace kostní dřeně u dětí (35), krevní transfuze dětem a dospívajícím, jejichž rodiče patří ke Svědkům Jehovovým (48), terminální péče o dětské pacienty (49).

Diskuze a závěry

Jev, který je odborně označován jako morální distres zdravotníků, existuje ve zdravotnické praxi již dlouho a bezpochyby zasahuje také české dětské lékaře i dětské sestry. Za zmínku stojí, že více odborné pozornosti se mu dostává v nemocnicích, zatímco ambulantní pediatrická péče stojí stranou. Přitom má svá specifika, neboť jedním z výrazných zdrojů morálního distresu u ambulantních pediatriů nebývají spolupracovníci a nadřízení (jako je tomu v nemocnicích), ale nespolupracující rodiče. Připomeňme jen čtyři okruhy problémů, které musí praktický pediatr řešit.

Okruh první: Někteří rodiče odmítají výsledky lékařských výzkumů a prosazují návrat k tzv. přirozenému způsobu života bez vakcinace, bez antibiotik, s porody doma; vystupují vůči zdravotníkům až militantně (53). Okruh druhý: Šíření zavádějících a v řadě případů zcela nepravdivých informací po sociálních sítích o tom, co je pro dítě zdravé. Svěrázná sdružení matek, diskuzní blogy matek či aktivistů-nezdravotníků přesvědčují mladé matky o nebezpečnosti očkování, o výhodách vegetariánské stravy už od narození dítěte, o zahraničních zkušenostech s tzv. alternativní léčbou u dětí. Lékařovo trpělivé vysvětlování a tradiční postupy edukace v konkurenci této emočně sycené internetové kampani leckdy selhávají (54). Okruh třetí: Obězní

Tab. 2. Vybrané výsledky výzkumu v dětských ambulancích (44)

Hodnotící hledisko	Zjištění v ambulantní praxi
Kontext etických problémů	Vztahy mezi rodiči, dětmi a zdravotníkem: nesouhlas se způsobem léčby, který prosazují rodiče. Nesouhlas rodičů s plánem péče, nesouhlas zdravotníka s péčí poskytovanou dalšími zdravotníky: zbytečně prováděná péče, nadměrná péče, chybná rozhodnutí, absence souhlasu rodičů s léčbou, nedodržování doporučené léčby rodinou.
Konflikt různých etických principů	Non maleficence; beneficence; profesionální etika; alokace zdrojů; rozpor právního a etického pohledu; žádost o přerušování těhotenství u dospívajících; zjištění, že dochází k zanedbávání či týrání dítěte atd.
Prožívání konfliktu zdravotníkem	Morální dilema; morální distres; morální nejistota; jde o právní problém.
Způsob řešení etického konfliktu	Nedošlo k řešení; diskuze nebo spolupráce s jinými zdravotníky/rodiči/širší rodinou dítěte; obrana zájmů dítěte zdravotníkem; odmítnutí zdravotníka podílet se na určitém postupu; „přehráni“ problému na někoho jiného; předložení problému etické komisi atd.

děti obézních rodičů, kdy snaha pediatriu tváří v tvář pevným rodinným zvyklostem nemá potřebné výsledky. Okruh čtvrtý: Nespolupracující rodiče, kteří i u vážnějších onemocnění svého dítěte nedodrží doporučenou léčbu, svévolně si ji upravují nebo vysazují.

Zmíněné problémy nemají jen odborně-medicínskou stránku, ale svou stránku etickou. Pediatr ví, že nevhodné postoje některých rodičů a hlavně jejich neodborné až rizikové chování

ohrožuje zdraví dítěte. Pediatr se sice snaží rodiče přesvědčit, ale ne vždy se mu to daří aktuálně a jen zřídka dlouhodobě. Pokud se takové situace opakují, není divu, že prožívaný morální distres může vést k psychickému vyčerpání lékaře.

