



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Proces morálního rozhodování v lékařské profesi

Vypracovala: Klára Kožnarová

Vedoucí práce: doc. Mgr. Alena Nohavová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Klára Kožnarová

Poděkování

Chci poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce doc. Mgr. Aleně Nohavové, Ph.D. za trpělivost, podporu, odborné vedení, za inspirativní a podnětné rady. Mé poděkování též patří všem respondentům za ochotu a upřímnost, s nimiž mluvili o svých zkušenostech s morálně dilematickými situacemi. Dále děkuji celé rodině za to, že mě provází životem. A v neposlední řadě chci poděkovat svým rodičům.

Tuto práci věnuji mamce, za všechno, co pro mě kdy udělala.

Abstrakt:

Bakalářská práce se soustředí na proces rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích. Teoretická část se zabývá principy lékařské etiky, definováním pojmů morální dilema a morální integrita, dále se věnuje dosavadním poznatkům v oblasti procesu rozhodování a výzkumům morálního distresu. Praktická část nejprve popisuje základní charakteristiky procesu rozhodování v situacích, jež konkrétní lékaři s gynekologicko-porodnickou specializací považují za morálně dilematické. Dále představuje dva modely procesu morálního rozhodování lékařů, které vycházejí z perspektivy první a třetí osoby. Následně je navržena teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích. Navržený model zakotvené teorie vychází z hloubkových rozhovorů s pěti lékaři s gynekologicko-porodnickou specializací.

Klíčová slova:

morální rozhodování, morální dilema, morální integrita, morální distres, lékařská etika, lékař

Abstract:

Bachelor thesis is focused on the decision-making process of doctors in moral dilemma situations. The theoretical part is engaged in the principles of medical ethics, also in defining the concepts of moral dilemma and moral integrity. Furthermore, it pays attention to present findings in the field of decision-making process besides the research of the moral distress experience. The practical part describes basic characteristics of decision-making in situations, that are viewed as dilemmatic by specific doctors with obstetrics and gynecology specialization. It also presents two models of doctor's moral decision-making which are founded on the first-person and third-person point of view. Followingly, the theory of moral (dis)integrity of doctors in dilemmatic situations was formed. The designed model of grounded theory originates from in-depth interview with five doctors with obstetrics and gynecology specialization.

Key words:

moral decision-making, moral dilemma, moral integrity, moral distress, medical ethics, doctor

Obsah

Úvod.....	9
1 Lékařská etika.....	10
1.1 Základní principy soudobé lékařské etiky.....	11
1.2 Lékařská etika a svědomí jednotlivce.....	12
1.3 Etická problematika v gynekologii a porodnictví.....	13
2 Proces rozhodování v morálně dilematických situacích.....	16
2.1 Morální dilema.....	16
2.1.1 Obecné typy morálně dilematických situací v lékařské praxi.....	16
2.1.2 Faktory zvažované při řešení morálního dilematu.....	17
2.2 Proces morálního rozhodování.....	18
2.2.1 Časová perspektiva a množství času v procesu morálního rozhodování.....	20
2.2.2 Morální atmosféra kontextu a afektivní stavy: teorie duálních procesů.....	21
2.2.3 Já vs. druhí: empatie a perspektiva v procesu morálního rozhodování.....	22
2.2.4 Vliv stresu na proces morálního rozhodování.....	23
2.2.5 Proces morálního rozhodování v lékařském prostředí.....	23
3 Morální integrita a morální distres.....	25
3.1 Morální integrita a morální identita jednotlivce.....	25
3.1.1 Atribuce morální zodpovědnosti a obranné strategie.....	26
3.2 Morální distres.....	26
3.2.1 Morální reziduum.....	28
4 Metodologie výzkumu.....	29
4.1 Výzkumný problém.....	29
4.2 Výzkumné cíle.....	29
4.3 Výzkumné otázky.....	29
4.4 Design výzkumu.....	30
4.5 Vymezení výzkumného souboru.....	30
4.6 Metoda sběru dat.....	31
4.7 Metoda zpracování dat.....	33

4.8	Etika výzkumu	33
5	Analýza dat pomocí zakotvené teorie	34
6	Výsledky výzkumného šetření	37
6.1	Zdroje morálních dilemat.....	37
6.1.1	Pracovní podmínky	37
6.1.2	Pracovní kolektiv.....	40
6.2	Morální dilemata	41
6.3	Kontext morálních dilemat.....	45
6.3.1	Tlaky a nároky.....	45
6.3.2	Rutinní problematika.....	46
6.4	Intervenující podmínky v morálních dilematech	47
6.4.1	Emoce.....	47
6.4.2	Empatie.....	48
6.4.3	Požadavky profese.....	48
6.4.4	Profesní scénář	49
6.5	Strategie jednání a interakce v morálních dilematech.....	51
6.5.1	Komunikace s pacientem	51
6.5.2	Proces rozhodování	52
6.5.3	Kontrola situace.....	54
6.5.4	Zvládání morálních dilemat.....	55
6.6	Následky morálně dilematických situací.....	56
6.6.1	Profesní růst.....	56
6.6.2	Morální reziduum.....	58
7	Konceptuální schéma procesu rozhodování lékaře v morálně dilematických situacích.....	60
7.1	Morální (dis)integrita	61
7.2	Lékař a jeho lidský a odborný přístup.....	61
7.3	Ilustrace konceptuálního schématu na modelovém případě.....	63
7.3.1	Modelový případ	63
8	Zakotvená teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích.....	66

8.1 Analytický příběh.....	66
9 Diskuze.....	71
Závěr	73
Zdroje	74
Seznam tabulek	79
Seznam obrázků	80
Seznam příloh.....	81

Úvod

Jak řekl Seneca: „*Lékaři platíme za práci, za jeho srdce mu však zůstáváme dlužni.*“

Pocházím z dvougenerační lékařské rodiny, kde mě učili chovat v úctě všechny formy života a cenit si zdraví, jelikož není samozřejmostí. Pacient lékaře vídává v bílém plášti, v nemocničním prostředí. Já znám i druhou stránku, kdy přichází unavený domů, někdy s pochybami o svém konání, někdy se strachem z těžké operace, kterou bude muset druhý den provést. Je všeobecně známé, že lékařství je náročná profese. Mou motivací k volbě tématu byla především zvědavost a touha nahlédnout toto povolání očima člověka, jenž jej vykonává. Zajímalo mě, jakým způsobem lékaři přemýšlí, jak se rozhodují v okamžicích, které jsou pro ně jedny z morálně nejtěžších.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá lékařskou etikou (viz kap. 1), především v kontextu základních principů, jež hrají ve vykonávání této profese ústřední roli. Dále se soustředí na definování pojmu morální dilema a na proces rozhodování v morálně dilematických situacích, který se snaží popsat z vícero hledisek (viz kap. 2). V následující kapitole (viz kap. 3) představuje koncept morální integrity, fenomén morálního distresu a vzniku morálního rezidua v lékařském prostředí.

Praktická část bakalářské práce se soustředí na proces rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích (též na vnější a vnitřní faktory v něm působící), na společné charakteristiky těchto situací a na srovnání perspektiv mladších, neatestovaných lékařů (jež pracují pod dohledem) a lékařů atestovaných, starších, kteří za svá profesní rozhodnutí nesou plnou zodpovědnost (viz kap. 6). Dále popisuje, jakým způsobem lékaři morálně dilematické situace prožívají a jaké je pracovní prostředí, v němž se proces morálního rozhodování odehrává. Na základě analýzy získaných dat představuje navrženou teorii morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích (viz kap. 7 a 8).

1 Lékařská etika

Slovo etika pochází z řeckého „*ethos*“, což znamená „zvyk, mrav či obyčej“. Jedná se o nauku, která se zabývá etickým (správným) jednáním a chováním v lidském společenství, jež je mravně závazné jak pro celek, tak i pro jednotlivé členy (Jankovský, 2003).

Kořenek (2002, s. 50) pak říká, že „*lékařská etika se jako profesní etika zabývá nejen etickými hodnotami, mravními normami a jejich realizací v konkrétní lékařské praxi, ale také mravními požadavky, které určují chování, vztahy a ideály, které jsou charakteristické pro osoby vykonávající lékařské povolání.*“ Lékařská etika si tedy klade vícero cílů. Mezi ně patří například definování základních principů, ze kterých tato disciplína vychází, dále se jedná o kultivaci osobnosti lékařů (a budoucích lékařů) dle mravních ctností, a v neposlední řadě se lékařská etika pokouší analyzovat dilematické situace vyskytující se v medicíně, nabídnout možná východiska i přístupy k těmto problematickým momentům (srov. Kořenek, 2002; Raudenská, 2011).

Ačkoliv se odborná literatura shoduje ohledně vymezení cílů lékařské etiky (např. Haškovcová, 2015; Kořenek, 2002), způsoby jejich naplňování se stále mění a vyvíjejí spolu s tím, jak se vyvíjela a měnila lékařská (potažmo lidská) společnost.

Pellegrino (2001) hovoří o *vnitřních a vnějších zdrojích* lékařské etiky; za vnější zdroj považuje filosofický rámec a rámec společenský, za vnitřní pak označuje zdroj, který má původ v povaze samotné lékařské profese, jakožto pomáhající profese. Přítomnost tohoto vnitřního zdroje podporuje skrze argument, že „*medicína existuje, protože být nemocný a být léčen jsou univerzální lidské zkušenosti, nikoliv proto, že společnost ustanovila medicínu jako profesi*“ (Pellegrino, 2001, s. 563).

Medicinskou tradici a etiku lékařství můžeme vysledovat již v dobách antického Řecka, kdy byl formulován slib v Hippokratově přísaze. Tento závazek dále krystalizoval pod působením judaistické a křesťanské víry. Formován nespočetnými vlivy byl v určité podobě zakořeněn v legislativě a přetvořil se v povinnost eticky jednat, která je vyžadována od každého lékaře pracujícího v 21. století. Vznikla snaha stanovit univerzální etické principy, které by byly všeobecně přijatelné pro světovou lékařskou komunitu. Beauchamp a Childress (2001) ve své knize rozpracovali čtyři základní principy lékařského povolání, jimž se podrobně budeme věnovat níže. Jejich formulace se silně odráží v soudobém pojetí medicínské etiky, která rezonuje především v angloamerické oblasti (Kořenek, 2002).

Jak však podotýká Matějka (2006, s. 50) „*je však otázkou, zdali je nutno myšlenkově setrvat pouze na těchto čtyřech principech a zda není možnost jít dále. Nabízejí se otázky: Proč právě tyto principy? Proč nezvolit jiné? 'Katalogy' ctností jsou přece tak různé a bohaté...*“ Matějka svou poznámkou reflektuje tzv. *morální relativismus*, pojem, jehož prostřednictvím některé filosofické

směry poukazují na různé kulturní, sociální a národnostní kontexty, v nichž může být konkrétní situace či morální princip nahlížen i hodnocen rozdílně (tamtéž). Vybízí k otázce, zda existují absolutně platné (tj. obecné, „základní“) morální principy, ať už v lékařském oboru či v lidském životě jako takovém.

1.1 Základní principy soudobé lékařské etiky

Beauchamp a Childress (2001, s. 14) hovoří o tzv. *prima facie* („na první pohled zřejmých“) etických principech, o nichž tvrdí, že „*se jedná o zcela závazné principy, jež musí být dodržovány, pokud nejsou v konfliktu s mimořádnou událostí, která obsahuje stejně silný či silnější závazek*“. Zároveň však hovoří o faktu, že morální principy, pravidla i práva obecně, by měly být posuzovány z různých hledisek, a to za užití metod zvažování (*balancing*) a specifikace (*specification*). Specifikace s sebou nese citlivější posuzování rozsahu a rámce (*range and scope*) daného morálního principu v aktuálně řešené situaci. Zvažování má pak za následek posuzování váhy a síly (*weight and strength*) morálních norem v konkrétním případě. Tyto metody by měl každý lékař ve své praxi a v individuálních případech používat.

Mezi čtyři základní principy Beauchamp a Childress (2001) řadí:

- a) *princip nonmaleficence* (nepoškozování), který lékaři brání pacientovi ublížit či jej poškodit,
- b) *princip beneficence* (konání dobra, směřování k dobru), jehož prostřednictvím by lékař měl usilovat o tělesnou a duševní pohodu (tzn. zdraví) svého pacienta, vše činit s ohledem na něj a pro jeho dobro,
- c) *respekt k autonomii*, kdy má lékař ctít autonomii pacienta, v léčebném procesu jej brát jako rovnocenného partnera, a zároveň brát ohled na jeho preference i hodnoty,
- d) *princip spravedlnosti*, jenž se týká především léčení všech pacientů s co nejlepšími úmysly, bez ohledu na jejich rasu, věk, pohlaví, národnost, náboženské vyznání či společenské postavení, a také spravedlivé distribuce prostředků např. v oblastech s nedostatkem zdravotnického materiálu a léčiv.

Výše uvedené zákonitosti jsou ušlechtilou vizí, mezi jejíž přednosti někteří autoři řadí srozumitelnost, jednoduchost a do určité míry i univerzalitu (např. Campbell, 2003; Gillon, 1994).

Uvedené principy však již ve svém zárodku přináší otázky či platformu pro vznik etických problémů. Campbell (2003) varuje před zanedbáváním emočních a osobnostních faktorů na straně lékařů. V Čechách pak například Kořenek (2002) hovoří o principu respektování autonomie jako o problematickém z vícero stran, a to jak z hlediska odpovědnosti lékaře (morální i legislativní) za své pacienty, tak i z hlediska faktu, že se v současné společnosti zdá být opomíjena pacientova

povinnost o své zdraví dbát a předcházet tak onemocnění. K tomuto tématu Campbell (2003) prohlašuje, že spíše než k respektování autonomie, by měl třetí princip vyzývat k *respektování osoby pacienta*.

Kořenek (2002) dále uvádí myšlenku, že ačkoliv je princip nonmaleficence (nepoškozování) dodržován, může dojít k neúmyslnému poškození pacienta např. vlivem náročné léčby, komplikací ad. Proto doporučuje zkoumat jednotlivé případy a podmínky, za kterých je možné toto riziko tolerovat. V tomto ohledu se odkazuje na tzv. *princip dvojího účinku*, vycházející z katolické teologie, kdy z jednoho činu mohou vzniknout dva účinky: pozitivní a negativní. V takovýchto případech je čin (jednání) možné uplatnit, pokud splňuje následující podmínky (Kořenek, 2002, s. 44):

- a) hlavní jednání je samo o sobě dobré, nebo aspoň indiferentní,
- b) základním úmyslem jednajícího je dobrý účinek, špatný účinek samozřejmě není jako cíl, ale ani jako prostředek,
- c) dobrý účinek není dosažen prostřednictvím špatného, který při jednání vzniká buď následně nebo souběžně k dobrému účinku,
- d) dobrý účinek je buď nad špatným účinkem, nebo je alespoň stejný,
- e) jednání, které má i negativní důsledky, nemůže být v dané situaci nahrazeno jiným jednáním, které by nepřinášelo negativní důsledky.

Také zahraniční autoři (např. Harris, 2003; Campbell, 2003; Cowley, 2005) vyjádřili znepokojení, že přílišné redukování etických principů v medicíně s sebou přináší řadu potíží, a především připravuje lékařskou etiku o její esenci, kterou je kultivace osobnosti lékařů v takovém rozměru, aby byli dostatečně vybaveni k vlastnímu řešení náročných dilemat profese (McGovern, 2016).

I Matějek (2006) hovoří o problematičnosti těchto principů, která vychází z jejich obecnosti: každý si jejich hranice potažmo obsah může představovat (lehce) odlišně. Z jeho slov však tato různost chápání morálních principů nemusí být na škodu, pokud mají lékaři odvahu obecné pojmy precizovat v odrazu svých vlastních hodnot, ideálů, přesvědčení a zkušeností.

1.2 Lékařská etika a svědomí jednotlivce

McGovern (2016) v závěru své práce konstatuje, že lékařská etika neleží v rukou nikoho jiného než samotných lékařů, kteří ji každodenně utvářejí (ne/respektují) svou prací. Etické standardy tedy stanovuje profese samotná, proto není potřeba vytvářet „kontrolní seznamy“ principů či ctností, jelikož tyto aspekty musí každý lékař ve své praxi nalézt a pojmenovat sám, dalo by se říct dle svého vlastního svědomí.

Anzenbacher (1994, s. 79) definuje svědomí dle filosofie Tomáše Akvinského jako mravní reflexi, jako „úvahu či zjišťování, zda úkon je nebo není mravně dobrý“. Tato mravní reflexe se pak může vztahovat k úkonu, který osoba ještě nevykonala, ale uvažuje o něm – v takovém případě hovoří o tzv. *předchozím svědomí* (consentia antecedens). Nebo se může vztahovat k činu již provedenému, pak mluví o *svědomí následném* (consentia consequens). Tomáš Akvinský o následném svědomí říká, že v případě činu konaného z dobrých pohnutek jej hájí či omlouvá, v případě činu špatného pak člověka obviňuje a/nebo jej trápí výčitkami. V každém případě svědomí „*před jednáním určuje kvalitu motivu jednání a svými příkazy nutká k dobrému, event. svými zákazy odvrací od zla (...) po jednání ospravedlňuje nebo odsuzuje tím, že poukazuje na vztah uskutečněného jednání k mé odpovědnosti a konfrontuje mě na základě mravní kvality jednání s mou morální hodnotou*“ (Anzenbacher, 1994, s. 83–84).

Propracované myšlenky Tomáše Akvinského ovlivnily nejen křesťanskou teologii, ale také evropské chápání morálky. My je zde uvádíme, jelikož hovoří o tématu svědomí, jehož koncept hraje podstatnou roli v zodpovídání etických otázek a řešení morálních dilemat.

Schopnost introspektivně posoudit hodnoty, které lékaře vedou k učinění konkrétního rozhodnutí, považují autoři Genuis a Lipp (2013) za základní komponentu etického rozhodování v této profesi. Upozorňují, že pro lékaře je důležité porozumět jejich vlastnímu morálnímu „kompasu“, jejich vlastnímu svědomí, díky němuž mohou v procesu rozhodování poznat, „*kteřé hodnoty jsou jejich hluboce zakořeněnými zásadami, které reprezentují navyklé vzorce společnosti a které jsou 'pouhými' osobními preferencemi*“ (Genuis & Lipp, 2013, s. 7–8), a na bázi tohoto vědění kvalitněji provést volbu. Autoři pak předkládají schéma tří komponent, jež by u každého případu měly být brány v potaz. Těmito komponentami jsou 1) lékařův úsudek (*physician judgement*), 2) profesní etika (*professional ethics*) a 3) pacientovy cíle a záměry (*patient objectives*).

Ačkoliv v odborných kruzích probíhá neustálá debata ohledně role svědomí jednotlivce v medicínské etice, výzkumných prací na téma, jak svým svědomím lékař reaguje na důsledky svého rozhodnutí, je málo (Genius & Lipp, 2013). Přestože se objevily snahy o zmapování této oblasti, a vynořily se psychologické koncepty jako morální distress či morální reziduum, většina výzkumů na toto téma je kvalitativně orientovaného designu. My se těmito koncepty v kontextu lékařské profese budeme podrobněji zabývat dále v teoretické části práce (viz 3.2). Kvantitativních studií, jež by hypotézy testovaly na reprezentativním vzorku lékařské populace, je málo, proto budeme vycházet i ze studií zahrnujících jiné výzkumné vzorky, či ostatní zdravotnické profese (zejména zdravotní sestry).

1.3 Etická problematika v gynekologii a porodnictví

V této podkapitole vyzdvihneme některé etické problémy, které jsou specifické pro obor gynekologie a porodnictví. Tyto etické problémy s sebou přináší složité otázky na zodpovězení;

zvláště proto, že gynekolog svými rozhodnutími ovlivňuje zdravotní a psychický stav pacientky a podílí se na následné kvalitě jejího života.

S rozvojem asistované reprodukce vyvstala nejrůznější dilemata. Hlavní otázkou ohledně umělého oplodnění (IVF) je myšlenka, zda jsme vůbec oprávněni ovlivňovat proces vzniku nového života, či do něj jakýmkoliv způsobem zasahovat (Ptáček et al., 2014). S touto tematikou pak souvisí otázky ohledně morálního statusu embrya, kde se názory štěpí do tří stanovisek: a) embryo nemá žádný morální status, jelikož je „pouze“ shlukem buněk, b) embryo má status jako jakákoliv jiná lidská bytost, c) embryo má status potenciální lidské bytosti, a proto by s ním mělo být zacházeno s respektem – k poslednímu stanovisku se přiklání většina odborné společnosti (Schenker & Eisenberg, 1997). Vlivem různorodého chápání embrya se pak vedou diskuze, kdy vlastně začíná lidský život a kdy embryo dosáhne plného potenciálu lidské bytosti.

S asistovanou reprodukcí je spojena i problematika surogátního mateřství¹, které je v občanském zákoníku České republiky (§ 775, 89/2012 Sb.) pouze okrajově zmíněno a nejsou pro něj vymezeny konkrétnější předpisy, přestože není zakázáno (Ptáček et al., 2014). Náhradní mateřství může být rizikové pro všechny zúčastněné strany (ať už z hlediska právního, zdravotního či psychického). Někteří se zároveň obávají, aby surogátní mateřství nepodporovalo „obchodování s dětmi“ či s rodičovstvím jako takovým (Brezina & Zhao, 2012).

Jedním z nejkontroverznějších témat oboru gynekologie a porodnictví je interrupce (umělé přerušení těhotenství), jelikož proti sobě staví práva ženy a práva plodu (tzv. *maternal-fetal conflict*). Názory se různí a pohybují se na škále mezi dvěma extrémy (Schenker & Eisenberg, 1997): první z nich představuje názor, že interrupce je ekvivalentní vraždě, a tudíž by neměla být prováděna. Druhý pak obhajuje absolutní právo ženy rozhodovat o svém těle. Mezi těmito póly se pak postojí vůči interrupci různí v závislosti na individualitě každého jedince, a také na okolnostech, kvůli nimž se žena rozhodla umělé přerušení těhotenství podstoupit. V České republice byla interrupce legalizována v roce 1957 (Kořenek, 2002). Etickou otázkou ohledně provádění interrupcí si každý lékař musí zodpovědět sám za sebe. Je-li to v rozporu s jeho přesvědčením, pak má zákonné právo odmítnout provedení zákroku (tamtéž).

¹ Náhradní matka odnese a porodí dítě, jež je pak osvojeno jeho biologickými rodiči, jelikož biologická matka potomka z nejrůznějších důvodů nemůže sama donosit či porodit.

Další poněkud kontroverzní problematikou je sterilizace², především v kontextu mladých žen, které se chtějí nechat sterilizovat, jelikož neplánují (nechtějí) mít v budoucnu děti (Committee Opinion No. 695, 2017). Lékař je tak postaven před rozhodnutí, zda tento ireverzibilní zákrok provést, jelikož existuje riziko, že žena své stanovisko v průběhu života změní.

Pro některé lékaře může být etickým problémem provést císařský řez bez medicínské indikace, tj. „na přání“ ženy (např. pokud má žena nepřiměřený strach z porodu, či je traumatizovaná předchozí zkušeností). Mezi důvody patří zejména rizika spojená se zjizvením dělohy (Ludwig & Loeffler, 2001). Také tato etická otázka je řešena individuálně, na bázi svědomí jednotlivce.

² Zákrok, který u ženy či muže způsobí neplodnost.

2 Proces rozhodování v morálně dilematických situacích

V následující kapitole se budeme zabývat procesem rozhodování v morálně dilematických situacích lékařské profese. Nejprve se zaměříme na definování pojmu morální dilema (morálně dilematická situace), na zasazení tohoto jevu do lékařského prostředí, a následně se pokusíme nastínit nejdůležitější skutečnosti, které se podílejí na procesu morálního rozhodování lékařů.

2.1 Morální dilema

Mareš (2017a, s. 32) definuje morální dilema jako „*morální problém, který nastává, když se dostávají do konfliktu dva morální principy (příp. i více principů), jež jsou stejně přesvědčivé, stejně závažné, ale navzájem se vylučují*“, přičemž jedinec je nucen nějak zvolit, nějak se rozhodnout pro jedno, protože zůstat nečinným nelze. Jedná se tedy o situaci obsahující morální konflikt, tj. etický aspekt fenoménu, a psychickou reakci na tento konflikt v různých podobách (např. morální distres, viz 3.2), tj. psychologický aspekt fenoménu (Fourie, 2013).

Morální konflikty mohou být různé, může se jednat o:

- a) konflikty mezi osobními zájmy a přijatými morálními hodnotami,
- b) konflikty mezi různými povinnostmi, závazky,
- c) konflikty mezi zjevně neslučitelnými hodnotami,
- d) konflikty pramenící z jediného morálního principu (Styron, 1979, cit. podle Christensen & Gomila, 2012, s. 1251).

2.1.1 Obecné typy morálně dilematických situací v lékařské praxi

Lékaři se ve své praxi setkávají s nejrůznějšími morálními dilematy. V této souvislosti uvádíme v následující tabulce typologii Warkové a Krebse (1996), kteří ve svém výzkumu vytvořili koncepci šesti základních dilematických situací, se kterými lidé přicházejí do styku (viz tab. 1).

Tabulka č.1 Typologie dilematických situací.

(1) filosofická dilemata	Abstraktní, hypotetická dilemata, která se přímo nedotýkají jedince ani jeho blízkých osob, ale v běžném životě se o nich často debatuje.
(2) antisociální dilemata: reakce na prohřešek	Týkají se rozhodnutí, jak reagovat na prohřešek, nespravedlnost, zločin či porušení pravidel.
(3) antisociální dilemata: reakce na pokušení	Jedinec je vystaven pokušení uspokojit své potřeby, naplnit touhy či dosáhnout zisku nepoctivým, nemorálním, nespravedlivým nebo nepřijatelným způsobem.