Aktuálním výzkumným problémem už proto není jen včasné diagnostikování morálního distresu zdravotníků, ale také doporučení, jak tyto zátěžové situace zvládat (55). Morální distres je sám o sobě převážně negativní jev; proto se

v posledních letech začínají zkoumat i pozitivní stránky, které s ním souvisejí: morální odolnost, resilience zdravotníků (50, 51), morální odvaha (14), morální aktérství (52), což je ku prospěchu zdravotníků samotných, kvality poskytované péče a především dětských pacientů.

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 16–28174A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

LITERATURA

- Crippen D. Moral distress in medicine: Powerlessness by any other name. *J Crit Care* 2016; 31: 271–272.
- Davies D, Mack C. When parents say “more” and health care professionals say “enough”. *Paediatr Child Health*. 2015; 20(3): 135–138.
- Jameton AA. *Nursing practice: the ethical issues*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1984.
- Jameton AA. Reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq*. 2013; 10: 297–308.
- Godfrey N, Smith S. Moral distress and the nurse practitioner. *J Clin Ethics*. 2002; 13(14): 330–336.
- Dodek P, Wong H, Norena M, et al. Moral distress in ICU professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 2016; 31(1): 178–182.
- Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9: 636–650.
- Hamric AB. A case study of moral distress. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014; 16(8): 457–463.
- Lützen K. *Moral sensitivity: A study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing* (doctoral dissertation). Stockholm: Karolinska Institute, 1993.
- Rodney PA. What we know about moral distress. *Am J Nurs*. 2017; 17(2): 7–10.
- Hilliard RI, Harrison C, Madden S. Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatr and Child Health*. 2007; 12(1): 29–35.
- Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, et al. Medical students' experiences of moral distress: Development of a web-based survey. *Acad Med* 2010; 85: 111–117.
- Harding S. Value laden technologies and the politics of nursing. In: Sprecker SJ, Gadow S. (Eds.) *Nursing: images and ideals*. New York: Springer Publishing, 1980: 49–75.
- Rushton CH. Principled moral outrage: An antidote to moral distress? *AACN Adv Crit Care*. 2013; 24(1): 82–89.
- Nathaniel AK. *A Grounded Theory of Moral Reckoning in Nursing* (doctoral dissertation). Morgantown: West Virginia University, 2003.
- Nathaniel AK. *A Grounded Theory of Moral Reckoning in Nursing*. Ground Theor Review. 2004; 4(1):
- Webster G, Bayliss F. Moral residue. In: S. Rubin, L. Zoloth, (Eds.) *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown: University Publishing Group, 2000: 217–232.
- Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009; 20(4): 330–342.
- Källemark-Sporro S, Höglund A, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics*. 2006; 13 (4): 416–427.
- Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, et al. Assessing and Addressing Moral Distress and Ethical Climate. Part II. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015; 34(1): 33–46.
- Prentice T, Janvier A, Gillam L, et al. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2016; 101: 701–708.
- Abdou HA, Baddar FM, Alkorashy HA. The relationships between work environment and moral sensitivity among the nursing assistants. *World Appl Sci J*. 2010; 11(11): 1375–1387.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001; 33(2): 250–256.
- Lawrence L. Work engagement, moral distress, educational level, and critical reflective practice in intensive care nurses (doctoral dissertation). Tucson: University of Arizona, 2009.
- Cavaliere T, Daly B, Dowling D, et al. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10(3):145–156.
- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses working in oncology and hematology units. *Nurs Ethics*. 2012; 19(2): 183–195.
- Brandon D, Ryan D, Sloane R, et al. Impact of a pediatric quality of life program on providers' moral distress. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2014; 39(3): 187–197.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, et al. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381–390.