(4) sociální nátlak na porušení svých hodnot či identity	Jedinec cítí implicitní či explicitní nátlak od jiné osoby či skupiny, aby se zapojil do jednání, které porušuje jeho hodnoty či je inkonzistentní s jeho identitou.
(5) prosociální dilemata: reakce na protichůdné požadavky	Jedinec čelí dvěma či více lidem, kteří na něj mají protichůdné požadavky a musí se rozhodnout, komu pomůže nebo čí požadavky splní (často s důsledky pro přátelství či vztah).
(6) prosociální dilemata: reakce na potřeby druhých	Jedinec cítí konflikt, zda je či není odpovědný, zda se zapojit do jednání na podporu druhého člověka. Přemýšlí, jaké jsou jeho povinnosti a závazky vůči tomuto člověku.

Warková a Krebs (1996)

Lékař se (stejně jako všichni lidé) setkává se všemi uvedenými typy dilemat, ale tři následující se v jeho práci objevují častěji. Jedná se v první řadě o *prosociální dilemata*. Musí reagovat na protichůdné požadavky například tím, že je nucen simultánně dostát vícero rolím, mezi nimiž mohou vznikat konflikty (například mezi rolí zaměstnance a profesní rolí lékaře; McDougall, 2013). Ačkoliv lékařská profese jedince determinuje k neustálému věnování pozornosti pacientům a reagování na jejich potřeby, v zájmu zachování duševního zdraví si lékař musí vyjasnit, do jaké míry je zodpovědný za „osud pacienta“ a jak chápe své povinnosti a závazky vůči němu. Tyto závazky by měly zůstat v profesní rovině, aby nedošlo k přílišné osobní (či emoční) angažovanosti lékaře v péči o pacienta.

Lékař dále hledá své vlastní odpovědi na nejrůznější *filosofická dilemata* (kam sami autoři typologie řadí témata jako je například potrat či eutanázie), aby byl schopen poznat svůj morální „kompas“, utvořit svou morální integritu a v péči o pacienty jednat v souladu se svým přesvědčením. V tomto okamžiku se však může setkat se *sociálním nátlakem na porušení vlastních hodnot či identity* v případě, kdy vyhoví požadavkům nadřízeného, kolegů či pacienta na úkor sebe samého a sleví ze svých zásad.

2.1.2 Faktory zvažované při řešení morálního dilematu

Existuje několik faktorů, které mohou ovlivnit proces rozhodování jedince, jenž čelí morálnímu dilematu. Jedním z nich je dimenze **osobního či neosobního dilematu**, tj. *personal/impersonal factor* (Suessenbach & Moore, 2015), resp. jak moc se situace řešitele přímo dotýká. Autoři Nichols a Mallon (2006) ve svém výzkumu tento faktor také zohledňují a spojují jej s **emoční aktivací** jedince, což se odráží ve způsobu, jakým jedinci dilema řeší a jaké k němu zaujímají stanovisko (viz 2.2.2).

Krámský (in Ptáček et al., 2014) popisuje, že lidé mají tendenci osobní dilemata řešit spíše z tzv. pozice péče (*care-based moral decisions*), kdy jsou v situaci emočně i osobně zainteresováni, jelikož se jich velmi dotýká. Naopak v neosobním dilematu zaujímají tzv. pozici spravedlnosti (*rule-based moral decisions*), kdy situaci vnímají z perspektivy třetí osoby a při řešení se spoléhají spíše na racionalitu.

Dalším faktorem, který bývá v morálním dilematu brán v potaz, je **analýza zisků a ztrát**, tj. *cost/benefit analysis* (Nichols & Mallon, 2006). Jedná se o bilanci pozitiv a negativ možných alternativ, jimiž lze morální dilema vyřešit. Mareš (2017) uvádí, že v morálním dilematu jsou všechny možnosti řešení rovnocenné. Výběr té „nejlepší“ proto závisí také na osobnosti řešitele, jeho morálním kompasu a charakteru (*personality variables*; Suessenbach & Moore, 2015).

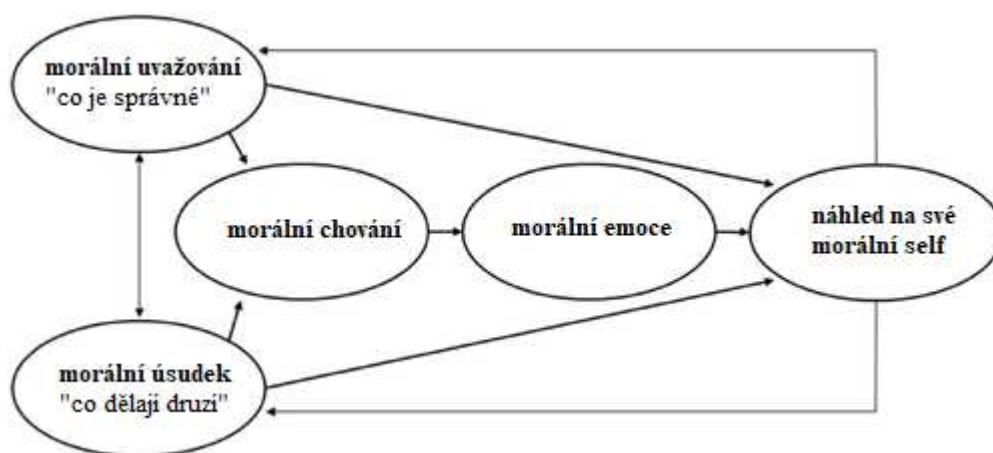
V neposlední řadě řešitel morálního dilematu hledá oporu **v morálních zásadách**, podle nichž posuzuje vhodnost řešení, a to z hlediska své vlastní morálky, ale i morálky druhých, společnosti (Nichols & Mallon, 2006).

2.2 Proces morálního rozhodování

Na úvod této podkapitoly chceme upozornit, že existuje velmi málo zdrojů ohledně procesu morálního rozhodování lékařů, a nepodařilo se nám nalézt psychologické studie, které by tento fenomén zkoumaly v prostředí gynekologie a porodnictví. Proto je následující text opřen zejména o studie, které se morálním rozhodováním zabývaly, ale v rámci odlišných lékařských pozic či dalšího zdravotnického personálu (např. zdravotními sestrami).

Proces morálního rozhodování u každého člověka probíhá zcela jedinečným způsobem, a to nejen vlivem jeho individuality, ale také vlivem specifičnosti dané situace, ve které se nachází. Jedná se o velmi komplexní jev, jenž je ovlivňován působením mnoha proměnných. Modely procesu morálního rozhodování prošly a stále prochází vývojem. Tento fenomén bude dále představen pomocí integrace dvou modelů (Ellemers et al., 2019; Yang & Wu, 2009), z nichž první je prezentován ve vizuální podobě (viz obr. 1).

Obrázek č.1 Souvislosti mezi zkoumanými konstrukty morální psychologie.



Ellemerová et al. (2019, s. 7)

Na počátku tohoto procesu stojí rozpoznání existence morálního dilematu (*moral recognition*), kdy hraje roli individualita jedince, jelikož odlišní lidé považují za dilematické odlišné situace, resp. někteří jedinci jsou více morálně sensitivní a více si všímají morálních aspektů situace. Poté dochází k interakci dvou procesů: morálního uvažování (*moral reasoning*), kdy jedinec na situaci aplikuje svou vlastní morálku, a zároveň dochází k celkovému zhodnocení situace a formování morálního úsudku (*moral judgement*). Na bázi morálního úsudku pak jedinec vytváří morální/etický záměr (*moral intention*), tj. vybírá alternativu, pro kterou se rozhodne a v závěru svůj záměr promění v akci, v určité konkrétní chování (*moral behavior*). Zároveň volby, které osoba učiní, mohou ovlivnit (tzn. pozměnit) morální úsudek tak, aby byla schopna si své činy ospravedlnit (Krebs, Denton, & Wark, 1997; Yang & Wu, 2009). Morální chování doprovází morální emoce (*moral emotions*), resp. emoce spojené s daným morálním dilematem, které se mohou objevit během, ale také až po skončení působení dané situace. Následně dochází k nahlédnutí celé aktivity jedince z hlediska jeho morální identity, tj. z hlediska jeho morálního self (*moral self-views*). V tento okamžik dochází buď k integraci (souladu; viz kap. 7 a 8) celého procesu s jedincovým self, nebo naopak k disintegraci, pokud jednání a self není v souladu (Ellemer et al., 2019).

Následující výčet uvádí některé faktory, které mohou ovlivnit formování morálního úsudku (Krebs, Denton, & Wark, 1997, s. 136):

- 1) typ morálního dilematu,
- 2) množství času na zkoumání, uvažování o situaci,
- 3) deontické volby, výběr (tj. volby ohledně povinnosti a mravního závazku),
- 4) incentivy, žádané výsledky, prioritní volby,
- 5) morální atmosféra kontextu (normy, role ad.),
- 6) publikum, obecnostvo,

- 7) já vs. druhí jako objekt morálního rozhodnutí,
- 8) očekávané důsledky morálních rozhodnutí,
- 9) afektivní stavy,
- 10) hrozby směřované na ego,
- 11) dostupnost omluv, racionalizací; odmítnutí odpovědnosti.

O morálním dilematu jsme hovořili již dříve (viz 2.1), proto bychom se dále budeme věnovat několika význačným faktorům, které intervenují v procesu morálního rozhodování: časové perspektivě (viz 2.2.1), roli emocí a racionality (viz 2.2.2), empatie (viz 2.2.3) a stresu (viz 2.2.4).

2.2.1 Časová perspektiva a množství času v procesu morálního rozhodování

Agerström a Björklund (2013, s. 374) poukazují na skutečnost, že „*míra, se kterou se lidé cítí napojení na své budoucí já (self) predikuje pravděpodobnost, že nepodlehnu morálním svodům. (...) Lidé, kteří vnímají kontinuitu s budoucím já (self), mají větší přístup k emocím svého budoucího já (např. vině), což jim brání jednat dle přítomných impulsů.*“ Autoři zmiňují vztah mezi moralitou, schopností abstraktního uvažování a orientací na budoucnost. Abstraktní uvažování umožňuje lidem vidět věci v souvislostech a více vnímat kontext situace, včetně morálních důsledků jejich činů.

Perspektiva budoucnosti hraje v morálním rozhodování velkou roli, jelikož dle Agerströma a Björklunda (2009a) vzdálenější události aktivují ideální self osoby (tj. hodnoty), zatímco události v blízké budoucnosti aktivují pragmatické self (tj. praktické zájmy a instrumentální odměny). Lidé tedy činí rozhodnutí, která jsou konzistentní s jejich morálními hodnotami spíše v souvislosti se vzdálenou budoucností, v blízké budoucnosti se jejich reakce více liší dle individuálního zaměření. Každopádně čím více významné jsou pro osoby morální hodnoty, tím více obvykle tíhnou k úsudkům a rozhodnutím, která jsou s nimi konzistentní (Agerström & Björklund, 2009a).

Význam časové perspektivy a množství času, které osoba má na učinění rozhodnutí, také vyzdvihují autoři Nohavová a Krámský (2015). Poukazují na problematiku validity testů zkoumajících proces morálního rozhodování skrze morálně dilematické příběhy, které jsou respondentům administrovány, a to z vícero hledisek. Na základě těchto příběhů se probandi mají rozhodnout, jak by se v situaci zachovali (či jak by se měla zachovat hlavní postava). V těchto výzkumných podmínkách mají respondenti dostatek času se k příběhu i vlastnímu rozhodnutí vrátet, rozmyslet si jej a obhájit v rámci (svých) morálních standardů. Autoři vznášejí legitimní otázku; jak by se proband rozhodoval, kdyby příběh mohl sledovat v reálném čase a v reálném čase na něj i reagovat?

2.2.2 Morální atmosféra kontextu a afektivní stavy: teorie duálních procesů

Při vytváření morálního úsudku pracují dva systémy, jejichž působení ve svém výzkumu představili Greene a kol. (2001) jako **teorii duálních procesů** (*dual-process theory*). První z procesů (*automatic-emotional process*) pracuje rychleji a vede k intuitivnímu rozhodnutí. Vytváří afektivní odezvu, která je méně racionální a někdy i méně výhodná. To se děje v okamžiku, kdy je osoba v situaci emočně či osobně angažovaná: např. řeší osobní morální dilema, nebo je ve velkém stresu (Youssef et al., 2012).

Druhý (*conscious-controlled process*) je pak zodpovědný za racionální, vědomé zhodnocení situace (pravděpodobně se aktivuje v případě, kdy je jedinec méně osobně či emočně zainteresován). Při rozhodování vychází ze znalostí, abstraktních morálních konceptů (např. spravedlnost) a analýzy situace.

Greene (2007) tyto dva systémy spojil se dvěma filosofickými myšlenkovými proudy: deontologií a utilitarismem. Za „otce“ deontologického filosofického hnutí je považován Kant, který je přesvědčen, že „*morální rozhodování je postaveno na pravidlech, která jsou odvozena z rozumové úvahy*“ (Nohavová & Krámský, 2015, s. 8). Deontologie tedy klade důraz na morální pravidla, která prezentuje jako bezpodmínečné a absolutně platné principy, a proto posuzuje správnost činu jako takového (v rámci tzv. neempirických univerzálních příčin; např. „za žádných okolností nezabíjet“).

Utilitarismus považuje za morální takové jednání, „*jehož důsledky jsou dobré pro co největší množství lidí*“ (Nohavová & Krámský, 2015, s. 8). Posuzuje tedy „správnost“ morálního aktu na základě důsledků, které z něj pramení (v rámci tzv. konkrétních empirických důsledků; tj. Machiavelliho známý výrok „účel světí prostředky“). Utilitarismus ospravedlňuje porušení obecných morálních principů v případech, jež jsou natolik morálně dilematické, že ani jedno řešení není bez následků. Přesto je však činění utilitaristického rozhodnutí obtížné, jelikož nalézt „optimální“ řešení pro všechny zúčastněné může být nejednoznačné i problematické, a to především proto, že řešitel nikdy nemá k dispozici „*nevyčerpatelné množství vstupních informací o situaci, k níž se vztahuje*“ (Nohavová & Krámský, 2015, s. 9).

Greene (2007) tato dvě velká filosofická hnutí v rámci etiky pak přiřazuje ke dvěma procesům své vlastní teorie. Správnost činu (deontologie) dle Greena spadá do úrovně prvního procesu (*automatic-emotional process*), kdy probíhá rychlé, intuitivní a afekty ovlivněné rozhodnutí. Soustředění se na důsledky pak odpovídá druhému procesu (*conscious-controlled process*), který situaci zhodnocuje na základě kognice. Napětí mezi těmito procesy pak připodobňuje napětí mezi uvedenými filosofickými proudy.

Autoři se stále neshodují v tom, jakým způsobem probíhá interakce mezi těmito systémy. Někteří se opírají o paralelní model, tj. že se oba procesy na morálním rozhodování podílejí souběžně (např. Bialek & De Neys, 2016). Další (např. Koop, 2013) zmiňují sériový model, kdy při vytváření

morálních úsudků nejprve probíhá výhradní posuzování situace na intuitivní, emoční rovině (*automatic-emotional process*), a až následně v pozdější fázi toto posouzení situace může ovlivnit vědomé zhodnocení (*conscious-controlled process*). Koop (2013) upozorňuje, že řešení morálního dilematu může probíhat odlišně v časové tísní. Protože však manipulace s časem při zkoumání nebyla dosud příliš užívána, nelze odlišnosti morálního rozhodování „pod tlakem“ podložit dostatečným množstvím vědecké práce.

Na teorii duálních procesů se během její existence snesla kromě uznání i vlna kritiky nejen z řad psychologické, ale i filosofické odborné společnosti. Sun (2013) poukazuje na fakt, že teorie duálních procesů nepracuje s lidskou motivací, která je podstatným aspektem podílejícím se na rozhodování.

Greenův výklad deontologie je považován z hlediska filosofie za problematický, jelikož je v rozporu s Kantovým pojetím, o čemž referují i autoři Nohavová a Krámský (2015, s. 10): „*Greene opomíjí, že deontologickému rozhodnutí předchází ona podstatná obecná 'porada se sebou samotným', tedy je z tohoto filosofického úhlu pohledu také racionálním či kognitivním procesem, jehož výsledkem je teoretické a čistě inteligibilní zdůvodnění obecné normy.*“

Také profesor filosofie Berker (2009) ve svém článku vyzdvihuje problematičnost některých metodologických a empirických aspektů Greenova výzkumu, jenž vedl ke konstrukci teorie, a také zde rozebírá „*tři špatné argumenty*“ (s. 314-321), na nichž Greene teorii postavil.³ Vzhledem k rozsahu a zaměření práce se jimi však nebudeme podrobněji zabývat.

2.2.3 Já vs. druzí: empatie a perspektiva v procesu morálního rozhodování

Sociální emoce, jako je empatie a altruismus, jsou spojované s etikou péče (*care-based moral decisions*; viz 2.1.2) a zaujímáním perspektivy první osoby v řešeném dilematu (Nohavová & Krámský, 2015). Empatie je považována za multidimenzionální konstrukt, který zahrnuje různé interagující komponenty. Mezi tyto komponenty patří například emocionální sdílení (*emotional sharing*), empatický zájem o druhého (*empathic concern*) a schopnost vidět situaci očima druhé osoby (*perspective-taking*; Decety & Cowell, 2014).

Tyto koncepty obsahují rysy, jež se mohou dostat do konfliktu s morálním jednáním, což je dle autorů způsobeno faktem, že empatie a moralita jsou dva odlišné motivy, z nichž každý sleduje svůj vlastní cíl. Decety a Cowell (2014, s. 532) tvrdí, že „*ačkoliv empatický zájem o druhého nemusí nutně měnit představu spravedlnosti (tj. jaké chování je v situaci správné), pozměňuje rozhodnutí, které jedinec učiní.*“ Přestože ještě nejsou známy přesné způsoby, jakými se empatie podílí na vytváření morálního úsudku, je zřejmé, že emoce (resp. jejich percepce a uvědomování) může

³ Jedná se o argumenty: „*špatné emoce, dobré uvažování*“, „*argument vycházející z heuristik*“ a „*argument pocházející z evoluční historie*“ (Berker, 2009, s. 314-321).

napomoci více distingovanému morálnímu uvažování o konkrétní situaci. Nejedná se pouze o vnímání a uvědomování emocí zúčastněných osob, ale i svých vlastních. Dle Agerströma a Björklunda (2009b) lidé anticipují, že emoce spojené s proběhlou morální situací (např. vina, stud, lítost) budou s postupem času nabývat na intenzitě, a podle toho usměřují své rozhodování.

Na druhou stranu empatie formuje a moduluje emocionální reakce během procesu morálního rozhodování (Cecchetto et al., 2017). Autoři prokázali, že čím více empatičtí byli účastníci jejich výzkumu (tzn. čím více projevovali soucit a zájem), tím více se jim morální dilema jeví jako nepříjemné a ožehavé. Nepotvrdili však, že by empatie vytvářela předpojatost a ovlivňovala tak morální volby probandů (tj. že by byla signifikantním prediktorem morálních voleb). Zato významně působila na proces morálního rozhodování jako takový, především z hlediska prožívání emocí.

2.2.4 Vliv stresu na proces morálního rozhodování

Několik studií (např. Starcke, Ludwig, & Brand, 2012; Youssef et al., 2012) prokázalo vliv stresu na proces morálního rozhodování. Youssef et al. (2012, s. 492) definují stres jako „*adaptivní fyziologickou reakcí, která zahrnuje mnoho biologických procesů, jež reagují na fyzické, psychické či kognitivní nároky.*“ Zmiňují, že stres má nepříznivý vliv na pozornost, pracovní paměť a další procesy potřebné pro řádné kognitivní zhodnocení situace a následné rozhodnutí. Jejich výzkum potvrdil, že se lidé ve stresu při řešení osobních dilemat (tj. dilemat, v nichž jsou osobně a/či emočně angažováni) rozhodují spíše na základě intuitivního a emočního systému (*automatic-emotional process*, viz 2.2.2). Tato „*preference*“ je na úkor racionálního posouzení osobního dilematu a vede k méně výhodným, resp. méně užitným rozhodnutím (tzn. rozhodnutím zaměřeným na maximalizaci prospěšnosti, zisků).

Starckeová, Ludwigová a Brand (2012) si povšimli, že probandí ve skupině, v níž byl evokován stres, potřebovali daleko více času na učinění rozhodnutí v morálním dilematu než probandí v kontrolní skupině. Toto zjištění opřeli o již zmíněný nepříznivý vliv stresu na určité psychické procesy. Účastníkům také déle trvalo učinit užitné rozhodnutí, pravděpodobně proto, že jejich kognice byla negativně zatížená stresem a pro účastníky výzkumu bylo těžší se v kontextu dilematu dostatečně zorientovat. Autoři studie jsou však opatrní s činěním obecných závěrů, jelikož uznávají možnost, že jejich výsledky mohou být ovlivněné použitým typem stresoru během konstruování experimentu.

2.2.5 Proces morálního rozhodování v lékařském prostředí

Hurst et al. (2005) ve své studii referují, že proces morálního rozhodování lékařů není zcela prozkoumanou oblastí, a tudíž je vědecké porozumění tomuto jevu slabé. Autoři proto provedli kvalitativní analýzu toho, jak lékaři postupují při řešení dilematických situací. K analýze použili elementy odpovídající zakotvené teorii, a jako centrální kategorii morálního rozhodování lékařů identifikovali tzv. „*integritu*“, která dle jejich operacionalizace odpovídá odbornému termínu morální

integrita. Tento závěr je ve shodě s centrální kategorií námi vytvořené zakotvené teorie, jíž prezentujeme v praktické části (viz kap. 8). Hurst et al. (2005, s. 7) ve své studii došli k závěru, že „ve chvíli, kdy lékaři čelili etickým problémům, se snažili vyhnout konfliktu a hledat podporu, což přispívalo k ochraně (či pokusům o ochranu) integrity jejich svědomí a reputace, stejně jako integrity celé skupiny osob, jež se na rozhodnutí podílela. Toto úsilí někdy upevnilo etické cíle, jako například respektování pacientových přání či zájmů, ale někdy jim také konkurovalo. Stejně tak jednotlivé cíle (vyhýbání se konfliktu, hledání podpory a ochrana respondentovy integrity) si mohou navzájem konkurovat.“

Strategie hledání podpory (*looking for assistance*; Hurst et al., 2005) byla lékaři volena z různých důvodů; od ujištění, že respondent činí dobré rozhodnutí, přes radu, jak postupovat, po hledání konsenzu či jiné, lepší alternativy. Bornstein a Emlerová (2001) upozornili, že v každé etapě rozhodování lékaře (hledání důkazů, jejich interpretace, stanovení diagnózy ad.) existuje určité riziko, že dojde k rozličným druhům zkreslení či předpojatosti (*diagnostic biases*). Poslední uvedený důvod odráží skutečnost, že v medicíně je přítomen trend tzv. **sdíleného rozhodování** (*shared decision-making*), kdy se na rozhodnutí ohledně dalších kroků v léčbě podílí tým odborníků, lékař i pacient (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Nespornou výhodou tohoto trendu je tedy možnost debaty, hledání té nejlepší možné alternativy pro všechny zúčastněné, a také vícero „očí“, vícero úhlů pohledu, s nimiž se na problematiku nahlíží.

3 Morální integrita a morální distres

V této kapitole představíme a definujeme pojmy morální integrita a morální distres, které doprovází proces morálního rozhodování. Rovněž se je pokusíme zasadit do kontextu lékařského prostředí a upozornit na fenomén vzniku morálního rezidua jako následku vypořádávání se s obzvláště náročným morálním dilematem.

3.1 Morální integrita a morální identita jednotlivce

Aquino a Reed (2002) morální identitu vymezují jako aspekt jáského systému („já“ jednotlivce), který je vystavěn na morálních rysech osobnosti. Morální identita však může být zároveň i opřena o sociální referenci, která může představovat členství v nějaké skupině, abstraktní ideál, blízkého i cizího člověka atd. Aquino a Reed (2002, s. 1425) tedy morální identitu nepovažují za osobnostní charakteristiku, spíše za jednu z mnoha sociálních identit, která „*může být aktivována či potlačena kontextuálními, situačními, dokonce i individuálně odlišnými proměnnými*“. Autoři ve svém výzkumu potvrdili, že lidé se silnou morální identitou více usilují o zachování konzistence mezi jejich pojetím morálního člověka (resp. sebe) a jejich činy. Na koherentní morální identitě závisí profesní integrita lékaře (Miller et al., 1998).

Morální integritu pak Dvořáková (2007, s. 33) definuje „*jako představu morální sebekonzistence, neporušenosti a celistvosti, která spočívá v kongruenci mezi úsudkem a jednáním. Sebekonzistence se stává významným motivem v osobnostním fungování, reflektujícím naši potřebu jevit se ve vlastních očích i v očích druhých lidí jako morální.*“ Této definici ostatně napovídá již latinský kořen slova integrita (*integer*, tj. celý, úplný, nedotčený). Dle vymezení se tedy dá říct, že morální integrita může být cílem lékařova jednání, ale i výchozím bodem, jenž koriguje lékařovy úvahy a jednání tak, aby byly kongruentní, tzn. aby byla celistvost jeho morálky zachována. Mimo sebekonzistence lékaři do morální integrity začleňují i schopnost dostát svým závazkům a povinnostem, dále hájit svůj úsudek či úsudek jiného pracovníka (Hurst et al., 2005).

Filosof Larry May (1996, cit. dle Hardingham, 2004, s. 129) uvedl tři aspekty morální integrity, a to:

- (1) kritické myšlení,
- (2) koherenci hodnotové orientace,
- (3) připravenost či odhodlání jednat zásadovým způsobem.

May (1996) tvrdí, že morální integritu jedinec upevňuje pomocí vyzrávání, které „*s sebou přináší reflektování mnoha různých druhů hodnot, což člověku zpětně poskytuje koherenci jeho zkušeností, zážitků. Dosažení integrity znamená rozvoj kritické perspektivy, stanoviska, z něž člověk může zkoumat a následně schvalovat či zamítnat nové sociální vlivy*“ (Hardingham, 2004, s. 129).

Morální integritu tedy nenahlíží jako esenci morálních hodnot určité osoby, ale spíše jako proces, v němž jsou tyto hodnoty reflektovány, akceptovány, odmítány, přezkoumávány či pozměňovány.

3.1.1 Atribuce morální zodpovědnosti a obranné strategie

Ve chvíli, kdy osoby nemohou jednat v souladu se svým já morální integritu udržují pomocí obranných mechanismů (Bandura, 2002). V těchto situacích dochází k tzv. morálnímu „stažení“ (*moral disengagement*), kdy jedinec sám sebe přesvědčí, že nepodléhá určitým morálním standardům.

Bandura (2002) mezi strategie, jimiž osoba sama sebe přesvědčuje, řadí např. morální ospravedlnování (*moral justification*), kdy jedinec předefinuje své amorální chování jako čestné (např. v armádě dojde k předefinování morality zabíjení, aby vojáci ospravedlnili zabíjení nepřátel). Dále se jedná o výhodné srovnávání (*advantageous comparison*), kdy je chování posuzováno na základě kontextu, v němž je srovnáváno (např. hájení kolonizace nového území, jelikož je to v zájmu impéria).

Odlišnou obrannou strategií je difúze či přesun odpovědnosti (*diffusion or displacement of responsibility*). Osoba se snaží o minimalizaci vlastní zodpovědnosti za chování (např. uposlechnutí autority, pouhé „vykonávání příkazu“). Tímto způsobem chrání především sama sebe, svou morální integritu. Woolfolk, Doris a Darley (2006) zkoumali proces atribuce⁴ morální odpovědnosti a došli k závěru, že pozorovatelé aktérovi odpovědnost přisuzovali i v okamžiku, kdy bylo jeho chování omezeno do takového bodu, že se nemohl zachovat jinak. Pozorovatele v přisuzování ovlivňoval přístup aktéra k situaci, jeho záměry i konečné důsledky.

Vstupoval-li aktér do situace s určitým záměrem něčeho dosáhnout, byla mu přisuzována kontrola okolností i ve chvíli, kdy žádnou reálně nedisponoval, a byl tudíž posuzován jako odpovědný za důsledky (tamtéž).

Kromě přehlížení či překroucení interpretace důsledků může docházet také k odosobnění zúčastněných osob (*dehumanisation*), čímž se jedinec chrání před přílišným soucítěním i svými vlastními pocity. Všechny zmíněné strategie se mohou kombinovat a doplňovat (Bandura, 2002).

3.2 Morální distres

Morální distres, doprovázející morálně dilematické situace ve zdravotnictví, je předmětem výzkumu několika dekád. Kälvemark a kol. (2004) zjistili, že zdravotníci zažívají morální distres, když musí učinit těžké rozhodnutí mezi následováním pravidel a následováním vlastního svědomí. Ačkoliv se jeho existence potvrdila napříč zdravotnickým personálem, psychologická odborná

⁴ Atribuce je kognitivní proces přisuzování příčin vlastnímu chování či chování druhých osob (Woolfolk, Doris & Darley, 2006).

veřejnost se stále nemůže shodnout na jednotné definici, jednotném konceptu tohoto fenoménu, čímž dochází k teoretickým nejasnostem (Pauly, Varcoe, & Storch, 2012).

Prvním, kdo morální distres definoval, byl Andrew Jameton, který tvrdil, že „*morální distres vzniká ve chvíli, kdy člověk ví, co je správné udělat, ale instituční omezení činí téměř nemožným tento správný postup provést*“ (1984, cit. podle Wilkinson, 1989, s. 513). Odkazoval se tak především na zdravotní sestry, které cítily potřebu něco v péči o pacienta vykonat, ale autorita (např. lékař) či instituce (vedení nemocnice) jim to znemožňovaly. Jametonova definice, která se následně v literatuře i ve výzkumech začala hojně používat, však byla původně „pouhou“ hypotézou (Lützen & Kvist, 2012).

V pozdějších letech vznikly snahy o lepší definování pojmu morální distres. Lützenová a Kvistová (2012, s. 17) ve své metaanalýze popisují, že „*morální distres je utvářen prožitky jedince, kdy mu vnější faktory brání udělat něco, co si myslí, že je správné, zároveň ve chvíli, kdy si uvědomuje svou neschopnost se zachovat podle svých zvnitřněných morálních zásad*“. Mareš (2017b, s. 248) připojuje dovětek, že zdravotnický pracovník buď nemůže udělat to, co chce, nebo „*je nucen vykonat cosi, s čím vnitřně nesouhlasí*“. Rushton (2017, s. 82) dodává, že „*morální distres ohrožuje jádrové hodnoty (core values) a morální integritu*“ jedince.

Morální distres je v literatuře dělen dle výskytu (např. Lamiani, Borghi, & Argentero, 2015; Lützen & Kvist, 2012). Iniciální či prvotní morální distres (*inicial moral distress*), který osoba zažívá v okamžiku, kdy dochází ke konfliktu hodnot a kdy se rozhoduje, jak bude v situaci postupovat. Oproti tomu reaktivní morální distres (*reactive moral distress*) přichází až po proběhlé situaci, s časovým odstupem a je spojen s morálním reziduem (viz 3.2.1).

Mareš (2017b, s. 249) konstatuje, že dopady morálního distresu jsou jak v rovině afektivní („*v podobě negativních emocí či ohrožení integrity*“), tak profesní („*ohrožení odborných kompetencí, profesní autonomie, odpovědnosti*“), ale i v rovině pracovního kolektivu („*zhoršení vztahů, snížení kvality péče, zvýšené riziko chyb*“).

I Wilkinsonová (1989) popisuje, že morální distres je doprovázen tzv. psychologickým disekvilibriem a nepříjemnými pocity, jež mohou mít vliv na integritu jedince i jeho pracovní výkon. Mezi nepříjemné pocity řadí především rozhořčení, vinu, frustraci, vztek ad. Mareš (2017b) hovoří však také o pozitivním efektu morálního distresu. Jeho prožíváním zdravotník dává najevo své morální hodnoty a snahu poskytnout pacientovi maximální péči. Morální distres může být tedy příležitostí k rozvoji sebereflexe i k celkové kultivaci osobnosti. Stejných pozitivních účinků si všimly i Lützenová a Kvistová (2012), proto ve své práci navrhly k užívání nadřazený pojem morální stres (*moral stress*), bez předpony s negativní konotací.

Přestože se užívají psychologické nástroje k mapování morálního distresu (např. *Moral Distress Scale-Revised, MDS-R*; Lamiani et al., 2018), zatím nebyl nastíněn postup, jak s morálním distresem ve zdravotnictví účinně pracovat. Sami výzkumníci přiznávají, že morální distres je rozsáhlým problémem zdravotnictví (Pauly, Varcoe, & Storch, 2012).

3.2.1 Morální reziduum

Webster a Baylis (2000, cit. podle Hardingham, 20004, s. 128) definují morální reziduum jako „zážitek kompromitované integrity, který zahrnuje nerespektování či zneuctění hluboce zakořeněných (a veřejně přiznaných) přesvědčení, hodnot a principů“. Jedná se o velmi bolestivý, dlouhodobý a hluboce uvědomovaný prožitek, mající původ ve chvílích, kdy jedinec kompromitoval své morální hodnoty či dovolil, aby byly zkompromitovány.

Autoři Epstein a Hamric (2009, in Hamric, 2012) zmínili tzv. crescendo efekt (*crescendo effect*), jímž se rozumí proces, v němž se nezpracovaný reaktivní morální distres jedinci ve vlnách neustále připomíná a vrací, což může vést k narušení jeho morální integrity a dlouhodobým psychickým problémům.

Morální reziduum (*moral residue*) se pak vyvíjí právě z neřešeného reaktivního morálního distresu (viz 3.2). Projevuje se různými symptomy (např. deprese, noční můry) jako upomínka na řešené morální dilema a může přispět k syndromu vyhoření, či k rozhodnutí odejít z profese (Jameton, 1993, in Hamric, 2012).

4 Metodologie výzkumu

V následující kapitole je podrobně popsána metodologie výzkumu bakalářské práce.

4.1 Výzkumný problém

Čerství medicínští absolventi skládají Hippokratovu přísahu a celoživotně se zavazují, že budou chránit lidský život i své profesní znalosti. Lékaři se k problematice morálky a etických zásad vztahují v svém každodenním konání a rozhodování. Jak trefně poznamenal Bencko (Ptáček et al., 2014), ušlechtilá vize lékařské etiky pokorně přiznává jen omezenou splnitelnost některých nároků; zároveň je však stále nutné mít její ideál na paměti. Etika je teorií morálky: jaká je praxe morálky, to každý lékař určuje sám za sebe v každodenních profesních situacích. V medicínské profesi vyvstávají situace, ve kterých je lékař nucen řešit i nejrůznější spory a rozpory. Tyto situace nazýváme dilematickými, a právě k nim se vztahuje výzkumný problém této bakalářské práce.

Jelikož se ve vědeckých databázích nepodařilo nalézt příliš výzkumů na téma procesu morálního rozhodování v dilematických situacích, a neexistuje příliš psychologických výzkumů, jejichž probandy jsou lékaři, rozhodly jsme se zaměřit naši výzkumnou činnost právě tímto směrem.

4.2 Výzkumné cíle

Cílem praktické části práce je hlouběji prozkoumat profesní uvažování a popsat proces rozhodování konkrétních lékařů, především pak v těch situacích, které oni považují za morálně dilematické, tj. vnímají je jako náročné a nejednoznačné. Jelikož se tento proces odehrává na pozadí mnoha dalších jevů a vlivů, klademe si za cíl také alespoň zevrubně zmapovat prostředí, v němž se rozhodnutí činí. Mezi výzkumné cíle dále patří snaha nalézt a konkrétněji specifikovat společné charakteristiky morálně dilematických situací; výzkumná pozornost byla soustředěna právě na tyto momenty, v nichž ještě výrazněji vyvstávají hodnoty jedince, ať už profesní či osobní. Rovněž si klademe za cíl obohatit perspektivu této problematiky o dynamiku profesního růstu respondentů: z absolventa medicíny po zkušeného odborníka s letitou praxí, a to srovnáváním výpovědí neatestovaných a atestovaných lékařů.

4.3 Výzkumné otázky

Pro potřeby výzkumu byly stanoveny čtyři základní výzkumné otázky, z nichž některé se dále člení na specifické výzkumné otázky.

VO1: Jaké jsou základní charakteristiky situací, jež lékaři považují za morálně dilematické?

SVO1: Jak lékaři popisují své prožívání v morálně dilematických situacích?

SVO2: Jaké strategie ke zvládnutí morálně dilematických situací lékaři volí?

VO2: Jaký je proces rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích?

VO3: Jaké vnější faktory působí na proces rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích?

SVO3: V jakém pracovním prostředí se odehrávají morálně dilematické situace?

VO4: Jaké vnitřní faktory působí na proces rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích?

4.4 Design výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl pro práci zvolen kvalitativní design, jenž poskytuje dostatečně hluboký vhled, respektuje jedinečnou perspektivu každého z respondentů a umožňuje získat komplexní odpovědi. Kvalitativní design též skýtá potenciál zmapovat nepříliš známé psychologické jevy a zachytit (alespoň částečně) jejich dynamiku a situační vývoj, jako je tomu v případě tohoto výzkumu procesu rozhodování v morálně dilematických situacích. Jak zmiňuje Miovský (2006, s. 17): „*kvalitativní přístup se tedy nezřídka týká výzkumu fenoménů, které jsou jedinečné a neopakovatelné a které mohou lidé vnímat velmi odlišně a v různých kvalitách a rovinách*“.

Mezi přednosti kvalitativního designu patří jeho pružnost, kdy je možné modifikovat výzkumné otázky, potažmo prizma, jímž je výzkumná realita nahlížena. Výzkumník tedy provádí zkoumání v přirozených podmínkách fenoménu, snaží se o zachycení kontextu a o porozumění danému problému (Hendl, 2005).

4.5 Vymezení výzkumného souboru

Výzkumný soubor bakalářské práce tvořili lékaři pracující v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Vzhledem k zaměření studie byla jako kritérium pro přijetí do výzkumného souboru zvolena jednotná specializace respondentů. Důvodem této selekce byla specifická dilematických situací, která je vázána na nemocniční oddělení. V první fázi výzkumu byl tedy vytvořen dotazník dilematických situací, pro který bylo nezbytné tyto situace vybrat, a to by se při odlišných lékařských specializacích nepodařilo, tj. nebylo by možné uvést faktické, představitelné problémy, k nimž by se respondenti mohli vyjádřit. Gynekologicko-porodnická specializace byla vybrána záměrně, neboť se v tomto medicinském oboru vyskytuje mnoho problematických témat a s některými z nich se lékaři setkávají pouze zde (např. potraty, asistovaná reprodukce). Ačkoliv byl tedy soubor úmyslně homogenní, co se týče pracovní náplně, v těchto nastavených hranicích jsme se snažili o maximální diverzitu lékařů (především v pohlaví, věku a délce praxe), s předpokladem, že zachytíme širokou škálu zkušeností, pohledů a strategií řešení v dilematických situacích, na které je tato bakalářská práce zaměřena.

Z důvodu těžce dostupné populace probíhalo oslovování respondentů pomocí lavinového výběru (tzv. *snowball method*). Navazování kontaktů usnadnila výchozí pozice výzkumníka, v literatuře označovaná jako *pozice návštěvníka* (Švaříček, Šedřová et al., 2007), kdy výzkumnici (autorku práce) respondenti zběžně znali a nebyla pro ně úplným cizincem. Vstup do zkoumaného terénu velmi ulehčila i *klíčová osoba*, která do studie nebyla zahrnuta, ale napomohla hladší komunikaci a větší ochotě lékařů se výzkumu zúčastnit, a rovněž pomohla s výběrem dilematických situací do dotazníku.

Všichni respondenti nejprve vyplnili dotazník, jenž byl pro účely výzkumu vytvořen na základě odborné literatury a konzultace s lékařkou (viz příloha č. 2). Tento dotazník následně posloužil jako „odrazový můstek“ pro zahájení polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat probíhal v nemocničním prostředí na lékařském pokoji, v osobním volnu dotazovaných či přímo ve službě, což umožnilo setkat se s respondenty v jejich pracovním klimatu, častokrát i v jejich profesní roli. V průběhu získávání dat byla objevena spodní hranice profesního věku lékařů vhodných do našeho výzkumu, a to zhruba 2 roky praxe, neboť pod tímto limitem neměli mladí lékaři dostatek zkušeností s rozhodováním v náročných či morálně dilematických situacích. Do výzkumu proto nebyli zahrnuti čerství absolventi a lékaři pracující méně než dva roky.

Následující tabulka shrnuje základní údaje respondentů. S ohledem na etické zásady výzkumu jsou místo jejich skutečných jmen použita anonymizující označení (*L* = lékař + *číslo* účastníka výzkumu). Pro větší přehlednost je před značením uvedena i zkratka odkazující na délku praxe (*a* = atestovaný, *n* = neatestovaný).

Tabulka č.2 Přehled respondentů.

Respondent	Pohlaví	Současný věk	Délka praxe
nL1	muž	31 let	4,5 roku
nL2	žena	27 let	2 roky a 2 měsíce
aL3	muž	41 let	16 let
aL4	žena	41 let	12 let
aL5	žena	44 let	16 let

4.6 Metoda sběru dat

Jelikož jsou morální dilemata poměrně obecným pojmem, rozhodly jsme se je respondentům přiblížit a vztáhnout na konkrétní případy, s nimiž se ve své profesi měli možnost setkat. Jak jsme již výše zmínily, pro účely výzkumu byl vytvořen dotazník s těmito situacemi, který lékaři před zahájením rozhovoru vyplnili. V dotazníku respondenti u každé položky (např. *péče o infekční pacienty, sdělení onkogynekologické diagnózy pacientce, porod mrtvého dítěte*) na uvedené škále ohodnotili, jak často s touto situací přichází do kontaktu (od 0 = nikdy po 5 = neustále), jak moc je

pro ně situace problematická/dilematická (od 0 = vůbec po 5 = zcela) a jak subjektivně vnímají psychickou zátěž s ní spojenou (od 0 = žádná až 5 = vysoká).

Před vyplňováním dotazníku byli respondenti upozorněni na skutečnost, aby situace hodnotili ze své pozice, z hlediska lékaře, jelikož při pokusné administraci se objevila tendence sklouzávat k hodnocení z perspektivy pacienta (tedy jaká je situace pro něj jako pacienta, nikoliv pro odborníka). Též byli srozuměni s tím, že pokud by nějaká položka vystihovala situaci, s níž se nikdy nesetkali, aby ji ohodnotili hypoteticky (jak se domnívají, že by na ně působila). Lékaři měli příležitost doplnit či zapsat další situace, které nebyly ve výčtu uvedeny, avšak nikdo z nich tuto možnost nevyužil.

Pomocí této metody jsme u každého respondenta zjistily, jaké je jeho subjektivní vnímání uvedených dilemat a v rozhovoru se mohly soustředit na ta, jež klasifikoval jako morálně či psychicky nejtěživější. Metoda zároveň poskytla informace o pracovní náplni probandů, neboť i v gynekologii a porodnictví existují specializace a profesní zaměření; a u mladších lékařů umožnila provést rozhovor se zaměřením na případy, s nimiž skutečně přišli do kontaktu.

Vzhledem k vysoké míře abstrakce a obtížnosti popisu vybraného tématu jsme ke sběru dat zvolily *polostrukturovaný rozhovor*. Základní schéma otázek bylo využíváno pružně: přizpůsobovalo se informacím z dotazníku, výpovědím lékařů, vneseným novým tématům i potřebě určité logické posloupnosti, návaznosti ve vedeném dialogu.

Při formování základního schématu rozhovoru byl proces morálního rozhodování na základě literatury rozčleněn do užších segmentů, tzv. hledisek (např. hledisko průběhu a času; hledisko odbornosti, kompetencí; hledisko spolupráce), na jejichž bázi byly konstruovány otázky. Podstatou těchto otázek bylo zaměřit respondentovu pozornost na jeden konkrétní aspekt, avšak zároveň mu dát dostatečnou volnost, aby se mohl svobodně vyjádřit a vnést do problematiky nové náměty. Též jsme vložily velké úsilí do stylizace otázek, aby byl respondent výzkumníkem co nejméně limitován či ovlivňován.

Lékaři odpovídali např. na tyto dotazy: „*Když nemáte příliš času, na jaké aspekty problému se zaměříte? Kdy cítíte potřebu se poradit s jiným odborníkem, kolegou? Co pro vás znamená 'rozhodovat se s čistým svědomím'? Jak se podle vás rozhoduje zkušený lékař ve vašem oboru?*“. Mezi sondážní otázky patřily kupř.: „*Jaký případ z praxe pro vás byl obzvlášť těžký? Co na něm bylo náročné?*“ nebo „*Jak si při řešení těžkého případu určujete osobního hranice?*“ či „*Jaké pocity zažíváte, když musíte učinit těžkého rozhodnutí? Jak s nimi pracujete?*“ ad.

Délka každého rozhovoru se pohybovala v rozmezí 35-60 minut. Všichni respondenti byli před zahájením rozhovoru prostřednictvím informovaného souhlasu srozuměni, že výpovědi budou

nahrávány na diktafon. Sběr dat probíhal od srpna do října 2019; po pátém rozhovoru byl výzkum ukončen.

4.7 Metoda zpracování dat

Audiozáznam rozhovorů má nespornou výhodu ve své autenticitě; zaznamenává skutečnost přesně tak, jak se odehrála, se všemi změnami tónu hlasu, mlčením a konkrétními formulacemi, jež respondent ke svému vyjádření použil. Neustrannost nahrávky umožňuje i výzkumníkovi určitou sebereflexi vlastního vedení dialogu, též usnadňuje rekonstrukci výzkumné situace se snížením rizika dodatečného zkreslení (Miovský, 2006).

Z důvodu zachování těchto kvalit byla pro přepis surových dat zvolena metoda *doslovné transkripce*. Výroky respondentů byly ponechány v původním znění; doslovné transkribování je časově poměrně náročné, nicméně zachovává všechny výpovědi probandů, tudíž i ty, jež se zprvu mohou jevit jako nevýznamné či rozcházející se s výzkumným záměrem (Hendl, 2005).

Po transkripci získaných rozhovorů bylo provedeno otevřené kódování: nejprve v ruce, následně byla data přenesena do programu Atlas.ti (zde se naskytla možnost kontroly či zvážení příležitosti a výpovědní hodnoty jednotlivých kódů). V této fázi analýzy se text rozčlenil na dílčí úseky dle významu a následně byly těmto jednotkám přiřazeny vhodné kódy, jež byly dále systematicky seskupovány do nadřazených kategorií (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

Vzhledem k charakteru získaných informací jsme se rozhodly pro strategii *konstantní komparace* (Švaříček, Šed'ová et al., 2007), tj. neustálého hledání podobností a rozdílů během práce s daty, neboť některé podobnosti byly silně přítomné už při sběru a transkripci. V průběhu analýzy začaly vyvstávat velmi komplexní fenomény, proto jsme v dalším postupu zvolily metodu *zakotvené teorie* (Miovský, 2006), aby došlo k maximálnímu vytěžení získaných dat.

4.8 Etika výzkumu

Jak již bylo zmíněno, z důvodu ochrany osobních dat respondentů jim byla přiřazena anonymizující označení, jež byla vybrána zcela náhodně. Jakékoliv jiné informace, které by vedly k jejich identifikaci (např. zmíněné v průběhu rozhovoru), zde nejsou záměrně uvedeny.

Etické aspekty byly ošetřeny písemným informovaným souhlasem, v němž jsou respondenti seznámeni s účelem výzkumu, jeho průběhem a svými právy. Informovaný souhlas byl lékařům předložen ihned na začátku setkání; vše jim bylo ústně vysvětleno a následně měli dostatečný čas k pročetí papírové verze (viz příloha č. 1). Zároveň byl na začátku audiozáznamu pokaždé pořízen souhlas ústní. Dále jsme se v průběhu vedení rozhovoru snažily zajistit maximální pohodlí respondentů, zvláště psychické, a vytvořit bezpečný prostor pro sdílení citlivých myšlenek a názorů.

5 Analýza dat pomocí zakotvené teorie

Zakotvená teorie (*grounded theory*) je „teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů“ (Miovský, 2006, s. 226).

Velkou předností této metody je její zaměřenost na studium interakcí a procesů (Šed'ová, 2006), čímž skýtá příležitost zkoumat téma morálního rozhodování z procesuální perspektivy, tj. jako dynamický fenomén. Zakotvená teorie též představuje platformu pro naše ambice nezůstat pouze u deskripce jevu, nýbrž pokusit se o formulaci, jak napovídá její název, komplexní teorie.

Tato metoda disponuje specifickými úrovněmi kódovacích technik: od základního *otevřeného kódování*, před *kódování axiální* až po *kódování selektivní* (Hendl, 2005).

Otevřené kódování umožňuje překlenout chaotičnost a roztržitost získaných výpovědí, vnést mezi ně počáteční systém a řád, a zároveň tento typ kódování poskytuje potřebný odstup, s nímž se snáze na data nahlíží. Na této úrovni vzniklo celkem 316 rozdílných kódů. Následně započalo úsilí nalézt v datech hierarchii; bylo vytvořeno 38 kategorií a subkategorií.

Axiální kódování

Axiální kódování nově uspořádává údaje vzniklé při otevřeném kódování, a to prostřednictvím vytváření vazeb mezi kategoriemi (Miovský, 2006). V této fázi se tedy snažíme odhalit „*příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy*“ (Hendl, 2005, s. 248), a to pomocí tzv. *paradigmatického modelu*, který ve zjednodušené podobě vypadá následovně:

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY

Použití *paradigmatického modelu* umožňuje na data nahlížet z nové perspektivy, seskupit je jiným způsobem. Ve výzkumu morálního rozhodování lékařů tento postup propojil získaný materiál a jeho kategorizaci; dodal mu ústřední jednotící motiv, který se vztahoval k morálním dilematům (jejich charakteristikám).

Paradigmatický model byl naplněn cirkulárním způsobem; profesní růst a požadavky profese mohou znamenat změnu na úrovni příčinných podmínek, tj. pracovního prostředí (např. lékař odejde do soukromé praxe) i jevu samotného (např. vlivem odchodu řeší odlišná morální dilemata než v nemocničním provozu). Konstrukce modelu vztahující se k morálním dilematům a jejich řešení tedy vypadá následovně:

Tabulka č.3 Schéma paradigmatického modelu.

příčinné podmínky	jev, fenomén	kontext	intervenující podmínky	strategie jednání a interakce	následky
pracovní prostředí	morální dilemata	tlaky a nároky; rutinní problematika	emoce; empatie; profesní scénář; požadavky profese	zvládání dilemat; kontrola situace; proces rozhodování; komunikace s pacientem	profesní růst; morální reziduum

Selektivní kódování

Ve fázi *selektivního kódování* dochází k vyšší míře abstrakce, k vyhledávání ústředních témat a konceptů, jež se stávají nosnými pro konstrukci teorie. Všechny kategorie se pak integrují do tzv. *centrální kategorie*, hlavního pilíře zakotvené teorie. (srov. Hendl, 2005; Miovský, 2006)

Existuje několik možností přechodu od axiálního k selektivnímu kódování (Šedřová, 2007); jednou z nich je využití paradigmatického modelu, a to za účelem abstrahování nadřazených kategorií, které do sebe sjednocují jednotlivé prvky. Další alternativou je pak opuštění paradigmatického modelu, tj. změna způsobu náhledu na data, a vytvoření nového (více abstraktního) schématu.