- Dyo M, Kalowesb P, Devries J. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016; 36(1): 42–48.
- Lützen K, Dahlqvist V, Eriksson S, et al. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics*. 2006; 13: 187–196.
- Byrd LM. *Development of an instrument to identify the virtues of expert nursing practice: Byrd's Nurses Ethical Sensitivity Test – Byrd's NEST* (doctoral dissertation). Hattiesburg: University of Southern Mississippi, 2006.
- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res*. 2012; (2): 1–9. [cit. 25–6-2017] Dostupné na: <http://dx.doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
- Abbasi M, Nejadsharvari N, Kiani M, et al. Moral distress in physicians practicing in hospitals affiliated to medical sciences universities. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(10): e18797.
- Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, et al. Moral distress in pediatric healthcare providers. *J Pediatr Nurs*. 2015; 30: 908–914.
- Virani S, De Kesel-Lofthus A, Boyle DA, et al. Hematopoietic cell transplantation multidisciplinary care teams: burnout, moral distress and career satisfaction. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2015; 21: S363.
- Allen R, Butler E. Addressing moral distress in critical care nurses: A pilot study. *Int J Crit Care Emerg Med*. 2016; 2(2): 2–6.
- Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C. To change or not to change – translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). *BMC Med Ethics*. 2017; 18(14): 1–9.
- Olson L. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *J Nurs Scholarsh*. 1988; 30(4): 345–349.
- Penticuff J, Walden M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res*. 2000; 49(2): 64–72.
- Lee J, Dupree C. Staff experiences with end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *J Palliat Med*. 2008; 11(7): 986–990.
- Maguire D, Webb M, Passmore D, et al. NICU nurses' lived experience: caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Adv Neonatal Care*. 2012; 12(5): 281–285.
- Oerlemans AJ, Kluijtmans LA, van der Burg S. The moral life of professionals in newborn screening in the Netherlands: A qualitative study. *Public Health Ethics*. 2017; 10(1): 19–34.
- Austin WJ, Garros D, Carnevale F, et al. The Experience and resolution of moral distress in PICU teams: A Canadian experience. (2015). [cit. 25–6-2017] Dostupné na: <http://picumoralstress.ualberta.ca>
- Butz AM, Redman BK, Fry ST, et al. Ethical conflicts experienced by certified pediatric nurse practitioners in ambulatory settings. 1998; *J Pediatr Health Care* 12(4): 183–190.
- Green J. Living in hope and desperate for a miracle: NICU nurses perceptions of parental anguish. *J Relig Health*. 2015; 54: 731–744.
- Mekechuk J. Moral distress in the pediatric intensive care unit: the impact on pediatric nurses. *Leadersh Health Serv*. 2006; 19(3): 1–VI.
- Garros D. Moral distress in the everyday life of an intensivist. *Front. Pediatr*. 2016; 4: 91. doi: 10.3389/fped.2016.00091
- Harrison C. “Only flesh with its soul – its blood – you must not eat” (Genesis 9.3.4). *Paediatr Child Health*. 2007; 12(10): 867–868.
- Epstein E. End-of-life experiences of parents, nurses, and physicians in the newborn Intensive Care Unit (doctoral dissertation). University of Virginia, 2007.
- Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MK. A collaborative state of the science initiative: Transforming moral distress into moral resilience in nursing. *AJN*. 2017; 117(2): S2–S6.
- Young PD, Rushton CH. A concept analysis of moral resilience. *Nurs Outlook*. 2017; 1–9. doi: 10.1016/j.outlook.2017.03.009.
- Carnevale FA. Confronting moral distress in nursing: Recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66: 33–38.
- Kukla L, et al. *Sociální a preventivní pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 2016.
- Mareš J. Vliv sociálních sítí na zdravotní názory a zdravotní chování matek (referát). 12. kongres českých pediatriů a sester. Hradec Králové, září 2016.
- Lievrouw A, Vandheule S, Deveugele M, et al. Coping with moral distress in oncology practice: Nurse and physician strategies. *Oncol Nurs Forum*. 2016; 43(4): 505–512.