V bakalářské práci byla využita druhá možnost, jelikož stěžejní vlastností zkoumaného fenoménu je jeho *dynamika*, resp. vícero dynamických „proudů“ či sil, které do zkoumaného fenoménu výrazně zasahují. Zatímco paradigmatický model hovoří o nejrůznějších aspektech, jež v morálně dilematických situacích působí (mohli bychom jej považovat za tzv. *perspektivu třetí osoby*), schéma vytvořené pomocí selektivního kódování nabízí tzv. *perspektivu první osoby*, tedy lékaře, který problematickou situací prochází a musí se s dilematem vypořádat. V této fázi kódování vzniklo konceptuální schéma procesu rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích (viz kap. 7). Z tohoto pohledu na data pak vyvstala jako centrální kategorie *morální (dis)integrita*, jež posloužila jako platforma pro finální teorii.

Zpětné zakotvení teorie

Klíčové prvky zakotvené teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích v praktické části prezentujeme na modelovém případě z praxe, který byl pro účely bakalářské práce vytvořen (a konzultován) ve spolupráci s lékařkou. Modelový případ je do bakalářské práce zahrnut především z důvodu větší srozumitelnosti vzniklé zakotvené teorie pro čtenáře.

V závěrečné fázi výzkumu došlo k ověření vytvořené teorie pomocí *zpětného zakotvení*, tzn. zpětnému přezkoumání vzniklých modelů, tvrzení a hypotéz podle nasbíraných dat (Šed'ová, 2006).

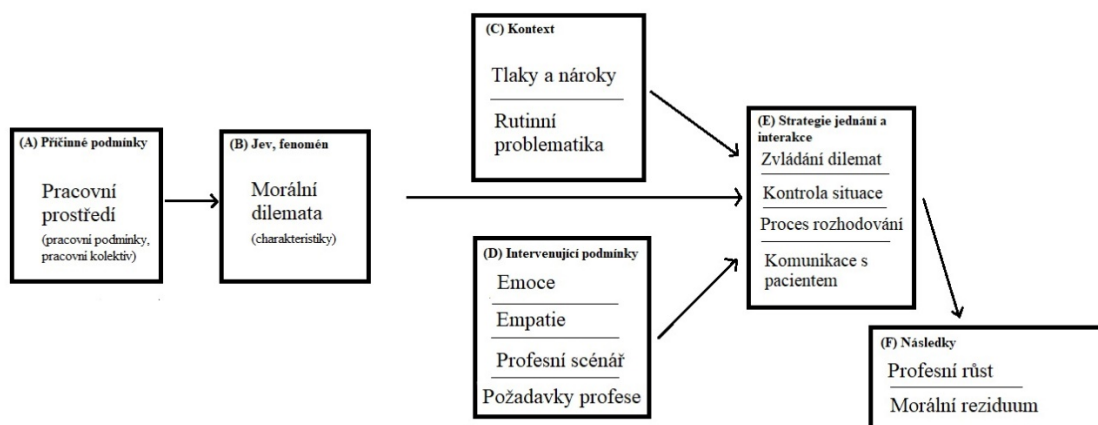
Přestože proces rozhodování v morálním dilematu variuje vlivem subjektivity a individuality každého lékaře, podařilo se navrženou teorii poměrně přiléhavě a spolehlivě aplikovat na rozhovory s respondenty. Tento fakt je podle nás podpořen především naším záměrem soustředit se na styčné (tj. společné) body v jednotlivých rozhovorech a snahou vytvořit spíše obecnější, koncepční schéma. Je však zřejmé, že obecnost (snaha o co největší uplatnitelnost) vytvořené teorie ji zároveň připravuje o jemnější „síto“; tj. tato teorie podrobně nediferencuje jednotlivé aspekty a ani nezahrnuje možné subjektivní proměnné, které také hrají roli v procesu rozhodování lékařů v morálně dilematických situacích (ačkoliv s jejich výskytem počítá). Námí navržená teorie (její členění) je především teoretického charakteru; sociální a psychologická realita je jiná, daleko více provázaná a komplexní.

Též bychom rády upozornily, že velmi podstatným faktorem při aplikaci teorie je *perspektiva náhledu*, která je ovlivněná především věkem a profesními zkušenostmi lékaře. Ačkoliv tedy teorie platí pro všechny respondenty (prochází stejnými fázemi řešení dilematu a potýkají se stejnými vlivy), zpozorovaly jsme, že mladší a starší lékaři nahlíží na tento proces odlišně. Starší lékaři například při řešení dilematické situace vycházejí z předchozích zkušeností z obdobných případů a vypořádávají se s daleko větší vahou profesní odpovědnosti než mladší lékaři. Rozdílný náhled na proces rozhodování v morálním dilematu pak způsobuje nejen odlišný mechanismus řešení problémů, ale i náhled na problém, potažmo pozměňuje obsah jednotlivých fází řešení. I interní, interakční a externí vlivy působící v procesu rozhodování mohou intervenovat odlišným způsobem.

6 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole máme v úmyslu deskriptivním způsobem předložit výsledky výzkumného šetření, a to nejprve podrobným rozepsáním a vysvětlením jednotlivých složek paradigmatického modelu, neboť námi zkoumaná problematika se vyjevila jako velmi komplexní záležitost, kde jsou jednotlivé jevy a procesy těsně provázány a propojeny. Zároveň odkazujeme na teoretickou část práce, která se věnuje definování odborných pojmů; v praktické části je naším cílem tyto termíny „oživit“ a „uvést v pohyb“, tj. pohlížet na ně jako na konkrétní „živý fenomén“.

Obrázek č.2 Fenomén morálních dilemat v lékařské profesi.



Paradigmatický model

6.1 Zdroje morálních dilemat

Zde se pokusíme poskytnout konkrétní zdroje morálních dilemat, s nimiž se lékaři ve své profesi setkávají; tj. identifikovat nejdůležitější příčinné podmínky, jež stojí u zrodu dilematických situací. Základní myšlenkou tohoto oddílu je tvrzení, že morální dilemata vyvstávají z **podstaty samotné lékařské profese**, která je zátěžová a náročná nejen kvůli faktu, že v ní jde doslova o život, ale též díky skutečnosti, že „žádná jiná profese nepracuje pod neomezeným mandátem lidí, jimž slouží“ (Ptáček et al., 2014, s. 70).

Výskyt morálních dilemat je tedy přímo spojen s **pracovním prostředím**, v němž se lékaři pohybují, a to nejen z hlediska náplně práce, ale i působením různých vnějších vlivů (na něž se dále zaměříme), které problematické situace akcentují, či dokonce v některých případech zapříčiňují jejich vznik. V paradigmatickém modelu je pracovní prostředí rozděleno na kategorie pracovní podmínky a pracovní kolektiv, jimž se budeme podrobněji věnovat níže.

6.1.1 Pracovní podmínky

Respondenti v několika případech naznačili, že **pracovní podmínky** nemocničního provozu jim častokrát komplikují výkon povolání, a to z několika důvodů. V odborné literatuře

nalezneme informaci, že úroveň české medicíny a českého zdravotnictví (při menší finanční účasti pacientů a menší investici do tohoto odvětví) je na úrovni západní Evropy a Spojených států amerických; ovšem na úkor náležitě odměny svých pracovníků (Ptáček et al., 2014). V rozhovorech s lékaři vyvstala především palčivá tematika **organizace oddělení**, ať z hlediska časového rozvrhu či distribuce pracovních sil.

Respondenti zmínili, že pociťují nedostatek lidských zdrojů ve zdravotnictví, především nedostatek zkušených lékařů s rozhodovacími pravomocemi, čímž tyto nároky přecházejí na zbylé odborníky a objem jejich práce silně narůstá. Častokrát jsou nuceni dělat více věcí najednou, nebo jsou voláni k více případům současně, aby je vyřešili. V takových chvílích za sebe musí sehnat náhradu, či případně stanovit priority a řešit přednostně akutní záležitosti. O pracovních podmínkách, v nichž každodenně pracuje, se vyjádřil např. i respondent aL3:

„Vy jste v té nemocnici – aspoň tady tomu tak je – v permanentním tlaku časové tísně, protože máte vlastně nějaký čas vymezený na vizitu, kdy musíte projít, fyzicky vyšetřit, zkontrolovat stav toho pacienta, a pak to zapsat do dokumentace, což je v dnešní době alfa a omega, kdy není úplně tak důležité, co se s pacientem dělá, ale jak se to do té dokumentace napíše, protože je to vlastně důkazní materiál pro a proti vám.

(...) Výkonnost narůstá, počet lékařů sice taky, ale bohužel je víc těch nezkušených; ti zkušenější odchází, a tím pádem jak ty rozhodovací pravomoci, tak veškerá zásadní činnost na oddělení je potom na těch zbylých lékařích. Ten stres je velký – typický příklad: oficiálně pracujete od sedmi hodin, máte proběhnout vizitu a v 7:30 už jste zapsaná v operačním programu na sále. Takže tam kolikrát přijдете pozdě, s jazykem na vestě a tepovou frekvencí sto...“

Z citované pasáže lze vysledovat tlak na **výkonnost** jednotlivých pracovníků i celého oddělení. Medicína je vnímaná jako řemeslo, lékaři řeší více případů a je od nich vyžadovaná větší efektivita práce. Tlak na výkon pociťují především od vedení, jak poukazuje probandka aL5:

„Je ten předpoklad, že to musí být na sto procent dobré, a to je v tom našem zdravotnictví taky hrozně cítit, že doktor musí všechno udělat na sto procent, že tam nesmí být žádná... ani nechci říct chyba, ale jsou prostě věci, které neovlivníš. Když je nekomplikovaná operace, může kdykoliv k té komplikaci, k nějakému poranění orgánu, k velkému krvácení prostě dojít.

(...) Tenhle systém je špatný... když jsme sloužili dřív, a přišli jsme v sobotu do práce a v pondělí jsme šli milostivě v poledne domů (...) tak to byla katastrofa. To prostě člověk nežije. Pro ženu, si myslím, když se dostane do nějakého věku, to nevyspání a zátěž... není o co stát.“

Přesčasová práce a nadměrná administrativa byly jednou z položek předkládaného dotazníku, kterou všichni probandi ohodnotili vysokými čísly (viz tab. 5). Respondenti vyjádřili znepokojení nad mírou dokumentace. Poukázali na skutečnost, že většinu záznamů vyplňují sami,

a kvůli papírování nemají tolik času na pacienta, jaký by si představovali. Respondentka aL5, která pracuje částečně v nemocničním provozu a částečně v soukromé praxi, si chválila skutečnost, že ve vlastní ordinaci „nemusí vzít tužku do ruky a psát na počítači“, jelikož administrativu za ní odvede zdravotní sestra, a ona se může „věnovat medicíně“.

Dále se v datech ukázaly **konflikty** jako významný činitel v rámci pracovních podmínek a pracovního prostředí. Kromě nastíněných problémů ve sféře organizace oddělení vyvstala také tematika *vnitřní politiky oddělení*, tj. nepsaných „předpisů“, jež se musí dodržovat. Někdy se stane, že je profesní rozhodování korigováno právě tímto ukazatelem, jak popisuje například lékař nL1:

„Prostě člověk volí to, co se očekává, že se zvolí. Jsou pracoviště, kde jdou spíš jedním proudem, a jsou pracoviště, kde jdou druhým proudem. My jsme pracoviště, které to dělá tak – a tak se to prostě dělá, i když si třeba myslím, že to úplně správně není. Ale holt... je to tady tak zavedené, tak se to prostě dělá. (...) Nechci říct podle doporučených, ale prostě podle vnitřních postupů.“ (Pozn. o tom, jakou alternativu v péči o pacienta zvolit ad.)

Z hlediska konfliktů lékaři popisovali i občasné *konfrontace s pacienty*, a to především ve službě, kdy v noci přichází jedinci s malým či neakutním problémem v čase, který je vyhrazen pro akutní a závažné případy. Zmiňovali i vznesené požadavky nadstandardní péče, jež v konkrétních situacích neměly opodstatnění či nebyly nutné. I respondentka aL5 naznačovala tendenci neakutních pacientů (tj. pacientů s déletrvajícími problémy) chodit do nemocnice za účelem vyhnout se čekání či objednatí lhůtě u obvodního lékaře. V takových chvílích je pak kvůli objemu pacientů v nemocnici „ukrajován“ čas, který by ráda investovala jinak:

„Náš systém je přehlcen pacienty, kterým nic není, neustále chtějí chodit na kontroly; potom pro toho člověka, se kterým potřebuješ mluvit, potřebuješ mu to říct nebo mu najdeš recidivu onemocnění a chceš s ním prostě strávit ten čas, hodinu – vysvětlit, co se může dělat, co se nemůže dělat... Pak na to nemáš čas, protože jsi zahlcená dalšími pacienty, kteří přijdou 'radši' nebo 'kdyby' nebo 'kdyby náhodou', a v podstatě jim nic není.“

Při tomto **vypětí** dále lékařka aL5 poukazuje na nedostatek zastání ze strany vedení. Ve svém rozhovoru zmiňovala případy, kdy (ačkoliv lékař nepochybil) vedení zřetelněji vnímalo stranu pacienta, nikoliv svého pracovníka, a lékařům bylo nařízeno, aby se ke stěžujícímu pacientovi „chovali nadstandardním způsobem“. Sama tento problém vnímá následovně:

„Častokrát vidíme, že to zastání ze strany šéfa nebo z pozice nemocnice je opravdu malé. Myslím si, že doktoři prostě necítí podporu, a měli by to cítit.“

V mezích pracovních podmínek se tedy nabízí otázka: jak má přetížený, unavený lékař být stále naprosto funkční a uvědomělý v otázkách etiky či těžkého morálního rozhodování?

6.1.2 Pracovní kolektiv

Jak naznačila data, pracovní kolektiv v medicínské profesi hraje několik podstatných rolí. Tou nejsilněji zastoupenou je určitá profesní **hierarchie**, která prostupuje celým oddělením, dává mu řád a umožňuje efektivněji fungovat i čelit přicházejícím výzvám. Nejnižší v této struktuře jsou čerství absolventi a velmi mladí lékaři, kteří si teprve zvykají na chod oddělení a zaučují se pod staršími kolegy, jak popisuje nL1:

„Tak to zaučení, abychom je (nové lékaře) naučili, co a jak, tak to je dost pravděpodobně na nás (téměř atestovaných lékařích). Ti starší se jim, myslím, úplně nebudou věnovat. (...) Když je naučíš příjmy a tu práci v podstatě administrativní, tak potom víš, že to budou dělat a tobě to ubude. Ale zase na druhou stranu je někdy těžké, třeba když si paní vyšetří a referují o tom, chtějí se poradit, jestli to tak je nebo není – když člověk tu ženu nevidí, nevyšetří a má říct: ‘ano, udělej to tak, ‘ne, neudělej to tak’... Z jejich ultrazvuků se na to upřímně nemůžu spolehnout, co tam vlastně viděli. A na základě jejich popisu a jejich ultrazvuku potom učinit nějaké rozhodnutí... trošku se člověk bojí, no.“

Z výpovědi nL1 lze vyčíst, že v hierarchickém systému existuje členění práce a povinností podle schopností a zkušeností jednotlivce. Mladí (neatestovaní) lékaři se následně obracejí na své profesně starší kolegy, kteří jim předávají zkušenosti, dělají jim mentory a zároveň činí finální rozhodnutí. Z hlediska **mentorování** je pro zpovídáné mladé lékaře (nL1, nL2) nejpřínosnější příležitost sledovat staršího kolegu při práci, vyslechnout si jeho rady a získat tak zpětnou vazbu svého snažení. Ve chvíli, kdy se stanou skutečnými odborníky, nad sebou mají už „jen“ primáře; úskalí tohoto postavení se několikrát promítla i do rozhovorů (aL3, aL4, aL5). Rovněž se struktura pracovní skupiny vyjevila jako autokratická, což nastínil aL3:

„Nařízení vedoucího pracovníka je pro vás prostě jako rozkaz na vojně. Vy o něm můžete maximálně diskutovat, můžete s ním nesouhlasit, ale to je tak všechno, co s tím můžete dělat.“

Profesní etika vyzývá ke kolegalitě mezi lékaři; a skutečně je **vzájemná pomoc** a spolupráce velmi ceněnou, silnou komponentou pracovního kolektivu. Respondenti si velmi cení možnosti *vyhledat radu u kolegy* a *prodiskutovat léčbu pacientů* (tyto dva kódy byly v datech jedny s nejčetnějším výskytem); dále mezi sebou hledají a nachází porozumění, dělí se o zkušenosti i zážitky, což se ukázalo být velmi užitečným v řešení morálních dilemat (viz 6.5.4).

Kolektiv zdravotnických pracovníků též musí být sehraný a fungovat jako jeden *tým*, což se mimo jiné projevuje i v procesu rozhodování o některých případech, jak naznačuje respondentka nL2:

„Tam to naštěstí nikdy nemůže být, nebo není rozhodnutí jednoho člověka; zrovna v péči o onkologické pacientky. Což je hrozně fajn, protože člověk tam má několik názorů, několik očí, má

i onkologa v těch onkotýmech... je tam taková troška úleva i tomu svědomí, že to rozhodnutí bylo společné. (...) Protože kdyby to rozhodoval jeden člověk... tak to nejde.“

Pracovní kolektiv tedy hraje v rámci výskytu morálních dilemat dvojí roli; v určitých aspektech je prostředkem ke zvládnutí těchto náročných okamžiků (jedinec na ně není sám, má o nich s kým mluvit, s kým je sdílet), avšak v některých situacích může váhu dilemat zvyšovat; zejména pokud je vnitřní přesvědčení lékaře v rozporu s pokyny nadřízeného.

6.2 Morální dilemata

Jak definuje Mareš (2017a, s. 32) a je uvedeno v teoretické části (viz 2.1), dilema je „*morální problém, který nastává, když se dostávají do konfliktu dva morální principy (příp. i více principů), jež jsou stejně přesvědčivé, stejně závažné, ale navzájem se vylučují*“. Morální dilema jedince nutí učinit rozhodnutí, protože zůstat nečinný nepřipadá v úvahu. V lékařské profesi, kdy jde mnohdy o život, se toto pnutí ještě násobí. Lékaři se také musí vyrovnávat se skutečností, že jejich rozhodnutí ovlivňuje druhé osoby, častokrát velmi fatálně, jak poznamenal aL3:

„... prostě se musím rozhodnout, se všemi důsledky, které z toho vyplývají. (...) Je to nepřijemné, protože vlastně rozhodujete o osudu té ženy.“

Než se budeme věnovat společným charakteristikám morálních dilemat v lékařské profesi, dovolíme si nejprve představit tabulku, kde jsou uvedeny **konkrétní dilematické situace** ohodnocené respondenty.

Před rozhovory byl probandům administrován dotazník, který byl jakýmsi výčtem morálně dilematických situací, s nimiž se v gynekologicko-porodnickém odvětví mohou setkat. Respondenti situace hodnotili na třech škálách: jak často s touto situací přicházejí do styku (od 0 = nikdy po 5 = neustále), jak moc je pro ně daná situace dilematická (od 0 = vůbec po 5 = zcela) a jak velkou psychickou zátěž v této situaci pociťují (od 0 = žádná po 5 = vysoká). Při konstrukci dotazníku byly tyto dva aspekty vnímání situace záměrně odděleny, protože lékař může daný případ vnímat jako problematický (tj. náročný z odborného hlediska), ale i jako zátěžový (tj. náročný z osobního hlediska), eventuelně může převládat jeden či druhý aspekt. Toto dělení se v pozdější analýze dat ukázalo jako cenné, jelikož odborné a osobní hledisko je zakomponované do vzniklé zakotvené teorie (viz kap. 7).

V tabulce můžeme vidět hodnocení *škály dilematickosti* a *škály psychické zátěže* u každé situace, které je vytvořeno prostým součtem jednotlivých bodových ohodnocení všech respondentů. Jelikož byl výzkum prováděn s pěti probandy, maximální počet bodů, který mohla každá škála sama za sebe získat, je 25 bodů. *Škála výskytu* morálně dilematické situace není zahrnuta, jelikož byla vytvořena především jako orientační pro autorku výzkumu, aby pro následný rozhovor získala představu o tom, s jakými případy respondenti reálně přišli do styku.

Součtem hodnocení škál problematičnosti a psychické zátěže byla utvořena tzv. „tíživost“ konkrétní situace. Kritérium tíživosti je uváděno z toho důvodu, že poskytuje ucelený pohled na náročnost konkrétní situace v očích respondentů (syntetizuje odborné a osobní hledisko). Situace jsou v tabulce řazeny sestupně právě dle „tíživosti“: maximální možné hodnocení je 50 bodů.

Tabulka č.4 Hodnocení dilematických situací respondenty.

Konkrétní situace	Škála dilematickosti (max. 25 bodů)	Škála psychické zátěže (max. 25 bodů)	„Tíživost“ situace (max. 50 bodů)
obvinění lékaře z nedostatečné či nevhodné léčby	18	22	40
rozhodnutí o symptomatologické léčbě	19	20	39
sdělení úmrtí rodině	19	20	39
nedostatek odborného personálu (únava, stres a přetížení)	19	18	37
časová tíseň a nedostatek času na pacienty	19	18	37
sdělení špatné prognózy	16	18	34
rozhodnutí a sdělení o ukončení další onkologické léčby	16	18	34
nadměrná administrativa	18	16	34
sdělení onkologické diagnózy	15	18	33
porod mrtvého dítěte (memory box, možnost konání pohřbu)	14	19	33
trvalá ztráta plodnosti ženy ve fertilním věku (např. z důvodu nemoci)	16	17	33
neadekvátní využití zdrav. záchranné služby	18	15	33
přesčasý dostupného personálu	17	16	33
suplování péče obvodního gynekologa na pohotovosti	17	14	31
péče o infekční pacienty (HIV, žloutenka, syfilis, STD atd.)	15	15	30
samovolný potrat	11	14	25
interrupce do 12. týdne těhotenství	12	12	24
IVF u žen po onkologickém onemocnění či s interním onemocněním (diabetes, autoimunitní o., kardiovaskulární choroby, o. jater a ledvin, závažná plicní onemocnění)	15	9	24

řešení komplikací domácích porodů	12	12	24
péče o nebezpečné pacienty	11	12	23
miniinterrupce do 8. týdne těhotenství	11	10	21
snížení plodnosti ženy vlivem onemocnění, nutnost operace	11	10	21
odmítavý postoj pacienta k očkování (např. proti rakovině děložního čípku)	11	9	20
UPT z genetické indikace ve 2. trimestru těhotenství	11	9	20
prolomení mlčenlivosti v případě zneužívání	10	9	19
postinterrupční syndrom u pacientek	9	8	17
turistika za IVF (cizinci cestující za IVF kvůli ceně či zákazu v rodné zemi)	10	4	14
císařský řez z psychologické indikace (nepřiměřený strach rodičky z porodu)	8	6	14
prolomení mlčenlivosti v případě znásilnění	6	8	14
náhradní matka (pronájem dělohy)	9	3	12
STD, sexuálně přenosné choroby (sdělení diagnózy, depistážní šetření ad.)	8	4	12
předepisování antikoncepce nezletilým	7	5	12
prolomení povinné mlčenlivosti	5	7	12
rodičovství homosexuálních párů	6	3	9
anonymní porod	4	4	8

Nejvýše hodnoceným se stalo *obvinění lékaře z nedostatečné či nevhodné léčby*, a to nejen v právním slova smyslu, ale i formou „pouhé“ stížnosti. Tato situace byla silně přítomná v jednom z rozhovorů, a proto bychom jí rádi věnovaly více pozornosti, ale až v další podkapitole této práce (viz 6.6.2). Dále byly mezi nejvíce dilematické situace uvedeny nevyhovující pracovní podmínky (*nedostatek odborného personálu, časová tíseň ad.*), jež respondenti vnímali jako velmi problematické, jak jsme již referovali dříve (viz 6.1.1). Situace týkající se pracovní náplně lékařů (tj. „profesní dilemata“) vykazují společné charakteristiky, jimiž se budeme podrobně zabývat v následujících odstavcích.

Jednou ze společných charakteristik těchto dilemat je **ztížená orientace** v situaci. Respondenti negativně prožívají *nedostatečný vhled* do jednotlivých aspektů morálně dilematických momentů. V těchto chvílích *neexistuje jedna správná alternativa* či postup, naopak možnosti jsou *zcela rovnocenné a stejně obhajitelné* (Mareš, 2017), což signifikantně ztěžuje hledání té nejlepší; respektive lékař nejlepší možnost „nevidí“, ale určuje ji svým výběrem, v čemž se skrývá ona problematičnost, jak popsala respondentka nL2:

„... člověk z té situace asi nikdy nevyjde tak, že by to udělal správně. (...) Byť se člověk snaží sebevíc vžít do té situace a rozhodnout správně, tak ve výsledku to správně vůbec být nemusí.“

Jiným prvkem ztížené orientace je fakt, že *nelze odhadnout další vývoj situace*, což se v lékařské praxi stává, avšak v případě morálních dilemat tato skutečnost komplikuje celý proces rozhodování odborníka. Nemá totiž dostatek vodítek, jimiž se lze řídit a problém podle nich vyřešit.

Též *nové situace*, v nichž se lékař ocitá orientaci znesnadňují. Nemůže zde uplatnit svou zkušenost, jelikož ji ještě nezískal, a proto se mu případ může jevit mnohoznačně či nejasně.

Další charakteristikou morálních dilemat je **akcentace jednání** jejich „řešitele“, tj. lékaře. Uprostřed dilematu přichází jakýsi bod zlomu, kdy odborník cítí *naléhavost a nutnost* tuto situaci rozhodnout; vnímá puzení, že *mu musí vyřešit*, jelikož je konfrontován s její intenzitou, silou a tíhou. V takových okamžicích je náročné splnit etický závazek a *zůstat nestranný*. Někteří respondenti naznačili, že musí vyvinout určité úsilí, aby se do náročné chvíle zcela neponořili a nezačali ji plně prožívat (nL2, aL4). Lékař však (přes veškeré úsilí a snahu situaci vyřešit ku prospěchu všech) ještě naráží na své vlastní limity, resp. limity každé lidské bytosti a je opakovaně konfrontován s vědomím, že *není všemocný*. Zde lékař provádí tzv. **vnější atribuci** (Heider, 1958), tj. přisuzuje vývoj situace vnějším vlivům a získává pocit, že situaci nešlo změnit či vyřešit jinak, že se nedalo nic dělat a podobně.

Jelikož morální dilema vyloženě *vyzývá* lékaře k rozřešení, musí být velmi náročné v dilematu *setrvat* a „nic nečinit“. Tento fakt ilustruje popis těžkého případu respondentkou nL2, která (jakožto neatestovaná lékařka) nemá dostatečnou pravomoc situaci vyřešit:

„První, koho volají (zdravotní sestry) jsem vlastně já, protože jsem mladý doktor, takže já z toho porodního sálu doběhnu... vzala jsem si tenkrát s sebou i ultrazvuk, a teď jsem viděla, že ty miminka nežijí. A já jsem tam byla první, teď ta maminka byla vystrašená; jenomže já potřebuju, aby mi to odsouhlasil i ten nejstarší ve službě, že to tak opravdu je. (...) Takže já jako doktor, když tam stojím, a mám informační převahu nad pacientkou, tak je to takový náročný (...) nechci ji uklidňovat, že je všechno v pořádku, protože není. (...) Tam ty vteřiny ubíhají strašně pomalu, než přijde někdo s atestací, nebo starší doktor, který si to taky prohlédne, a pak paní řekne, že těm dětem srdíčka prostě nebijí, ani jednomu (...) Jenomže my nemůžeme ještě nic říct, dokud si člověk není

stoprocentně jistý, že to tak je. Ani ji nemůžeme uklidňovat, ani jí nemůžeme (...) vlastně nic. My ji jenom můžeme vyšetřovat, a to naše vyšetření (...) ještě trvá.“ (Pozn. Jednalo se o případ úmrtí dvojčat v pokročilém těhotenství pacientky.)

Morální dilemata v lékařské profesi jsou obtížná sama o sobě; do jejich řešení však zasahují další skutečnosti, v paradigmatickém modelu začleněné do kontextu a intervenujících podmínek, viz následující část.

6.3 Kontext morálních dilemat

Abychom pochopili přemýšlení a jednání lékařů v náročných chvílích, musíme se nejprve podívat na kontext, ve kterém se tyto situace odehrávají. Na lékaře jsou vyvíjeny určité **tlaky a nároky**, a to z různých zdrojů. Svou roli v kontextu hraje i **rutinní problematika**, protože i ze zcela obyčejné situace se může vyvinout náročný případ, či dokonce morální dilema.

6.3.1 Tlaky a nároky

Jednou skupinou nároků, s nimiž lékaři přijdou do styku, jsou **nároky, které kladou sami na sebe**, k čemuž je vyzývá samotná etika jejich profese. Lékaři by ideálně měli celoživotně reflektovat mravní aspekty svých činů a jednat dle svého nejlepšího vědomí. Zároveň by měli být schopni u každého rozhodnutí zhodnotit, zda jsou pro něj adekvátně kvalifikovaní (Kořenek, 2002). I respondenti se ve své praxi potýkají s otázkou, zda jsou jejich kompetence či schopnosti dostatečné (nL2, aL3 ad.). Nároky, které na sebe respondenti kladou, se zvyšují se stoupajícím profesním věkem, neboť se zvyšuje i jejich reálná odpovědnost a čím dál více pocítují **břemeno rozhodnutí**, jež musí činit, jak poukazuje lékař aL3:

„Když člověk slouží, tak nikdy není v úplné psychické pohodě, protože jste pořád jedním uchem na telefonu, jestli někdo zazvoní nebo nezazvoní – protože já už jsem v pozici konzultanta, to znamená ten, který by to měl řešit. (...) Já jsem v pozici, kdy to prostě musím vyřešit.“

Nároky na sebe sama se prolínají s **nároky zvenčí**, tj. od pacientů, nadřízených či spolupracovníků. Respondenti od sebe vyžadují, to, co od nich chce okolí, tedy *dát do své práce maximum, dostat statusu odborníka* (např. předcházet rizika, domýšlet důsledky svých rozhodnutí, být autoritou, mít individuální přístup k pacientům, ale i uznat svůj díl odpovědnosti v procesu léčby ad.), *být vždy pohotový a ve střehu*, ale i *vydržet tyto tlaky*, se kterými se lékaři potýkají.

O některých náporech v porodnictví se zmiňují respondentky nL2 a aL5:

nL2: *„Člověk musí tu situaci zvládnout i společensky, nejenom z lékařského hlediska, protože my můžeme porod odvést správně, ale ti lidé z toho můžou mít špatný dojem.“*

aL5: „S tou porodnicí je to... vždycky se říká, že matka a dítě jsou dva, a jsou to zdraví lidé. Ale kolik nemocí je třeba v těhotenství může potkat, nebo co se všechno může při porodu přihodit, o tom ty ženy úplně nechtějí vědět.“

Kromě nároků spjatých s touto profesí, se lékaři potýkají i s **tlakem na výkon a tlakem vedení** (viz 6.1.1; 6.1.2), což se může promítnout i do přístupu k morálním dilematům, např. k provádění interrupcí.

Lékař má zákonné právo odmítnout provádět potraty, pokud je to v rozporu s jeho přesvědčením či svědomím (Kořenek, 2002). Ačkoliv respondentka aL5 zastává názor, že v dnešní době je toto právo více respektováno a lze se jej lépe domáhat, zároveň dodala, že ne vždy tomu tak bylo, což potvrzuje i výrok lékaře aL3:

„Taky je problematický pohled primáře; když za ním přijdu a řeknu mu: 'tak já to (potraty) od tebe, pane primáři, nedělám', tak v té situaci by prostě jeden mohl říct tomu mladému lékaři: 'tak já vás tady nechci' - protože to bylo v době, kdy nebylo úplně málo lékařů.“

Nejen strach ze ztráty práce se podepisuje pod fakt, že lékaři svá morální dilemata odsouvají na druhou kolej. Mezi argumentaci, proč provádějí potraty, když jsou v rozporu s jejich přesvědčením a mohou se stát příčinou psychických problémů, patřil i výrok, že potraty jsou součástí oboru, který si respondent vybral (aL3, aL4). Významnou roli zastává i kolegiálnost, jelikož „žádný lékař potraty nedělá rád“, a proto si mezi sebe kolegové prováděné interrupce dělí. K tomu se vyjadřuje respondentka aL4:

„Vnímám to negativně, když mě někdo volá, když mám nějakou jinou práci, abych šla udělat potrat. Když jsem vypsaná, a je to moje práce tam jít, tak to prostě udělám. Ale nejsem, nechci být žádné potratové komando, které se volá (...) abych tam přišla a potratila všechno. V tom případě bych taky asi řekla, že to nedělám.“

Tlaky a nároky jsou nejen kontextem morálních dilemat, nýbrž i platformou, na níž se dilemata mohou vynořit. Zároveň hrají významnou roli jako síly, které působí v okamžiku, kdy lékař musí problém vyřešit či zodpovědět otázku svého svědomí. Zde se mimo jiné odkazujeme i na *vnější atribuce* (viz 6.2), kdy lékař může svá rozhodnutí obhájit výroky *nebylo jiného východiska; nešlo to změnit* apod.

6.3.2 Rutinní problematika

Důvodem, proč je do kontextu paradigmatického modelu zahrnuta rutinní problematika je fakt, že se z této záležitosti v průběhu času může vyvinout problematický, náročný případ, jenž může obsahovat i morální dilema. Jako rutinní problematiku respondenti označují situace, s nimiž se setkávají běžně a pravidelně (např. preventivní prohlídky). Respondentka aL4 popisuje, že

stereotypie daná rutinní prací zapříčiní **polevení v soustředění**, kdy musí vyvinout větší úsilí na udržení pozornosti, a hlavně na to, aby byla neustále ve střehu a zaregistrovala případné problémy:

„Vždycky si říkám: ‘pozor, pozor, už to bereš moc to... zamysli se ještě jednou’. (...) Když dělá člověk dvacátou prevenci, kde nic není, tak si říkám: ‘soustřed’ se, podívej se znovu, jestli tam opravdu vidíš ty vaječníky, jestli tam něco není’... Vždycky se spíš hecuji; když už přijdu na to, že jsem myšlenkami někde jinde, tak si říkám: ‘seber se, seber se’“.

Nutnost koncentrace zmiňuje i lékař aL3, neboť i zcela známá a rutinní situace se může vyvinout nečekaným, problematickým směrem:

„Když jdu provádět rutinní situaci, tak tam jdu v určitém klidu. (...) Ale nad každou situací musí člověk uvažovat a přemýšlet, protože někdy i v rutinní situaci je zakopaný pes. (...) Jak jsem řekl: není malých výkonů a není jednoduchých rozhodnutí.“

Zajímavé jsou odlišnosti ve vnímání rutinní problematiky s ohledem na profesní věk. Zatímco starší respondenti-lékaři se primárně snaží ke každé situaci přistupovat s vědomím možných komplikací, případně rizik (což je možná dáno zkušeností), mladí respondenti-lékaři popisují rutinu s důrazem na své prožívání situace, tak jako nL2:

„To je taková ta práce, kdy si člověk uvědomí, že moc papíruje, že se nevěnuje tolik pacientce... liší se to spíš jenom tím vnímáním, že si člověk řekne: ‘no, tak další pacientka’ a když má šest nekomplikovaných pacientek za den, tak si řekne: ‘ježíšmarjá, to už je šestá další pacientka’. Ale potom stačí jedna komplikace, ta vás vyšťaví.“

6.4 Intervenující podmínky v morálních dilematech

Mezi aspekty, jež mohou intervenovat v jevu morálního dilematu, patří **emoce** lékaře, schopnost **empatie**, **požadavky profese**, kterým musí dostát a **profesní scénář**, jež se snaží následovat. V nadcházejících odstavcích se pokusíme tyto mechanismy blíže popsat.

6.4.1 Emoce

Morální dilemata s sebou přinášejí **negativně laděné emoční prožívání**, silné negativní emoce, které mohou ovlivnit nejen výkon profese, ale i (pokud s nimi není pracováno) psychické zdraví lékařů. Ve výpovědích respondentů figurovaly především pocity *bezmoci, bezradnosti, zmatení a chaosu, vzteku, strachu, viny, výčitek i lítosti*; a to v různých stádiích řešení dilematu: před rozhodnutím, během rozhodování i (dlouho) po rozhodnutí. Emoce jsou v morálním rozhodování podstatné, protože ovlivňují, jakým způsobem bude osoba k dilematu přistupovat a jak jej bude řešit (viz 2.2.2).

V datech se ukázaly jako velmi podstatné **emoční procesy**, tj. jak se svými emocemi lékaři během výkonu profese nakládají. Aby zůstali efektivní a byli schopni situaci zhodnotit, aby nedošlo

k emočnímu přehlcení, musí v určitém okamžiku odolat stresu a své emoce upozadit; jakoby „odložit jejich prožívání“, případně je přesunout na „vedlejší kolej“ (nL2, aL3, aL5). Ve chvíli, kdy krizová situace pomine, je potřeba se s emocemi (či s jejich dozvuky) vypořádat, nějakým způsobem je ventilovat (nL2, aL3). V pracovní době se mladší respondenti obrací především na kolegy, příp. starší lékaře, aby s nimi danou událost prodiskutovali, a tím emoce vyventilovali. Starší respondenti projeví sklon řešit emoční odezvu především „v sobě“, eventuelně mimo pracovní dobu různorodými aktivitami.

Nezdaří-li se silné emoční konotace dilematu otupit, může dojít až ke vzniku *morálního rezidua*, o němž budeme hovořit později (viz 6.6.2).

6.4.2 Empatie

Empatie (viz 2.2.3) je v medicínské profesi dvojsečným nástrojem, jež se lékaři učí používat a zvládat s rostoucí zkušeností. Pro respondenty je užívání empatie v praxi velmi důležité. Považují ji za prostředek, kterým se dostanou blíže k pacientovi a mohou mu účinněji pomoci, ať už respektováním jeho přání, svou adekvátní reakcí či vhodnou volbou komunikačních prostředků (v komunikaci s pacienty hraje empatie podstatnou roli).

Ve chvíli, kdy se rozhodnou empatii uplatnit ve větší míře (zajímají se nad rámec povinností), si k pacientovi vytváří bližší vztah a zvyšují riziko, že se v případě emočně či osobně zaangažují. Respondent aL3 naznačil, že anonymizace pacienta v nemocničním provozu usnadňuje potřebu zachovat chladnou hlavu při rozhodování; zatímco pokud pacienta dlouhodobě zná (např. k němu chodí léta do ordinace), je daleko náročnější rozhodovat o jeho osudu.

Respondentka aL5 zmínila, že je jejím územ se ke všem pacientům chovat slušně a s respektem (tzn. profesionálně), ale to, zda „*ze sebe nabídne ještě něco víc*“, je pouze její rozhodnutí a je odvislé od toho, jak si s pacientem lidsky rozumí.

Respondenti se shodují, že není v lidských silách být nadmíru empatický ke všem lidem, kteří do nemocnice přijdou, protože by lékaře stále přítomná vysoká angažovanost psychicky zdevastovala. Spíše se snaží v rámci profesionality či etiky chovat korektně a nepřekračovat určitou hranici empatie vůči pacientovi (kterou má každý lékař vytyčenou odlišně), aby se chránili a mohli vykonávat své povolání.

6.4.3 Požadavky profese

Během analýzy dat jsme zaznamenaly, že se v rozhovorech objevuje mnoho kontrastů, resp. se zde vyskytl fenomén, jako by byly po lékařích požadovány věci, které v některých situacích (zvláště těžkých a dilematických) mohou *působit protichůdně*.

V následujících bodech některé výrazně přítomné kontrasty zmiňujeme:

- a) od lékaře je současně vyžadována nejenom **odbornost, ale i lidskost**; v nemocnici má být profesionálem i člověkem,
- b) lékař má **být objektivní, ale i brát ohled na subjektivitu, individualitu pacienta či sebe sama**; má poskytovat stejnou péči všem bez ohledu, a zároveň vyhovět (některým) subjektivním, individuálním potřebám pacienta či svým vlastním,
- c) v mnoha situacích se od lékaře současně očekává **empatické vcítění, ale i zachování racionálního uvažování („chladné hlavy“)**; tedy citlivý přístup a vcítění se do pacientovy situace, zároveň však dostatečně „chladná hlava“ na to, aby situaci mohl zhodnotit a rozhodnout o jejím dalším vývoji,
- d) lékař by si měl **na jedné straně udržet odstup, ale na straně druhé i být pacientovi na blízku**; měl by chránit sebe sama, aby nepodleh silným emocím, které jsou v situaci obsaženy, ale také zachovat dostatečnou blízkost, aby se pro pacienta nestal příliš vzdáleným či necitelným,
- e) na lékaře je vznášen požadavek velké **výkonnosti**, ale rovněž i požadavek, aby si na každého jednotlivého pacienta **udělal dostatek času a dal mu prostor**,
- f) čeká se, že by se lékař, jakožto odborník, měl rozhodovat a postupovat tak, aby měl **situaci pod kontrolou, i když to nikdy není stoprocentně možné**.

Zdá se tedy, že respondenti jsou vystaveni před volbu k čemu se přiklonit, případně se snaží tyto nároky skloubit dohromady. Zde se však nabízí otázka, jak to lze udělat, eventuelně zda je možné tak činit dlouhodobě.

6.4.4 Profesionální scénář

Pojem scénář vytvořili výzkumníci Robert Schank a Robert Abelson, kteří jej definovali jako „*strukturu, která popisuje adekvátní pořadí událostí ve specifickém kontextu. Scénář je vytvořen z určitých přihrádek a požadavků na to, co je může zaplnit. Struktura je vzájemně propojený celek. Jevy v jedné přihrádce ovlivňují jevy, které mohou být v jiné přihrádce. Scénáře zvládají každodenní stylizované situace. Příliš se nemění, nejsou nástrojem pro zvládnání naprosto nových situací.*“ (Schank & Abelson, 1977, cit. podle Stenberga, 2002, s. 297). Scénáře si lidé vytvářejí pro nejrůznější situace, ať už jde o nákup v obchodě či kontrolu na letišti; šetří totiž mentální energii. I lékaři mají své profesionální scénáře, mentální „postupy“, jichž se drží, avšak nejprve musí vyvinout kognitivní úsilí: zhodnotit situaci a určit, který scénář lze v konkrétní chvíli aplikovat.

V rozhovoru s respondentkou nL2 se objevil velmi zajímavý popis uvažování lékaře v časově náročné situaci, který tuto myšlenku podporuje:

„Musí (lékař) zachovat chladnou hlavu, a stanovit si priority; to, co se naučil, musí prostě někde vytáhnout a zjistit: 'tak a teď' musím udělat – bod jedna je tenhle, bod dva je tenhle' a zaukolovat sestřičky, aby jenom neběhaly, ale dělaly konkrétní činnost. (...) A pak hlavně tomu starému doktorovi, který přišel na pomoc, říct, co už jsem všechno udělala, co už nemusí dělat, co už je zajištěné. (...) Ono se to dá, ne úplně nacvičovat, ale člověk si tu situaci třeba představí a řekne si, co by dělal; nejlépe, když ji vidí, ale vidí ji z pozice pozorovatele.“

Scénáře, jak již bylo řečeno, nejsou příliš pružnými strukturami, a proto se může stát, že je-li situace natolik unikátní či vyžaduje-li originální řešení, pak běžný scénář aplikovat nelze. Nelze jej ani uplatnit ve zcela nové situaci, protože ta vyžaduje adaptaci. Tyto okolnosti jsou častokrát příznačné pro morálně dilematické situace, kde se profesní scénáře mohou kolidovat s jinými faktory (ať už jde o osobní hodnoty, přání pacienta ad.), nebo být nevyhovujícími či nedostačujícími na vyřešení problému.

V takových okamžicích lékař zřejmě nemá dostatečně pevný opěrný bod ve svých odborných znalostech, protože morální dilema vyžaduje víc než „pouhou“ aplikaci již ověřeného postupu, což může způsobovat či umocňovat negativní emoce, o nichž jsme mluvili v předchozím oddílu.

V nových či kognitivně náročných případech si lékaři pravděpodobně musí vystačit s pouhým **schématem**, které je pružným rámcem, v němž lidé organizují poznatky, pojmy a jejich vztahy tak, aby pomocí schématu mohli řešit nějaký problém. Schémata mohou být různě propracovaná (zahrnovat jiná schémata); též obsahují obecná fakta i některé možnosti jejich konkrétních, jedinečných variací. (Stenberg, 2002)

Pojem *profesní scénář*, který je v paradigmatickém modelu uveden, však nemusí být chápán jen z hlediska kognitivní psychologie: může zahrnovat **doporučené postupy**, jimiž by se měl lékař řídit. Jedná se o standardní léčebné postupy vytvořené odbornou společností (ať už na úrovni České republiky, či evropské nebo světové), které se vztahují na konkrétní situaci, konkrétní diagnózu. Doporučení hrají podstatnou roli v procesu rozhodování respondentů; na tuto skutečnost se zaměříme v následující kapitole.

Přesto však lékaři nemohou v péči o pacienty spoléhat pouze na mechanické uplatňování postupů; je od nich vyžadováno samostatné profesní uvažování (především určitá vynalézavost a pružnost myšlení), což vyžaduje zkušenosti. Na otázku, jak se pozná zkušený lékař, respondentka aL4 odpověděla:

„Zkušenost je v tom, že už si člověk víc dovolí. (...) Asi tím věkem ubývá invazivních výkonů; člověk se snaží být víc konzervativní. (...) Vidí, že to není třeba jen vyndaná cysta, ale že to je i ta pooperační péče, jak se ti lidi můžou zvrtnou, jak se budou hojit.“

Zkušení lékaři jsou dle respondentů schopni uvažovat v souvislostech, o případu aktivně přemýšlet; dále dokáží adekvátně zhodnotit situaci a dovedou získat přesný vhled do problému. Tyto kvality jim pomáhají v řešení těžkých případů, avšak i zkušeného lékaře může dilematická situace vyvést z míry právě svým charakterem (ztížená orientace, absence „správného“ postupu ad.), svou intenzitou, emocemi či psychickými nároky. Někdy se může stát, že ústřední roli nehraje situace sama o sobě, ale pacient-osoba, která se v ní ocitla, zvláště pokud ji lékař zná nebo je mu sympatická (aL4).

Zdá se tedy, že profesní scénář či schémata spojená se znalostmi lékaře mají potenciál v morálních dilematech intervenovat různými způsoby a s různým efektem, což záleží na konkrétním odborníkovi, který jich využívá (a jeho zkušenostech).

6.5 Strategie jednání a interakce v morálních dilematech

V morálně dilematických situacích lékaři musí učinit rozhodnutí, proto se v tomto oddílu zaměříme na **proces rozhodování**, na **kommunikaci s pacientem**, která může tento proces ovlivnit a na to, jakým způsobem lékaři získávají **kontrolu nad situací**. Zároveň zodpovíme výzkumnou otázku, jaké mechanismy respondentům pomáhají **zvládat morální dilemata**.

6.5.1 Komunikace s pacientem

Pro respondenty je velmi podstatný **setting**, tj. snaha vytvoření co nejpříznivějších podmínek při komunikaci s pacientem. Lékaři vnímají jako důležité pokusit se zajistit *bezpečný prostor* při sdělování citlivých informací, či aspoň maximálně eliminovat rušivé vlivy, které by pacientovi mohly být nepříjemné. Též se v interakci snaží volit citlivý, lidský přístup, protože, jak poznamenal respondent aL3, někdy nic jiného ani činit nelze:

„(...) i když jsme v lékařském prostředí, sterilním, dalo by se říci, tak s ní (pacientkou) komunikovat s lidským přístupem, protože to je to jediné, co pro ni v tu chvíli můžu udělat.“
(Pozn. jedná se o popis situace, kdy žena samovolně potráčí).

Zároveň se probandi snaží zůstat odborníky, tzn. neopouštět svou pozici autority. K pacientům přistupují *individuálně*, zajímají se o okolnosti jejich příchodu a v průběhu prvotního kontaktu se je pokouší „otypovat“, aby mohli zvolit vhodný způsob další komunikace.

Klíčovým bodem v interakci lékaře a pacienta je **sdělení** citlivých informací (diagnózy, dalšího léčebného postupu, prognózy ad.), pro něž si odborníci pomocí *settingu* celé situace snaží vybudovat co nejlepší podmínky (nL1, nL2, aL3, aL5). Respondenti si uvědomují, že jedinec je ve chvíli sdělování zpráv (zvláště těch nedobrych) zranitelný, a proto se snaží informace selektovat: zvažovat, do jaké míry musí pacient znát podrobnosti a zda mu něco z toho neuškodí ještě víc, takže se snaží nesdělovat více informací, než je nutné. Špatné zprávy tedy „dávkuje“, ačkoliv vždy dodržují zásadu komunikovat *jasně a srozumitelně*. Přestože jsou nuceni sdělit špatnou zprávu, pokouší se

pacientovi nabídnout plán B („co se tedy bude dít dál“), eventuálně jej odkázat k jinému odborníkovi.

Pro respondenty je dále podstatné *mluvit narovinu, vyjadřovat se rovnou k věci, nic dopředu neslibovat*, a především *nedávat falešnou naději*. Snaží se v rámci možností informovat o léčebném postupu (dostatečně nastínit a přiblížit situaci), poskytnout varianty, mezi nimiž pacient vybírá; aby mohl učinit informované, kompetentní rozhodnutí o svém zdraví a vždy mu sdělují možné důsledky všech alternativ.

Probandi sledují *odezvu* pacienta na zmiňované skutečnosti; opakovaně si *ověřují*, zda všemu rozumí, vnímají jeho reakce a periferně mapují jeho psychické rozpoložení. Ve chvíli, kdy pacientovi chybí nějaké informace, jej *edukují*, příp. mu *nabídnou kontakt* na další experty.

Komunikace v morálně dilematických situacích je náročná. Lékaři si uvědomují, že v některých situacích jsou „slova krátká“, jak podotýká i respondent aL3:

„Na spoustu otázek se nedá odpovědět, protože ta žena se hned ptá: ‘proč já, proč se mi to stalo, proč to miminko umřelo’ (...).“ (Toto se obvykle objevuje u téma samovolných potratů, porodů mrtvých plodů).

Respondentka nL2 zmiňovala, že se lékaři pro tyto chvíle vzdělávají; absolvují různá školení nebo čerpají z literatury, aby se naučili s pacientem komunikovat s ohledem na tíživý okamžik, jímž si právě prošel/prochází. Respondent aL3 poznamenal, že pacienty odkazuje i na eventualitu psychoterapeutické a psychologické péče poskytované na oddělení.

6.5.2 Proces rozhodování

V procesu rozhodování (viz 2.2) respondentů hraje velkou roli **čas**, resp. zhodnocení, kolik času mají na vyřešení situace, jelikož ho někdy bývá velmi málo. V takovém případě musí stanovit priority a určit, co je nutné udělat přednostně; mnohokrát není prostor pro nic jiného, než jednat (emoce, stres či adrenalin, to vše se o slovo přihlásí později), jak popisuje aL4:

„Počítám do deseti, spoléhám na selský rozum a doporučené postupy.“

Z popisu respondentů vyplynulo, že v procesu rozhodování o případě používají **kombinaci induktivních a deduktivních mechanismů**. Nejprve dle symptomů pacienta vytváří pracovní hypotézu o nejpravděpodobnější diagnóze, kterou následně deduktivně ověřují či vyvracejí na základě důkazů, jež systematicky sbírají (nL2). Na základě stanovení diagnózy poté volí nejvhodnější léčebné postupy. Fáze sběru potřebných informací a důkazů se dá označit jako fáze *přípravná*; prostor pro ni je vymezen právě množstvím času, který má lékař k dispozici. Někdy musí učinit rozhodnutí s nekompletními závěry, jež jsou opřené především o pravděpodobnost, protože nemá příležitost shánět další podpůrné důkazy. V těchto chvílích se starší respondenti opírají o své

zkušenosti; mladší pak o starší kolegy. Jednání v nedostatku času vykresluje výpověď respondenta nL1:

„Pokud ten čas není (...) tak člověk v tu chvíli jedná a doufá, že je to dobře. To je pak to, že si to musí srovnat v hlavě, že opravdu dělá dobře.“

Jak jsme již naznačili, lékaři nejprve **zhodnotí situaci**: hledají příčiny, mapují symptomy, zvažují míru závažnosti problému, vytváří hypotézu o diagnóze a rozhodují se především na základě faktů. V dalším kroku se spoléhají na doporučené postupy nebo vlastní zkušenosti, které (jsou-li bohaté) jim umožňují větší rozhled a přehled o alternativách, jež mají k dispozici. Není-li dostatek času, někteří respondenti důvěřují své intuici a jednají instinktivně (nL1, aL3), avšak stále zůstávají v mezích ověřených postupů, tj. neexperimentují s osudem pacienta. Čím více jsou respondenti zkušenější (profesně starší), tím více jsou konzervativní v léčebném postupu. Možná je to způsobeno skutečností, že si uvědomují více možných rizik.

V rozhodování je důležitým aspektem i **perspektiva** lékaře: při konstruování svých závěrů se respondenti snaží hledat jiné úhly pohledu na problém, aby našli tu nejlepší variantu pro daného pacienta (hájili jeho zájmy). Při tom jim pomáhá buď **práce v týmu** (např. v léčbě onkologických pacientů, viz Pracovní kolektiv), nebo konzultace s kolegy či jinými odborníky. Finální perspektiva, kterou zaujmou, je ta, jež jim umožní co největší vhled do problematiky.

Diskuze s jinými lékaři je jedním z **opatření**, která lékaři činí, aby mohli zvolit kompetentní a kvalitní řešení. Dalšími jsou respektování doporučených postupů, sebevzdělávání, vyhledávání informací a promýšlení postupu. Všechna opatření, jež respondenti aplikují, jsou za účelem předcházet vnímaná rizika spojená s daným případem (ačkoliv pacienta nelze stoprocentně zabezpečit).

Pro respondenty je nejsilnějším opatřením **vlastní vklad** (také se jedná o jediný aspekt situace, jež mají zcela ve své režii): snaží se udělat pro nemocného maximum a optimálně si být absolutně jistí při rozhodování, čemuž napomáhá komplexní vyšetření pacienta. Vlastní vklad regulují pomocí **koncentrace** na problém, což činí mimo jiné i odlišením svých emocí, stresu a řešení situace, neboť v náročných chvílích ze sebe chtějí vydat to nejlepší, a emočně zabarvené rozhodování nemusí být efektivní (viz 6.4.1), což dokládá i výpověď respondenta aL3:

„Ten vnitřní stres je jedna věc, ale druhá věc je potom řešení té situace. (...) Herec má trému, než vyjde na jeviště, a v okamžiku, když přijde na tu scénu, to z něj spadne. (...) Já bych to nazval podobně; ta situace prostě člověka vystresuje, ale v okamžiku, kdy je na té scéně, tak už je tam sled událostí, který vás tak pojme a zaujme, že už kolikrát nemáte čas se nějakým způsobem stresovat a už musíte jednat.“

Během procesu rozhodování musí lékaři domýšlet **důsledky** svého počínání. Důsledky rozhodnutí znamenají nejen být (někdy částečně) odpovědným za následný vývoj situace, ale i uvědomovat si právní dosah svého jednání. Z tohoto hlediska je „přerod“ mladého lékaře na lékaře atestovaného velmi náročný, jak dokládají následující výpovědi:

nL2: „*Někdy mě napadá, někdy si říkám: 'ještě že já nemusím být ten starý doktor a rozhodovat to'. (...) Je pravda, že když má člověk atestaci, tak už je vlastně hotový doktor a měl by veškerou zodpovědnost za svoje činy nést sám. Což je v některých situacích docela strašidelné.*“

aL3: „*(...) ten okamžik (získání atestace) byl pro mě nepříjemný, protože jsem právě viděl ty důsledky, co teda může nastat (...) vždycky jsem měl pochybnosti, jestli to zvládnu, jestli budu schopen se vypořádat se všemi situacemi, které mě dřív nebo později prostě potkají. (...) Takže to pro mě bylo stresující; na druhou stranu musím říct, že už jsem si na to zvykl, že je to pro mě denní chleba, ale pořád je tam takový ten střípek toho neklidu, že přijde nějaká situace, která bude velmi nepříjemná.*“

V morálně dilematických situacích je proces rozhodování lékařů komplikovanější, než je tomu v běžné nemocniční praxi, a to z několika důvodů:

- a) může selhat kombinování induktivních a deduktivních mechanismů; jelikož nelze vyselektovat pouze jedno jediné „správné“ řešení (řešení situace má mnoho variant),
- b) případ nemusí být lékařem adekvátně (objektivně) zhodnocen,
- c) charakteristikou morálních dilemat je ztížená orientace v problému, což může narušit/zkomplikovat perspektivu lékaře (tj. vzhled do problematiky),
- d) opatření, která lékař činí pro usměrnění dalšího vývoje situace, mohou (zcela) selhat,
- e) vlastní vklad nemusí zůstat pouze na profesionální rovině; může dojít k osobní či emoční angažovanosti v případě,
- f) eventuální důsledky mohou volbu činit náročnější; zvláště v okamžicích, kdy si odborník své rozhodnutí nemůže/nedokáže dostatečně obhájit.

6.5.3 Kontrola situace

Lékař je v kritické chvíli autoritou. Očekává se od něj, že situaci zvládne mít pod kontrolou, aby dobře dopadla. Mezi mechanismy, jež používá k získání (alespoň částečné) kontroly, patří **koncentrace** na problém a maximalizace **vlastního vkladu** (o obou jevech jsme podrobněji referovaly v předchozím oddílu).

Mladší respondenti se cítí sebejistěji díky vědomí, že jsou pod *neustálým dohledem staršího lékaře*, na něhož se mohou obrátit; dokonce sami tuto skutečnost vnímají jako svou profesní potřebu.

Vědět, na koho se obrátit, potažmo jak se zachovat, je dalším významným aspektem pocitu kontroly. Respondentka nL2 zmínila, že vyskytne-li se v nemocničním provozu případ, s nímž se nesetkala, jde se na něj iniciativně podívat (eventuelně přihlíží, jak jej starší lékař řeší), aby si sama mohla alespoň v hrubých obrysech vytvořit mentální plán (scénář), jak by v takové chvíli postupovala.

Starší respondenti pak především aktivně vyhledávají příležitosti k *sebevzdělávání*. Respondentka aL5 si nejvíce cení, když si může vyslechnout příběhy konkrétních případů, protože vnímá velký praktický přínos, kterým ji kazuistiky obohacují pro vlastní výkon povolání.

V časově náročných chvílích lékaři a další zdravotnický personál pracují jako sehraný tým; lékař *rozděluje práci* a zaúkoluje každého přítomného pracovníka, aby dělal konkrétní činnost. **Společnými silami** potom snáze získají nad situací „převahu“, dostanou ji pod kontrolu.

6.5.4 Zvládání morálních dilemat

Vlastní vklad je podstatným prvkem i v mechanismu zvládání morálních dilemat; využití veškerých svých znalostí, schopností a přístupu k problému respondentům dodává pocit, že jednájí v souladu se svým svědomím a že ze sebe vydali maximum. V případě, kdy se přesto situace nevyvine dle představ, se za tento vývoj necítí odpovědní, přičítají jej vlivům, které nelze ovládat. Tento pohled na věc je chrání i před pocity viny či výčitkami, jelikož jsou schopni si své počinání obhájit, jako respondenta nL2:

„(...) prostě si (lékař) řekne: já jsem v té situaci udělal podle svého nejlepšího vědomí a svědomí to, co jsem myslel/myslela, že bude správně.“

Ve chvíli, kdy vlastní vklad není dostačujícím pro obhajobu svých voleb, lékaři vyhledávají **oporu druhých** osob, ať už na pracovišti nebo v rodinném, přátelském kruhu. Sdílení zážitků a emocí respondentům umožňuje se s morálním dilematem lépe vyrovnat (jedinec se necítí sám), získat od něj určitý odstup a nenechat se jím pohltit. Osobní život pomáhá zvládat celý fenomén morálního rozhodování, protože probandům připomíná, že jejich identita není založena pouze na jejich profesi (nL2), že se od náročného povolání mohou odreagovat, a hlavně, jak příhodně poznamenala lékařka nL2, že je potřeba také „*žít mimo nemocnici*“.

Zároveň se opora druhých promítá i do samotného procesu rozhodování v morálně dilematických situacích, protože rozhoduje-li se v týmu, zodpovědnost a důsledky rozhodnutí neleží na jediném člověku, ale je rovnoměrně rozložena na všechny přítomné.

Jak jsme již naznačily, **svědomí** lékaře napomáhá či maří snahu o překonání dilematu. Svědomí je částečně postaveno na vlastním vkladu do řešení situace (udělat maximum, jednat s dobrým úmyslem), ale i na *přesvědčení* (či víře) jedince. V morálním dilematu by lékař měl být schopen si své rozhodnutí *odůvodnit*, aby byl schopen si je obhájit a stát si za ním. Rovněž má zákonné právo odmítnout provádět cokoliv, co by nebylo v souladu s jeho postoji, pokud se nejedná

o situaci, v níž je ohrožen život pacienta (Kořenek, 2002). Tak uvádí teorie, avšak praktické uplatňování tohoto práva může být v mnoha ohledech obtížné.

Pro všechny respondenty je důležitý aspekt svědomí vyřešit, ačkoliv k tomu používají různé strategie. V datech se nejčastěji objevoval **přesun zodpovědnosti** z lékaře na pacienta s odůvodněním, že se jedná o dilema pacienta, nikoliv lékaře. Například interrupce je dilematem k vyřešení pro danou ženu; lékař je „pouhým“ *vykonavatelem* její volby v případě, že se pro potrat rozhodne. Přesně takto k problému přistupuje respondent aL3:

„Je pravda, že prostě základní dilema jsem si udělal na začátku, kdy jsem si řekl, že je to rozhodnutí té ženy. Prostě já to nezměním, když se jí ten potrat neudělá tady, tak si ho nechá udělat někde jinde a (...) ten problém vnitřně přenáším na tu ženu, já ho neřeším.“

Lékaři se v dilematu také snaží *chránit sami sebe*, resp. integritu svého já. Zde mohou na scénu nastoupit i **obranné mechanismy**; v rozhovorech se objevila např. *racionalizace* celé situace, a to u respondentky nL2:

„Člověk se snaží si udržet čistou mysl, ale pak stejně přijde domů a musí si to probrat v hlavě, a sám si najít odstup s tím, že: 'jsem doktor, udělal jsem maximum'.“

Dále se u lékařky aL4 vyskytla i *disociace*:

„(...) snažím se tam nebýt; snažím se tam mít jenom ty ruce (...)“ (např. při provádění interrupcí)

Ke zvládnutí dilematické situace napomáhá také zkušenost; množství problematických případů, s nimiž se lékař setkal, které může zúročit v tom, jež aktuálně řeší.

Též **vnější atribuce** (Heider, 1958) pomáhají k překlenutí dilematu, především odůvodněními jako „*nešlo to změnit*“, „*nebylo jiného východiska*“, „*nic se nedalo dělat*“ apod. V takových chvílích dochází k přesunu zodpovědnosti z lékaře na vnější (situační) vlivy. Tento fenomén se však v datech vyskytoval minimálně.

6.6 Následky morálně dilematických situací

Překonání náročné situace může mít mnoho následků; v tomto oddíle se zaměříme na **profesní růst**, ale i na jev zvaný **morální reziduum**, který může v jedinci nedostatečně vyřešené morální dilema vytvořit a udržovat.

6.6.1 Profesní růst

Pojem *profesní růst*, uvedený v paradigmatickém modelu, není zamýšlen jako synonymum pro kariérní postup, ačkoliv je s ním spojený; jedná se spíše o proces úspěšného rozvíjení lékařových

osobnostních kvalit a schopností, jež v profesi uplatňuje. Dal by se též vnímat jako určité *profesní zrání*, získávání zkušeností.

Do nemocničního provozu lékař nastupuje jako **čerstvý absolvent medicíny**; pocity a dojmy s tím spojené velmi přesně popsala respondentka nL2:

„Když člověk nastoupí jako absolvent, tak neumí v podstatě nic. Z medicíny má titul, má umět všechno, ale konkrétně neumí nic. Takže to pro mě znamenalo se všechno naučit, od vaginálního vyšetřování, přes ultrazvuky, jak odebírat anamnézu pacienta – na škole jsme samozřejmě teoreticky uměli všechno, ale prakticky (...)“

Formulace „*má umět všechno, ale konkrétně neumí nic*“ je výstižnou, neboť přichozí, teoreticky vzdělaný jedinec se musí vypořádat s nároky praxe; řešit praktické a konkrétní problémy, adaptovat se na chod oddělení, neustále se za pochodu učit. Využívá pomoci a zkušeností druhých, profesně starších kolegů, aby se posouval vpřed.

Po určitém čase, kdy se dostatečně adaptuje, získává status **mladého lékaře**, který se stále vzdělává a zároveň již má určité pravomoci. V tomto okamžiku narůstá intenzita konfrontace s rozmanitou škálou případů a problémů, s nimiž přichází do styku, protože přestává fungovat *filtrace*: starší kolegové přestávají tak výrazně selektovat úkoly, jimiž mladšího lékaře pověřují, protože již něco umí a dokáže, není úplný nováček. Mladý lékař však musí znát své kompetence a místo v hierarchii na pracovišti, neboť stále nemůže činit zásadní rozhodnutí. Mladší respondenti zhodnotili, že se necítí dostatečně profesně vyspělými, aby se ve vážných případech rozhodovali; zároveň je pro ně náročná váha zodpovědnosti, která na ně po atestaci „padne“:

nL2: *„(...) asi nejsem ani mentálně tak daleko, že bych si říkala: ‘ted’ už bych rozhodla všechno sama – tak to ne. Ale věřím, že za několik let přece jenom člověk dostane víc zkušeností, víc situací uvidí a bude si jistější (...)“*

nL1: *„Takhle si člověk může říct, že rozhodnutí udělal někdo jiný. A potom, když už to rozhodnutí dělá sám (...) no nevím (...) je to prostě víc náročné. (...) Potom, když něco uděláš špatně, tak to jde za tebou. Takhle když něco udělám špatně, tak si mohu říct: ‘hele, podívejte se, já za to nemůžu, to rozhodl někdo starší’ nebo ‘někdo mě měl kontrolovat, já za to úplně nemohu’. To potom doktorovi skončí a už není v podstatě krytý, když to tak vezmu.“ (Pozn. Toto jsou pocity, jak se lékař cítí ohledně získání atestace).*

Starší lékaři na své začátky vzpomínají různě: pro někoho bylo získání atestace významným okamžikem (aL3, viz 6.5.2), někdo mu nevěnoval větší pozornost (aL4). Respondentka aL5 zaznamenala rozdíl mezi mladším a starším lékařem:

„Když jsi na začátku, tak si neuvědomuješ to množství komplikací, které může nastat, nebo co všechno může nastat. Člověk je trošku nepolíbený zkušeností a v určitých chvílích je to pro něj úleva, že to neví.“

V datech vyšlo najevo, že mladší respondenti přemýšlejí odlišně než jejich starší kolegové; soustředí se na fakt, že v určitém bodu svého počínání musí sehnat někoho dostatečně kompetentního, kdo práci dokončí. Starší respondenti naopak k případu zcela automaticky přistupují s vědomím, že jej musí vyřešit. **Informační převaha**, kterou získali společně se zkušenostmi, se v jejich přístupu promítá dvojsečně: může jim komplikovat rozhodování, protože berou v potaz více faktů a skutečností, ale zároveň jim umožňuje být opravdovými odborníky s velmi přesným vhladem do problematiky, což vidí i respondent aL3:

„Řekl bych, že zkušený lékař se pozná tak, že nějakým způsobem přijde, zhodnotí tu situaci a nějak rozhodne. Z nezkušeného lékaře nespadne ta role prvotního stresu a je pořád v nějaké fázi paniky: ‘co teď budu dělat’ a podobně.“

Čím déle lékař pracuje, tím více se odvažuje vnášet svůj individuální pohled do rozhodování, více samostatně uvažuje a přemýšlí (a je to od něj okolím vyžadováno). Roste i *profesní sebedůvěra*, protože se lékař ocitl v mnoha situacích, kde si otestoval své schopnosti a svůj úsudek. Zvyšuje se i jeho *suverenita* (nezávislost), stává se čím dál odolnějším; jinak by svou profesi nemohl vykonávat. Zdravý přístup lékaře s mnohaletou praxí popsala respondentka aL5:

„My už jsme těch špatných věcí slyšeli tolik (...) viděli jsme tolik lidí s infaustními prognózami, s porodnickými komplikacemi; po těch letech jsi už do strašné míry otrlá. Prostě je to ta tvoje profi práce, a ty k tomu tak musíš přistupovat. Nemůžeš se prostě zhroutit z každého zamklého potratu, který je v šestém týdnu, protože to by člověk nemohl vydržet. (...) Takže tě nedojme případ, který je špatný, ale když se něco povede, když něco dobře dopadne. Každá správná diagnóza – i když je v podstatě špatná, tak tě posílí v tom, že máš správné rozhodování, že jsi to našla, že víš, co a jak s paní potom udělat, jak ji nasměrovat.“

6.6.2 Morální reziduum

Morální reziduum jsme definovaly již v teoretické části bakalářské práce (viz 3.2.1). Zde uvádíme vzpomínku na neoprávněnou stížnost, o kterou se respondent aL3 podělil během rozhovoru, a již musel jako mladý lékař čelit. Svůj zážitek popisuje následovně:

„Přišel dopis, stěžovali si na lékařskou komoru, že lékař nerespektoval přání rodičky, že trpěla, že jsem ji nechal úplně vyčerpat, že na sále kolabovala (...) To byla pro mě emočně těžká situace – i když já jsem vlastně postupoval podle postupů a nic jsem reálně neprovedl, tak proti mně byla vedená stížnost. Naštěstí teda komise lékařské komory usoudila, že to nemá význam. Ale prostě

to popotahování, že nevíte, co se bude dít, jakým způsobem to bude pokračovat, tak to pro mě bylo velmi nepříjemné. (Pozn. řízení trvalo 2–3 měsíce).

(...) Pořád to (stížnost) v sobě máte, a i když se třeba snažíte to v běžném životě vytěsnit (...) jsou situace, které vám neumožní nad tím přemýšlet, ale dřív nebo později to vyplouvá na povrch a chápu, že někteří lidé potom sáhnou k alkoholu nebo k nějakým takovým látkám, aby to svědomí nebo vnitřní hlas, který vám neustále vrací tu problematiku (...) tak se snaží utišit tímto způsobem.“

Zde se vracíme k faktu, že respondenti v dotazníku jako nejproblematictější ohodnotili okamžik, kdy dojde k obvinění lékaře (viz 6.2). Ačkoliv je to již několik let, co se respondent aL3 ocitl ve zmiňované situaci, stále v něm zanechává negativní pocity, které se v různých intervalech vracejí. Přestože řešený případ z hlediska odbornosti či průběhu nebyl pro lékaře dilematický, následný vývoj odpovídá termínu morální reziduum tak, jak jej definují Webster a Baylis (2000), tedy jako zážitku, kdy dojde k útoku na hodnoty, přesvědčení a principy, jež v sobě má jedinec hluboce zakořeněné.

Tento jev se vyskytl u respondentky aL4, které je velmi nepříjemné provádět interrupce, protože, jak sama popisuje:

„Při každé interrupci si představuji, že jsou tam moje děti a trhám jim ručičky a nožičky.“

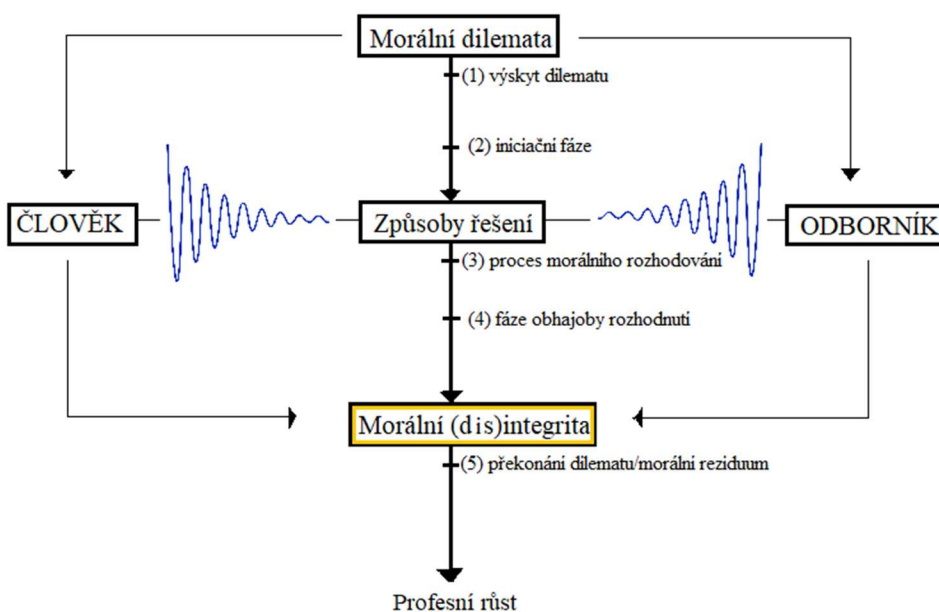
Zdá se tedy, že vyšší riziko vzniku morálního rezidua se objevuje ve chvíli, kdy si lékař nedokáže své jednání v morálně dilematické situaci dostatečně obhájit, či je různými okolnostmi nucen se zachovat jinak než v souladu se svým svědomím.

7 Konceptuální schéma procesu rozhodování lékaře v morálně dilematických situacích

Předchozí kapitola detailně popisovala paradigmatický model, který vznikl během fáze axiálního kódování dat. Jak jsme již zmiňovaly v metodologii bakalářské práce, při přechodu do fáze selektivního kódování byl tento model opuštěn; resp. došlo ke změně perspektivy, s níž jsme na data nahlížely.

Důvodem tohoto kroku bylo zjištění, že klíčovou vlastností zkoumaného fenoménu rozhodování v morálně dilematických situacích je jeho *dynamičnost*; tj. živost a proměnlivost. Paradigmatický model popisuje výzkumnou realitu z *perspektivy třetí osoby*, tj. předestírá nejrůznější vlivy (vnější i vnitřní) z objektivizujícího hlediska („ono jest“), jež v morálně dilematických situacích působí. Schéma vzniklé během selektivního kódování, jemuž se v této kapitole budeme věnovat, vyzdvihuje *perspektivu první osoby* („já cítím, prožívám, konám“). To znamená, že se soustředí především na samotného lékaře, který problematickou situaci zažívá a je puzen k tomu, aby se s morálními dilematy vypořádal, a to na dvou úrovních – jako člověk a jako odborník.

Obrázek č.3 Proces rozhodování lékaře v morálně dilematických situacích.



Konceptuální schéma

Schéma zahrnuje několik dynamických sil, jež jsou v jednání lékaře stěžejními. První z nich je *vložená časová osa*, na níž se odehrávají jednotlivé fáze konfrontace s dilematem. Ačkoliv je časová osa graficky naznačena lineárně, odvažujeme se vyslovit předpoklad, že etapy mohou probíhat cirkulárně (např. lékař změní přístup k morálnímu dilematu, čímž může dojít k zpochybnění

způsobu řešení předchozích podobných situací a metody obhajoby jeho rozhodnutí se náhle mohou zdát nedostatečné).

Další dynamikou je neustálá *oscilace* mezi póly představujícími dvě různé role téže osoby: lékaře jako odborníka a lékaře jako člověka. Tato oscilace (resp. její potenciál) je přítomná v každé etapě řešení morálního dilematu. Lékař se nepohybuje výlučně v extrémech (v situaci není „pouhým“ odborníkem či „pouhým“ člověkem).

7.1 Morální (dis)integrita

Centrální kategorií v tomto náčrtu je *morální (dis)integrita*, k níž směřuje veškeré počínání lékaře v kontaktu s morálně dilematickou situací, a jež v sobě obsahuje polaritu, kterou dále objasníme.

Ve chvíli, kdy lékař přichází do styku s morálně dilematickou situací, u něj dochází k vytvoření úsudku, resp. zhodnocení situace (a jejích morálních, příp. dilematických aspektů). Následně volí způsob řešení, kde mimo zájmů pacienta zohledňuje i potřebu sám sebe (sebe sama) zůstat ve své morálce (svých hodnotách a postojích) konzistentní. Tímto počínáním směřuje k morální integritě (viz 3.1), kterou Dvořáková (2007, s. 33) definuje „*jako představu morální sebekonzistence, neporušenosti a celistvosti, která spočívá v kongruenci mezi úsudkem a jednáním. Sebekonzistence se stává významným motivem v osobnostním fungování, reflektujícím naši potřebu jevit se ve vlastních očích i v očích druhých lidí jako morální.*“

Ne vždy však lékaři jednají/mohou jednat dle svého přesvědčení a svědomí; v takový okamžik pak pocit integrity udržují aktivací obranných mechanismů (viz 3.1.1). V rozhovorech s respondenty se vyskytly tři mechanismy, a sice morální ospravedlnování, difúze či přesun zodpovědnosti, a odosobnění zúčastněných (viz 6.5.4).

Ve chvíli, kdy ani obranné mechanismy lékaře neuchrání před inkonzistencí jeho hodnot a činů, dochází k *intrapsychickému konfliktu* (disintegraci, rozpolcení), jenž může vyústit ve vytvoření morálního rezidua.

Oba tyto scénáře (morální integrace či disintegrace) pak mohou vést k profesnímu růstu, třebaže cesta skrze morální selhání lékaře školí „tvrději“ a s větším rizikem psychických následků.

7.2 Lékař a jeho lidský a odborný přístup

Ze schématu vyplývá, že lékař je v morálně dilematické situaci přítomen ve dvou pozicích; v pozici člověka a odborníka. Rovněž se pohybuje v prostoru vytyčeném těmito pozicemi, tj. mezi nimi. V určitých okamžicích se přiklání spíše na jednu, jindy na druhou stranu. Lékař by měl být schopen z obou perspektiv vytěžit jejich výhody a zkombinovat je tak, aby minimalizoval jejich negativa. V realitě pozorujeme zejména potřebu *flexibility*, tzn. lékař by měl být schopen zaujmout

obě perspektivy, a zároveň si v každém okamžiku zvolit tu pozici (či jejich kombinaci), která mu umožní morálním dilematem bezpečně projít. To je však ideální případ.

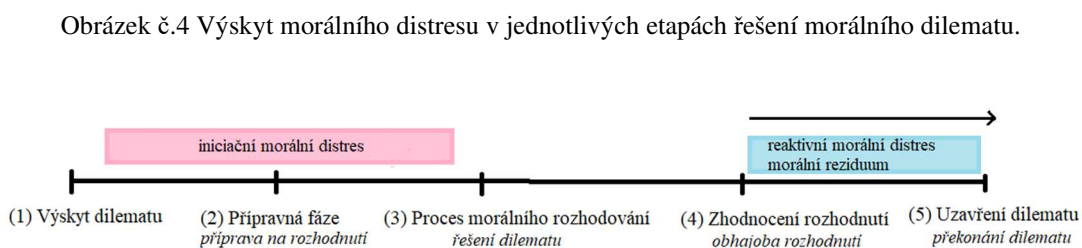
Ve chvíli, kdy lékař není flexibilní, ale naopak se *rigidně* přiklání k jednomu či druhému pólu (čímž dosahuje určitého extrému), se zvyšuje riziko psychických obtíží, až psychického zhroucení, a to z různých důvodů.

Přiklání-li se pouze k pozici *člověka*, dochází u něj *k oslabení rozhodování*, kdy není schopen uplatnit odborné znalosti, získané profesní zkušenosti. Zároveň je zde větší tendence brát si věci osobně, přejímat přílišnou zodpovědnost za osud pacienta. Nedokáže-li lékař být odborníkem (mít profesionální přístup), pak slovy respondentky aL5 „*tu práci nemůže dělat*“.

Působí-li lékař pouze v pozici *odborníka*, dochází naopak *k oslabení jeho osoby*, kdy nedokáže v rozhodování uplatnit sám sebe/sebe sama, svoji individualitu a jedinečný náhled. Pokud se neangažuje jako člověk, může se též chovat necitelně vůči pacientovi.

Lékaři v různých časových etapách řešení dilematu kombinují lidský a odborný přístup, protože jednotlivé úseky od nich vyžadují odlišné schopnosti či jednání, a to takovým způsobem, že je komplikované odlišit, co náleží ryze „člověku“ a co pouze „odborníkovi“. V datech jsme přesto zpozorovaly tendenci v iniciační fázi (tj. přípravné fázi, kdy respondenti shromažďují podklady, na jejichž základě činí rozhodnutí) *přesídlit spíše do dimenze odborníka*, kdy lékař aktivuje profesní znalosti a zkušenosti, a do centra zájmu a soustředění staví pacienta, nikoliv sebe (sebe „upozadí“).

Nabízí se otázka, k čemu tento mechanismus slouží; dle našeho úsudku pomáhá lékařům se vypořádat s *iniciačním morálním distresem*, který přichází s vědomím, že bude muset řešit a zvládnout morálně dilematickou, náročnou situaci. Pozice odborníka lékaři propůjčuje potřebné zdroje, z nichž může čerpat. Pro lepší znázornění přikládáme časovou osu se zvýrazněním úseků, kde dochází k výraznému výskytu morálního distresu:



Zároveň v datech vyvstala tendence respondentů se při obhajobě a překonávání dilematické situace *opírat o dimenzi člověka*, neboť v morálním dilematu nelze uplatnit deduktivní přístup a nalézt jedno jediné správné řešení. V morálně dilematických situacích lékař naráží na uvědomění, že není všemocný a že samotné odborné znalosti ke zdárnému překonání situace nestačí. Pozice

člověka lékaři zřejmě poskytuje vodítko k vypořádání se s *reaktivním morálním distresem*, protože jej vyzývá k obhajobě jeho morálních hodnot a postojů, k tomu, aby si zachoval morální integritu. Ve chvíli, kdy se obhajoba z jakéhokoli důvodu nezdaří (lékař nedokáže uhájit sebe jako člověka či své hodnoty), může morální reziduum vzniknout i v situaci, kde z odborného hlediska bylo všechno v pořádku, a dalo by se tedy říct, že se „profesní morální dilema“ ani nevyskytlo (viz 6.6.2).

7.3 Ilustrace konceptuálního schématu na modelovém případě

Pro lepší znázornění představeného konceptuálního schématu jej aplikujeme na modelový případ, s nímž se lékař s gynekologicko-porodnickou specializací může setkat. Přestože se v rozhovorech s lékaři mluvilo o mnoha případech z praxe, žádný z nich nebyl rozebírán natolik do hloubky, abychom jej mohly použít jako názornou ukázkou. Proto jsme v konzultaci s odborníkem vymyslely modelový případ, na kterém budeme demonstrovat naše zjištění.

Apelujeme na fakt, že problematika rozhodování v morálně dilematických situacích je velmi komplexní a subjektivní záležitost, proto se získané postřehy odvažujeme pouze načrtnout a nabídnout k další diskuzi, nikoliv dogmaticky předložit. Taktéž uvedené rozdělení do časových etap je orientační; fáze se prolínají a ovlivňují, nejsou ostře ohraničené či vymezené.

7.3.1 Modelový případ

(0) příchod pacienta: Do nemocnice přichází mladá, zhruba třicetiletá žena, která je na kontrolu odeslána svým obvodním gynekologem, neboť v minulosti prodělala operaci děložního čípku pro prekancerózu⁵. Operací se zamezilo dalšímu postupu onemocnění a jeho progresi ve zhoubný nádor. Při kontrolní prohlídce se lékaři však některé věci „nezdají“; naplánuje potřebná vyšetření a pacientku pošle domů, protože čeká na výsledky zobrazovacích metod.

(1) výskyt dilematu: Lékař je informován o výsledcích, jež bohužel přinášejí špatné zprávy. U pacientky vyvstalo závažné podezření na zhoubný nádor. Onemocnění je bohužel v takovém rozsahu, které již není operabilní. Zbývající možností zůstává léčba paliativní a symptomatická. Nyní musí lékař vyčkat na potvrzení diagnózy z histologie získané při odběru vzorku nádorové tkáně. Jak ale tuto zprávu pacientce sdělit?

(2) iniciační fáze: V iniciační fázi se v lékaři odehrává paralelně vícero procesů. Jako odborník případ podrobně analyzuje, pokouší se na něj nahlížet z vícero úhlů, hledá a (ne)nachází nové možnosti. Vylučovací metodou (tzn. dedukcí) dochází k zjištění, že se veškeré možnosti zdají vyčerpané. Cítí negativní emoce spojené s vědomím, že „nedokáže“ pacientku vyléčit; zdá se, že „je to konečná“. Nemá před sebou případ, ale člověka: mladou ženu, matku dvou malých dětí, a musí jí sdělit závažnou diagnózu. Pod tíhou tohoto vědomí se přesouvá do pozice odborníka; řeší pacientku, nikoliv sebe (své pocity, dojmy atd.), protože mu jde o to hájit její zájmy; proto se odmítá vzdát,

⁵ Stav předcházející vzniku zhoubného nádoru.

hledá dál, zvažuje, zda lze nabídnout experimentální léčbu ve studii s novými léky. Případ konzultuje v týmu odborníků, s kolegy, s lékařskými autoritami. V určitém okamžiku však dojde k poznání, že možnosti léčby pacientky jsou omezené.

(3) proces morálního rozhodování: Mít informační převahu je pro lékaře těžké, protože je s realitou konfrontován v plném rozsahu. Hledá způsoby, jakými pacientce realitu pravdivě, ale i co nejvíc ohleduplně sdělit. Jaké jsou jeho možnosti? Jak se k situaci postavit, jakou roli zaujmout a jak v náročných momentech obstát, aby je zvládl opakovaně, aby i desáté pacientce dokázal říct špatné zprávy se stejným taktem?

Ví, že by při sdělování měl postupovat citlivě, s ohledem na ženu sedící před ním. K tomu, aby dokázal posoudit, jaký způsob komunikace zvolit a do jakých detailů pacientku informovat, používá své vlastní lidskosti, empatie a citu (může zvažovat, co by v této situaci potřeboval/chtěl on sám či jeho nejbližší). To také znamená, že se stává zranitelným, protože slevuje ze svých ochranných, aby mohl být v situaci s pacientkou přítomen, aby jí mohl nabídnout podporu ve chvíli, kdy to bude potřebovat.

Zároveň musí zůstat odborníkem; autoritou, která nešťastné pacientce dodá cíl, odhodlání a směr. On je tím, kdo okolnostem nesmí podlehnout, nesmí se nechat pohltit intenzitou emocí či se ztratit v chaosu, jenž po sdělení vypukne. Přestože nedokáže nabídnout cestu k uzdravení, může mluvit o možnostech léčby, které nemoc alespoň částečně zpomalí či pozastaví.

(4) obhajoba rozhodnutí: Ačkoliv lékař další postup v péči o pacientku vymyslel a předložil, musí si obhájit, jak k situaci přistoupil a jak se zachoval, což činí vícero způsobů (které mohou působit jako alternativy, ale i paralelní procesy). Jako odborník se spoléhá na důkazy, výsledky a na zhodnocení míry rizika, kdy v rozhodování zvažoval přínos a komplikace jednotlivých variant. Rozhodnutí obhajuje *z objektivního hlediska*; k těmto závěrům by s velkou pravděpodobností dospěl i jiný odborník.

Rozhodnutí však musí hájit i *ze subjektivního hlediska*, z pozice člověka, k čemuž využívá své osvědčené mechanismy, které mohou být adaptivní i maladaptivní, což záleží na tom, zda se rozhodl (a zachoval) v souladu se svým přesvědčením, či nikoliv.

(5) morální (dis)integrita: Pokud lékař úspěšně obhájí své počínání, tj. ví, že pro pacientku udělal maximum, přestože ji nedokázal vyléčit, dochází k získání cenné zkušenosti. Tato zkušenost obsahuje funkční postup v dané situaci; lékař z ní může čerpat při řešení podobných případů (dochází k profesnímu růstu).

Pocit'uje-li lékař osobní selhání v interakci s problémem, nebo nedokáže-li si ospravedlnit své postupy, získaná zkušenost je velmi nepříjemná až bolestivá, protože odkazuje na nefunkční řešení, které lékař v situaci uplatnil. I v tomto okamžiku může dojít k profesnímu růstu, pokud si lékař uvědomí hodnotu této zkušenosti a bere ji jako příklad toho, co nedělat/jak se nechovat. Zároveň však může vzniknout morální reziduum a s ním spojené psychické problémy, jež vyžadují péči. Ať už péči odbornou či minimálně individuální „vnitřní péči“ daného jedince.

8 Zakotvená teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích

V předcházejících dvou kapitolách byly popsány výsledky výzkumného šetření. V této kapitole výsledky shrneme, abychom na jejich bázi mohly formulovat zakotvenou teorii morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích, a abychom zároveň odpověděly na uvedené výzkumné otázky (viz 4.3). Naším cílem je odklonit se od empiricky získaných dat a vytvořit teorii, jež je možné aplikovat na všechny lékaře (bez ohledu na specializaci).

8.1 Analytický příběh

Morální (dis)integrita je živoucím aspektem (či stavem) lékařovy osoby, odvislá od konzistence jeho úsudku a činů, především pak ve chvílích, jež sám vnímá jako dilematické. Mezi základní charakteristiky morálně dilematických situací patří *ztížená orientace* v problému, kdy lékař nemá dostatečný vhled do morálně dilematické situace, tj. není zcela jasné, jak tuto situaci úspěšně vyřešit. Neúplný náhled též vytváří fakt, že nelze odhadnout další vývoj situace, což komplikuje lékařovu volbu vhodného postupu. V těchto chvílích neexistuje jediná správná alternativa, k níž by se mohl racionálním uvažováním dopracovat; všechny možnosti jsou rovnocenné, tj. je nucen určit nejlepší možnost svým vlastním výběrem, a tento výběr následně obhájit. Morální dilema může být o to palčivější a náročnější ve chvíli, kdy se lékař ocitne ve zcela nové situaci, kde nemůže uplatnit předchozí zkušenost. Zároveň je morální dilema vnímáno subjektivně; lékaři označují (vlivem individuality a jedinečnosti každého z nich) za morálně dilematické *různé konkrétní situace* (tzv. *subjektivní dilemata*).

Další základní charakteristikou morálně dilematických situací je *akcentace jednání*, tj. lékař vnímá naléhavost situace a nutnost nějak se (obvykle rychle) rozhodnout. V takto náročné chvíli není snadné dodržet profesní etiku a zůstat zcela nestranným, proto lékař vyvíjí volní úsilí, aby se případem nenechal pohltnout a uchránil tak (alespoň částečně) své prožívání.

Morálně dilematické situace jsou spojené s negativně laděným emočním prožíváním lékaře, kdy zažívá silné negativní emoce, jež se mohou odrazit ve výkonu profese i v jeho psychickém zdraví. Jedná se především o pocity *bezmoci, bezradnosti, zmatení a chaosu, vzteku, strachu, viny, výčitek a lítosti* (viz 6.4.1). Tyto emoce se vyskytují v různých stádiích řešení dilematu a mohou ohrozit morální integritu lékaře, pokud s nimi není pracováno. Lékaři své prožívání v krizové situaci obvykle upozadí, odloží je na „vedlejší kolej“. Po pomnutí krize emoce ventilují různými způsoby, například sdílením s kolegy či blízkými osobami mimo práci. V případě nezpracování silných pocitů spojených s dilematem může dojít k morální disintegraci a vzniku morálního rezidua.

Mezi strategie používané lékaři ke zvládnutí morálně dilematických situací patří *vědomí vlastního vkladu*, které hraje podstatnou roli v udržování morální integrity, především ve fázi

obhajoby rozhodnutí. Lékaři se ze sebe snaží vydat maximum, zúročit veškeré své znalosti a schopnosti, čímž získají pocit, že jednají v souladu se svým svědomím. Pokud se i přesto situace nevyvine dle jejich záměru, necítí za její vývoj odpovědnost; přičítají ji vlivům mimo jejich kontrolu.

Odlišnou strategií je *vyhledávání opory druhých osob*, ať už rodiny, přátel či kolegů. Lékařům pomáhá sdílet své zážitky a emoce, jelikož jim participace umožňuje se s proběhlou situací lépe vyrovnat a získat určitý nadhled. Osobní život jim připomíná, že jejich identita není založená pouze na jejich povolání, a také že je nutné se věnovat i jiným oblastem bytí.

Ve zvládání dilemat hraje roli i *svědomí lékaře*, které může působit podpůrně či nepříznivě ve snaze o zachování morální integrity; účinek je odvislý od faktu, zda lékař jednal v souladu se svým přesvědčením. Je-li konzistentní, pak mu svědomí pomáhá odůvodnit a obhájit učiněné rozhodnutí. Pokud není, pak se zvyšuje riziko morální disintegrace a vytvoření morálního rezidua spojeného s negativními emocemi obsaženými v situaci.

Mezi obranné strategie patří *přesun zodpovědnosti* za rozhodnutí z lékaře na pacienta, kdy se ospravedlňuje faktem, že se jedná o dilema pacienta, nikoliv jeho samotného. V takovém okamžiku se lékař situuje do pozice vykonavatele pacientovy volby. Další taktikou je aktivace nejružnějších *obranných mechanismů* (např. racionalizace, disociace) či vytváření *vnějších atribucí*, kdy lékař přesouvá zodpovědnost na vnější (situační) vlivy s tím, že se nic jiného nedalo dělat.

V procesu rozhodování lékařů hraje roli několik aspektů. Jedním z nich je *čas (zhodnocení situace)*, kdy hodnotí, jakou dobu mají na učinění rozhodnutí a vyřešení situace. V případech, že je času málo, jsou nuceni určit priority, tj. co je třeba udělat přednostně.

Při rozhodování lékaři využívají *kombinaci induktivních a deduktivních mechanismů*; v průběhu vyšetření vytváří pracovní hypotézu o diagnóze pacienta, kterou poté zpětně potvrzují nebo negují na bázi důkazů, jež systematicky sbírají. Musí-li učinit rozhodnutí s nekompletními závěry, opírají se o své vlastní zkušenosti nebo zkušenosti profesně starších kolegů.

V rozhodování je důležitá i *perspektiva* lékařů: při vytváření závěrů se stále pokoušejí hledat odlišné úhly pohledu na problematiku, za účelem nalézt tu nejlepší možnou alternativu pro pacienta. Finální zvolená perspektiva je ta, která jim zprostředkuje co největší vhled do problému. Aby se co nejvíce v případě orientovali, využívají i konzultací s kolegy, jinými odborníky či práce v týmu.

Při procesu rozhodování lékaři provádějí nejružnější *opatření*, a to nejen z důvodu, aby vybrali co nejkvalitnější řešení, ale také se záměrem chránit svou morální integritu, tj. aby se mohli opřít o vědomí, že jednají v souladu se zájmy všech zúčastněných. Mezi tato opatření patří např. *koncentrace na problém*, respektování doporučených postupů, sebevzdělávání, diskuze s jinými lékaři, vyhledávání informací a promyšlení postupu (viz 6.5.2). Dále se snaží maximalizovat

vlastní vklad, což jim v ideálním případě napomáhá získat pocit absolutní jistoty v rozhodování (tzn. upevnit morální integritu své osoby).

Lékaři zároveň rozhodují s vědomím *důsledků* svého počínání. Vědomí důsledků jim umožňuje vyvarovat se rozhodnutí, které by v budoucnu nepřineslo „dobré ovoce“, ale zároveň může (v případě, že lékař nejedná zcela morálně integrovaně) dát vzniknout morálnímu distresu či zvyšovat jeho hladinu.

Proces rozhodování v morálně dilematických situacích je obtížnější a náročnější než v běžném nemocničním provozu, protože jednotlivé aspekty, s nimiž lékaři při rozhodování pracují, jsou v těchto situacích méně spolehlivé a efektivní. Například existuje riziko, že situace nemusí být lékaři adekvátně (tj. objektivně) zhodnocena. Dále se pak nemusí zdařit kombinování induktivních a deduktivních mechanismů, jelikož je velmi obtížné v morálním dilematu vyselektovat pouze jedno „správné“ řešení. Jednou ze základních charakteristik morálně dilematických situací je ztížená orientace – z tohoto důvodu může podstata morálního dilematu perspektivu lékařů (vhled do problematiky) značně zkomplikovat. Zároveň mohou (zcela) selhat opatření, jež lékaři činí pro usměrnění vývoje případu. V morálně dilematických situacích je přítomné nebezpečí, že lékaři překročí rámec profesionálního vkladu a osobně či emočně se zaangažují.

Tyto situace obsahují vícero dilemat; kromě řešení otázky péče o pacienta lékař volí, zda při rozhodování uplatnit více odborný či lidský přístup, eventuálně v jakém poměru je kombinovat. Lékař volbu činí opakovaně, v různých fázích a etapách vypořádávání se s dilematem, s cílem zachovat svou morální integritu a chránit se před negativními psychickými jevy. Do procesu rozhodování v morálně dilematické situaci též vstupují nejrůznější faktory (viz tab. 5), které mohou na morální integritu působit podpůrně, rušivě nebo zcela nepříznivě; dilema může vzniknout i na jejich podkladu.

Tabulka č.5 Faktory působící v procesu rozhodování lékařů.

Externí faktory	Intrapsychické faktory	Interakční faktory
pracovní prostředí	emoce	kontrola situace
tlaky a nároky	empatie	komunikace s pacientem
požadavky profese	profesní růst	
profesní scénář		

Mezi externí faktory působící v kontextu procesu rozhodování řadíme *pracovní prostředí* (tj. pracovní podmínky a pracovní kolektiv), *tlaky a nároky*, *požadavky profese* i *profesní scénář*. Povolání lékaře je náročné a zatěžující, a v současném pracovním prostředí českých lékařů existuje zvýšené riziko, že se lékař ocitne v situaci, kdy jeho činy a úsudek nejsou v souladu; morální integrita

je ohrožena především velkým tlakem na výkonnost, časovou tísní, kterou zaměstnanci zakoušejí a nedostatkem odborného personálu.

Velmi podstatným faktorem, jenž působí na morální (dis)integritu je role pracovního kolektivu, který, pokud je kohezní a přátelský, může lékaři pomoci ve zvládnání každodenních problémů, ale i morálních dilemat. Pokud kohezní a přívětivý není, zvyšuje se riziko morální disintegrace lékaře, jelikož přichází o velmi silný zdroj podpory, jenž má v případě konfrontace s morálním dilematem podpůrný efekt.

Tlaky a nároky úzce souvisí s požadavky profese. Lékař je nucen neustále reflektovat a obhajovat svůj úsudek a činy tváří v tvář nárokům své vlastní osoby, svých kolegů a nadřízených, ale i pacientů. Zároveň je vybízen k tomu nalézt zdravý způsob, jak vybalancovat (někdy) protichůdné profesní požadavky na jeho osobu; pokud tak neučiní, zvyšuje riziko psychických potíží. Dále je nucen si v pracovním prostředí obhájit vlastní přesvědčení v dilematických otázkách, aby uchránil svou morální integritu (např. v otázce provádění interrupcí). Morální disintegrace hrozí především v situaci, kdy nadřízení či vedení nerespektují lékařovo zákonné právo odmítnout vykonávat zákroky, které jsou v rozporu s jeho přesvědčením.

Profesní scénáře lékařům umožňují aplikovat doporučené postupy, pokud to případ vyžaduje; hrají podstatnou roli v procesu rozhodování lékařů, jelikož se o ně mohou opřít a následovat je. V lékařské profesi však nelze pouze mechanicky uplatňovat scénáře. Od lékařů se očekává samostatné profesní uvažování, jehož kvalita roste úměrně se zkušenostmi. Profesní scénáře mají potenciál v morálně dilematických situacích intervenovat různými způsoby, což záleží na konkrétním odborníkovi a jeho zkušenostech.

Mezi intrapsychické faktory působící v kontextu procesu rozhodování patří *emoce* (viz výše), *empatie* a *profesní růst*. Empatie je nástrojem, který se lékaři učí používat a zvládat s rostoucí zkušeností; je pro ně prostředkem, jímž se dostanou blíže k pacientovi a jsou schopni mu účinněji pomoci. Pokud se však rozhodnou uplatnit empatii ve vyšší míře než obvykle, vytváří si k pacientovi bližší vztah a zvyšují riziko, že dojde k emoční či osobní angažovanosti v případě. Z tohoto důvodu není cílem lékařů být nadměru empatickými ke všem přichozím pacientům. Spíše se snaží být profesionální, eticky korektní a slušní, aby chránili svou vlastní osobu a mohli dále vykonávat lékařské povolání.

Profesní růst je úzce spojen s úspěšným rozvíjením osobnostních kvalit a schopností lékařů, stejně tak i s kariérním postupem; jedná se o profesní zrání, získávání zkušeností. Mladší lékaři v procesu rozhodování uvažují odlišně od svých starších kolegů: soustředí se na skutečnost, že v určitém bodu musí sehnat dostatečně kompetentního (staršího) kolegu, který učiní rozhodnutí a práci dokončí. Starší lékaři k práci přistupují s vědomím, že se musí rozhodnout a případ vyřešit. Jejich zkušenosti jim umožňují být odborníky s přesným profesním uvažováním, ale zároveň jim

mohou komplikovat rozhodování, jelikož berou v potaz více informací a možností než jejich mladší kolegové.

V procesu rozhodování lékařů působí také interakční faktory, kam řadíme *komunikaci s pacientem* a *kontrolu situace*. Tyto faktory jsou pojmenovány jako interakční, jelikož působí dynamicky a odehrávají se mezi osobami přítomnými v situaci. Od lékařů, jakožto odborné autority, se očekává, že kritickou situaci zvládnou a budou mít pod kontrolou, k čemuž využívají společných sil, kdy rozdělují práci mezi přítomný zdravotnický personál, aby všichni pracovali jako sehraný tým.

Mladší lékaři se cítí lépe díky vědomí, že jsou pod neustálým dohledem starších kolegů, na které se mohou obrátit, a od nichž se učí, jak v nejrůznějších případech postupovat. Starší lékaři pak především vyhledávají příležitosti k sebevzdělávání či sdílení zkušeností a kazuistik mezi sebou (i na setkáních odborné veřejnosti).

V komunikaci s pacientem se lékaři snaží o co nejpříznivější setting, tj. zajistit bezpečný prostor a eliminovat rušivé vlivy, které by pacientovi byly nepříjemné. Zároveň se snaží komunikovat citlivě, ohleduplně, k čemuž využívají empatie, zvláště při sdělování citlivých informací. Kromě přímé mluvy se pokouší vyvarovat slibům a poskytování falešné naděje. Pacienta informují o léčebném postupu, nabízejí varianty, sdělují důsledky jejich výběru a po celou dobu sledují jeho odezvu (zda rozumí, příp. jej edukují či nabízí kontakt na jiné experty).

9 Diskuze

Cílem praktické části bakalářské práce bylo prozkoumat proces rozhodování lékařů při řešení morálních dilemat, především z hlediska dynamického fenoménu. Za pomoci zakotvené teorie byla vytvořena teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích. Jak bylo uvedeno v úvodu k metodologii našeho výzkumu, ve vědeckých databázích se nepodařilo nalézt příliš psychologických výzkumů, jejichž subjekty (probandy) by byli lékaři, a ještě méně těch, které se týkaly (byť jen okrajově) morálního rozhodování v této profesi.

Kvůli nedostatečné teoretické platformě jsme při nahlížení problematiky vycházely zejména ze studií, které pracovaly s ostatním zdravotnickým personálem (např. zdravotními sestrami) či jinými pomáhajícími profesemi.

Přesto na základě výsledků analýzy dat můžeme poukázat na některé shody se zahraničními studii. Respondenti této práce se například shodují se švédskými lékaři v tom, jaké situace vnímají jako problematické, jaké etické otázky ve své praxi řeší (Källemark et al., 2004). Problémem, který se objevoval ve více výzkumech (srov. Källemark et al., 2004; Henrich et al., 2016) jsou pak nevyhovující pracovní podmínky ve zdravotnictví, především nedostatek lidských zdrojů, času a efektivní organizace.

Při řešení morálních dilemat respondenti dbají na principy lékařské etiky a zároveň se je snaží posuzovat v kontextu situace i vlastní morálky, jak doporučují někteří autoři principů lékařského povolání (Beauchamp & Childress, 2001; Genies & Lipp, 2013). Zpozorovaly jsme, že morální úsudek probandů ovlivňují faktory zmíněné Krebsem, Dentonovou a Warkovou (1997), např. množství času (viz 6.5.2), afektivní stavy (viz 6.4.1) a morální kontext (viz 6.3).

V teoretické části (viz 2.1.1) jsme uvedly, že lékaři ve své praxi nejčastěji setkávají s prosociálními dilematy, která jsou autory typologie Warkovou a Krebsem (1996) považována za „osobní“, tzn. s primárně velkou mírou angažovanosti řešitele. Zde se odvažujeme vyslovit domněnku, že velká náročnost lékařské profese (resp. pomáhajících profesí obecně) spočívá mimo jiné v nutnosti se s dilematy opakovaně vypořádat, zároveň zůstat v profesní roli a zachovat vlastní odbornou perspektivu (tzn. nahlížet na dilemata z neosobního úhlu pohledu).

Proces rozhodování respondentů koresponduje s obecnými teoretickými modely uvedenými v kapitole 2.2 (Ellemers et al., 2019; Yang & Wu, 2009). Tyto teoretické modely, stejně jako vzniklá zakotvená teorie, směřují k morální integritě self jedince řešící dilema, pokud je jednání v souladu s jeho osobou, či k disintegritě, pokud nikoliv. V souladu s Bandurou (2002) jsme zaznamenaly užívání obranných strategií za účelem ochrany morální integrity, jež uvádíme v teoretické části (viz 3.1.1).

Centrální kategorií naší zakotvené teorie je morální (dis)integrita. Tímto přístupem se shodujeme např. s L. B. Hardinghamovou (2004), která vnímá zásadní důležitost morální integrity u zdravotních sester, a také popsala fenomén morálního rezidia v této profesi. My jsme jeho existenci potvrdily též u lékařů. Hurst et al. (2005) ve své rozsáhlé kvalitativní studii, kde zkoumali, jak se lékaři vypořádávají s dilematickými situacemi, došli k centrální kategorii „integrity“, která je dle jejich operacionalizace shodná s odborným termínem morální integrita.

Ve shodě s McDougallovou (2013) tvrdíme, že morální dilemata lékařů nevyvstávají „pouze“ v péči o pacienta, ale týkají se i faktu, že lékaři musí dostát vícero rolím, mezi nimiž mohou vznikat konflikty. Respondenti vnímají, že stres, ale i empatie mohou zhoršit kvalitu rozhodovacího procesu a řešení morálně dilematické situace, což potvrdily i výzkumy (Cecchetto et al., 2017; Youssef et al., 2012).

Limity výzkumu vycházejí již z podstaty kvalitativního designu; proces sběru dat nebyl standardizován a výzkumník mohl jeho průběh nezáměrně zkreslit či ovlivnit svým úsudkem, či osobními preferencemi anebo špatně nebo zkresleně pochopit výpovědi respondentů. Jedním z limitů byla i nezkušenost a mladý věk výzkumnice (autorky práce), která do terénu vstoupila. Na tomto místě je vhodné poznamenat, že klíčovou osobou, umožňující vstup do terénu, byla matka výzkumnice (autorky práce), s níž byl také konzultován vytvořený dotazník. Matka autorky práce do výzkumného vzorku nebyla z etických důvodů zahrnuta a ani se na výzkumu nepodílela jiným než výše uvedeným způsobem.

Výzkumné šetření bylo prováděno na malém počtu probandů, protože kvůli časové náročnosti kvalitativního designu a obtížné dostupnosti lékařů nebylo možné získat více účastníků. Ačkoliv jednotná specializace respondentů byla podmínkou k úspěšné realizaci výzkumu, cítíme jistou oprávněnost v námitce, že se lékaři s odlišným zaměřením mohou potýkat s jinými dilematy, a tudíž mohou i jinak postupovat v procesu morálního rozhodování.

Vzhledem k malému vzorku lékařů a z podstaty kvalitativní studie jsou všechny předkládané závěry návrhem, jehož platnost bude nutné ověřit kvantitativní cestou, což je jedna z možných cest navázání na tuto bakalářskou práci. Pozornost vědců a výzkumníků se na problematiku procesu morálního rozhodování v lékařské profesi soustředí relativně krátkou dobu (i samotná lékařská profese by si v psychologickém výzkumu zasloužila větší zájem).

Další cestou pak může být snaha o standardizaci screeningových metod a psychodiagnostických nástrojů spojených se zdravotnickým personálem pro české prostředí: zde zmiňujeme například *Moral Distress Scale-Revised* (Cronbachova alfa 0,89) či *Moral Sensitivity Questionnaire* (Cronbachova alfa 0,78; Mareš, 2017b).

Závěr

Bakalářská práce s názvem Proces morálního rozhodování v lékařské profesi si kladla vícero cílů. Mezi ně patřilo nalézt základní charakteristiky morálně dilematických situací v tomto povolání, dále popsat a hloubkově analyzovat průběh procesu morálního rozhodování konkrétních lékařů (včetně pojmenování působících faktorů), jejich prožívání morálních dilemat i strategie, jimiž se tato dilemata snaží zvládat. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část představila lékařskou etiku, soudobé trendy v tomto oboru a úlohu svědomí jednotlivce. Dále se soustředila na vymezení pojmu morální dilema a nastínění výzkumů na téma procesu morálního rozhodování, jež na tento fenomén nahlízejí z různých perspektiv. V neposlední řadě prezentovala a definovala koncepty morální identity, morální integrity, morálního distresu a morálního rezidua.

Praktická část byla koncipována jako kvalitativní výzkum, kdy data byla získávána pomocí administrace vytvořeného dotazníku a následných polostrukturovaných rozhovorů s lékaři s gynekologicko-porodnickou specializací. Z rozhovorů byl pořízen audiozáznam, který byl následně doslovně transkribován a otevřeně kódován, nejprve v ruce, poté v programu Atlas.ti. V další fázi bylo provedeno axiální kódování, při němž vznikl paradigmatický model „Fenomén morálních dilemat v lékařské profesi“ (viz kap. 6). Poté proběhla fáze selektivního kódování, která dala vzniknout konceptuálnímu schématu „Proces rozhodování lékaře v morálně dilematických situacích (viz kap. 7), a centrální kategorii „morální (dis)integrita“. Prostřednictvím analytického příběhu byly zodpovězeny stanovené výzkumné otázky.

Výstupem praktické části je zakotvená teorie morální (dis)integrity lékařů v dilematických situacích, která zdůrazňuje několik aspektů. Jedním z nich je časová osa, na níž probíhá vypořádávání se s morálním dilematem. Tato osa není lineární, neboť lékař se může do různých fází „vracet“, ať již při kontaktu s podobným dilematem (které jej může upevnit v procesu jeho předchozího řešení, či naopak jej vést k přehodnocení dosavadního způsobu), nebo z hlediska obhajoby daného rozhodnutí. Dalším je pak „pohyb“ (resp. oscilace) lékaře při konfrontaci s dilematem, a to mezi pozicí člověka a pozicí odborníka, přičemž obě dvě pozice přinášejí své výhody i nevýhody. Proces morálního rozhodování lékaře směřuje k morální (dis)integritě, která se stává integritou, pokud jsou jeho činy konzistentní s jeho morálkou, a disintegritou, pokud tomu tak není. Oba konce pak mohou vést k profesnímu růstu, ačkoliv v případě morální disintegrity je cesta poněkud „trnitější“ a s větším rizikem psychických obtíží.

Zdroje

- Agerström, J., & Björklund, F. (2013). Why people with an eye toward the future are more moral: the role of abstract thinking. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(4), 373–381.
- Agerström, J., & Björklund, F. (2009a). Moral concerns are greater for temporally distant events and are moderated by value strength. *Social Cognition, 27*(2), 261–282.
- Agerström, J., & Björklund, F. (2009b). Temporal distance and moral concerns: future morally questionable behavior is perceived as more wrong and evokes stronger prosocial intentions. *Basic and Applied Social Psychology, 31*(1), 49–59.
- Anzenbacher, A. (1994). *Úvod do etiky*. Praha: Zvon.
- Aquino, K., & Reed, A. (2002). The self-importance of moral identity. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(6), 1423–1440.
- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education, 31*(2), 101–119.
- Barry, M., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine, 366*(9), 780–781.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
- Berker, S. (2009). The normative insignificance of neuroscience. *Philosophy & Public Affairs, 37*(4), 293–329.
- Białek, M., & De Neys, W. (2016). Conflict detection during moral decision-making: evidence for deontic reasoners' utilitarian sensitivity. *Journal of Cognitive Psychology, 28*(5), 631–639.
- Bornstein, B. H., & Emler, A. C. (2001). Rationality in medical decision making: a review of literature on doctors' decision-making biases. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 7*(2), 97–107.
- Brezina, P., & Zhao, Y. (2012). The ethical, legal, and social issues impacted by modern assisted reproductive technologies. *Obstetrics and Gynecology International*. Dostupné z <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/686253/>
- Campbell, A. (2003). The virtues (and vices) of the four principles. *Journal of Medical Ethics, 29*(5), 292–296.
- Cecchetto, C., Korb, S., Rumiati, R. I., & Aiello, M. (2017). Emotional reactions in moral decision-making are influenced by empathy and alexithymia. *Social Neuroscience, 13*(2), 226–240.

- Committee Opinion No. 695. (2017). Sterilization of women: ethical issues and considerations. *Obstetrics & Gynecology*, 129(4), 109–116.
- Cowley, C. (2005). The dangers of medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 31(12), 739–742.
- Cushman, F., Young, L., & Hauser, M. (2006). The role of conscious reasoning and intuition in moral judgment. *Psychological Science*, 17(12), 1082–1089.
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 525–537.
- Dodek, P., Wong, H., & Norena, M., et al. (2016). Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, 31(1), 178–182.
- Dvořáková, J. (2007). *Morální usuzování: vlivy hodnot, osobnostních charakteristik a morální identity na řešení a zdůvodnění morálních situací* (Disertační práce). Brno: Masarykova univerzita, Pdf.
- Ellemers, N., van der Toorn, J., Paunov, Y., & van Leeuwen, T. (2019). The psychology of morality: a review and analysis of empirical studies published from 1940 through 2017. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 332–366.
- Fourie, C. (2013). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29(2), 91–97.
- Gardiner, P. (2003). A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 297–302.
- Genuis, S., & Lipp, C. (2013). Ethical diversity and the role of conscience in clinical medicine. *International Journal of Family Medicine*, 1–18.
- Greene, J. D. (2007). The secret joke of Kant's soul. In W. Sinnott-Armstrong (Ed.), *Moral Psychology: The Neuroscience of Morality* (s. 35–79). Cambridge, MA: MIT Press. Dostupné z <https://static.squarespace.com/static/54763f79e4b0c4e55ffb000c/t/5484abb5e4b0213f74375bce/1417980853923/the-secret-joke-of-kants-soul.pdf>
- Greene, J. D., et al. (2001). An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, 293, 2105–2108.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), 184–188.
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*, 24(1), 39–49.

- Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 5(2), 127–134.
- Harris, J. (2003). In praise of unprincipled ethics. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 303–306.
- Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Henrich, N., Dodek, P., & Alden, L., et al. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *Journal of Critical Care*, 35, 57–62.
- Hurst, S. A., Hull, S. C., DuVal, G., & Danis, M. (2015). How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *Journal of Medical Ethics*, 31(1), 7–14.
- Christensen, J., & Gomila, A. (2012). Moral dilemmas in cognitive neuroscience of moral decision-making: a principled review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1249–1264.
- Jankovský, J. (2003). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.
- Kälvemark, S., Höglund, A., & Hansson, M., et al. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1075–1084.
- Koop, G. J. (2013). An assessment of the temporal dynamics of moral decisions. *Judgment and Decision Making*, 8(5), 527–539.
- Kořenek, J. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Triton.
- Krebs, D., Denton, K., & Wark, G. (1997). The forms and functions of real-life moral decision-making. *Journal of Moral Education*, 26(2), 131–145.
- Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2015). When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51–67.
- Lamiani, G., Ciconali, M., Argentero, P., & Vegni, E. (2018). Clinician's moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. *Journal of Health Psychology*, 1–11.
- Ludwig, H., & Loeffler, F. (2001). Caesarean section on demand – an ethical dilemma. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 264(4), 169–170.
- Lützn, K., & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*, 24(13), 13–25.

- Mareš, J. (2017a). Morální distres učitelů – skrytý problém. *Pedagogika*, 67(1), 27–55.
- Mareš, J. (2017b). Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči. *Pediatric pro praxi*, 18(4), 248–252.
- Matějka, J. (2006). *Svědomí v lékařské etice* (Disertační práce). Brno: Masarykova univerzita, Pdf.
- McDougall, R. (2013). Understanding doctors' ethical challenges as role virtue conflicts. *Bioethics*, 27(1), 20–27.
- McGovern, C. (2016). Medical ethics: principles of medical ethics. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine: Second Edition* (s. 330–334). Amsterdam: Elsevier.
- Miller, F. G., Rosenstein, D. L., & DeRenzo, E. G. (1998). Professional integrity in clinical research. *Journal of the American Medical Association*, 280(16), 1449–1454.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Nohavová, A., & Krámský, D. (2015). Problém kolísavé validity testů založených na morálně dilematických příbězích. In J. Jošt, A. Nohavová, & H. Havlisová, et al., *Pedagogicko-psychologická diagnostika – cesta k účinnému vedení* (s. 5–20). Praha: EDUKO.
- Pauly, B. M., Varcoe, C., & Storch, J. (2012). Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum*, 24(1), 1–11.
- Pellegrino, E. (2001). The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(6), 559–579.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2017). *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P., et al. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Rushton, C. H., Schoonover-Shoffner, K., & Kennedy, S. M. (2017). Executive summary: transforming moral distress into moral resilience in nursing. *AJN: American Journal of Nursing*, 117(2), 52–56.
- Schenker, J., & Eisenberg, V. (1997). Ethical issues relating to reproduction control and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 58(1), 167–176.
- Starcke, K., Ludwig, A. C., & Brand, M. (2012). Anticipatory stress interferes with utilitarian moral judgment. *Judgment and Decision Making*, 7(1), 61–68.
- Stenberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.

- Suessenbach, F., & Moore, A. (2015). Individual differences in the explicit power motive predict “utilitarian“ choices in moral dilemmas, especially when this choice is self-beneficial. *Personality and Individual Differences*, 86, 297–302.
- Sun, R. (2013). Moral judgment, human motivation, and neural networks. *Cognitive Computation*, 5(4), 566–579.
- Šedřová, K. (2006). *Rodinná socializace dětského televizního diváctví* (Disertační práce). Brno: Masarykova univerzita, Pdf.
- Švařiček, R., Šedřová, K., et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Wark, G., & Krebs, D. (1996). Gender and dilemma differences in real-life moral judgment. *Developmental Psychology*, 32, 220–230.
- Wilkinson, J. M. (1989). Moral distress: a labor and delivery nurse’s experience. *JOGNN*, 18(6), 513–519.
- Woolfolk, R. L., Doris, J. M., & Darley, J. M. (2006). Identification, situational constraint, and social cognition: studies in the attribution of moral responsibility. *Cognition*, 100(2), 283–301.
- Yang, H., & Wu, W. (2009). The effect of moral intensity on ethical decision making in accounting. *Journal of Moral Education*, 38(3), 335–351.
- Youssef, F. F., Dookeeram, K., & Basdeo, V., et al. (2012). Stress alters personal moral decision making. *Psychoneuroendocrinology*, 37(4), 491–498.

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Typologie dilematických situací.....	16
Tabulka č.2 Přehled respondentů.	31
Tabulka č.3 Schéma paradigmatického modelu.....	35
Tabulka č.4 Hodnocení dilematických situací respondenty.	42
Tabulka č.5 Faktory působící v procesu rozhodování lékařů.....	68

Seznam obrázků

Obrázek č.1 Souvislosti mezi zkoumanými konstrukty morální psychologie.....	19
Obrázek č.2 Fenomén morálních dilemat v lékařské profesi.	37
Obrázek č.3 Proces rozhodování lékaře v morálně dilematických situacích.	60
Obrázek č.4 Výskyt morálního distresu v jednotlivých etapách řešení morálního dilematu.	62

Seznam příloh

Příloha č.1 Vzor informovaného souhlasu.	82
Příloha č.2 Dotazník dilematických situací.....	83



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci mé bakalářské práce z psychologie: *Proces morálního rozhodování v lékařské profesi*. Cílem této práce je zmapovat a popsat konkrétní situace, ve kterých lékaři řeší etická a morální dilemata a následně zmapovat i popsat proces uvažování a rozhodování lékařů v těchto situacích.

Výzkumný projekt je realizován pomocí dotazníku a nahrávaných polostrukturovaných rozhovorů s lékaři, jež jsou dále kvalitativně analyzovány.

V souladu s ochranou osobních údajů zkoumaných osob před zneužitím bude zachována anonymita a neidentifikovatelnost konkrétních lékařů. Účast ve výzkumu je dobrovolná; máte možnost výzkum kdykoliv bez udání důvodu opustit. Výsledný text, zejména praktické části bakalářské práce, Vám mohu poslat k nahlédnutí či finálnímu schválení vybraných pasáží.

V případě jakýchkoliv otázek mne můžete kontaktovat níže uvedeným způsobem.

Klára Kožnarová 723 579 976 klara.koznarova@email.cz
--

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu k bakalářské práci a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli bez represí odvolat.

.....
podpis účastníka

Příloha č.2 Dotazník dilematických situací.

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce s názvem Proces morálního rozhodování v lékařské profesi. Dotazník se zabývá situacemi, které v lékařské profesi mohou být problematické a tím i vyvolávat etické či morální dilema. Cílem tohoto dotazníku je získat základní orientaci v tomto tématu. Na dotazník bude navazovat polostrukturovaný rozhovor.

Předem děkuji za Vaši laskavost a ochotu dotazník vyplnit.

Klára Kožnarová, kontakt: klara.koznarova@email.cz

TÉMA	KONKRÉTNÍ SITUACE	Jak často se s touto situací setkáváte? (nikdy) 0-1-2-3-4-5 (neustále)	Jak moc dilematická/problematická je pro Vás tato situace? (vůbec) 0-1-2-3-4-5 (zcela)	Jak subjektivně vnímáte psychickou zátěž spojenou s touto situací? (žádná) 0-1-2-3-4-5 (vysoká)
ASISTOVANÁ REPRODUKCE	náhradní matka (<i>pronájem dělohy</i>)			
	rodičovství homosexuálních párů			
	IVF u žen po onkologickém onemocnění či s interním onemocněním (<i>diabetes, autoimunitní o., kardiovaskulární choroby, o. jater a ledvin, závažná plicní onemocnění</i>)			
	turistika za IVF (<i>cizinci cestující za IVF kvůli ceně či zákazu v rodné zemi</i>)			
UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ (UPT)	miniinterrupce do 8. týdne těhotenství			
	interrupce do 12. týdne těhotenství			
	UPT z genetické indikace ve 2. trimestru těhotenství			
	postinterrupční syndrom u pacientek			

TÉMA	KONKRÉTNÍ SITUACE	Jak často se s touto situací setkáváte? (nikdy) 0-1-2-3-4-5 (neustále)	Jak moc dilematická/problematická je pro Vás tato situace? (vůbec) 0-1-2-3-4-5 (zcela)	Jak subjektivně vnímáte psychickou zátěž spojenou s touto situací? (žádná) 0-1-2-3-4-5 (vysoká)
POROD A SAMOVOLNÝ POTRAT	porod mrtvého dítěte (<i>memory box, možnost konání pohřbu</i>)			
	samovolný potrat (<i>sdělení diagnózy pacientce</i>)			
	anonymní porod			
	řešení komplikací domácích porodů			
PLODNOST	císařský řez z psychologické indikace (<i>nepříměřený strach rodičky z porodu</i>)			
	trvalá ztráta plodnosti ženy ve fertilním věku (<i>např. z důvodu nemoci</i>)			
PREVENCE GYN. ONEMOCNĚNÍ	STD, sexuální přenosné choroby (<i>sdělení diagnózy, depistážní šetření atd.</i>)			
	odmítavý postoj pacienta k očkování (<i>proti rakovině děložního čípku ad.</i>)			
	snížení plodnosti ženy vlivem onemocnění, nutnost operace			
POSUDKY A SVĚDECTVÍ U SOUDU	předepisování antikoncepce nezletilým			
	prolomení povinné mlčenlivosti			
	prolomení mlčenlivosti v případě znásilnění			
	prolomení mlčenlivosti v případě zneužívání			
	obvinění lékaře z nedostatečné či nevhodné léčby			

TÉMA	KONKRÉTNÍ SITUACE	Jak často se s touto situací setkáváte? (nikdy) 0-1-2-3-4-5 (neustále)	Jak moc dilematická/problematická je pro Vás tato situace? (vůbec) 0-1-2-3-4-5 (zcela)	Jak subjektivně vnímáte psychickou zátěž spojenou s touto situací? (žádná) 0-1-2-3-4-5 (vysoká)
OCHRANA PERSONÁLU	péče o infekční pacienty (HIV, žloutenka, syfilis, STD atd.)			
	péče o nebezpečné pacienty (např. přivedené policií)			
ONKOLOGICKÁ DIAGNÓZA	sdělení onkogynekologické diagnózy pacientce			
	sdělení špatné prognózy			
	rozhodnutí a sdělení o ukončení další onkologické léčby			
PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	rozhodnutí o symptomatologické léčbě			
	sdělení úmrtí rodině			
ORGANIZACE PRÁCE	nedostatek odborného personálu (únava, stres a přetížení)			
	přesčasový dostupného personálu			
	časová tíseň, nedostatek času na pacienty			
	nadměrná administrativa			
LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI	suplování péče obvodního gynekologa na pohotovosti			
	neadekvátní využití zdrav. záchranné služby			

Vypište, prosím, další situace, se kterými se setkáváme, nejsou uvedené výše a Vy je vnímáte jako problematické (dilematické). Ohodnoťte je také na uvedených škálách.

	KONKRÉTNÍ SITUACE	Jak často se s touto situací setkáváte? (nikdy) 0-1-2-3-4-5 (neustále)	Jak moc dilematická/problematická je pro Vás tato situace? (vůbec) 0-1-2-3-4-5 (zcela)	Jak subjektivně vnímáte psychickou zátěž spojenou s touto situací? (žádná) 0-1-2-3-4-5 (vysoká)
DALŠÍ				