

Subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále: kvalitativní studie

Subjective Assessment of Adherence to Ethical Principles in the Operating Room: A Qualitative Study

Ondřej Podeszwa¹, Adéla Urbanová¹, Kateřina Horáčková¹

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Průmyslová 395, Pardubice, 53003, Česká republika

<https://doi.org/10.54937/zs.2026.18.1.9-15>

Abstrakt

Cíl: Hlavním cílem studie je zjistit subjektivní vnímání dodržování etických zásad zdravotnickým personálem pracujícím na operačních sálech.
Materiál a metodika: Kvalitativní výzkum vycházející z principů obsahové analýzy byl realizován v letech 2023–2024. Pomocí metody sněhové koule bylo osloveno 17 pracovníků operačních sálů v různých pracovních pozicích i chirurgických specializacích. Data byla získána polostrukturovanými rozhovory a analyzována tematickou analýzou.

Výsledky: Personál deklaruje znalost a význam etických zásad, zejména důstojnosti, empatie a korektní komunikace, a jejich důležitost pro vztahy s pacienty i týmovou spolupráci. V zátěžových a krizových situacích však etické principy často ustupují do pozadí ve prospěch jiných priorit, zejména záchrany života. Významným tématem je vliv stresu na kvalitu komunikace, výskyt genderových stereotypů a proměnlivá kvalita interpersonálních vztahů. Objevují se také projevy nevhodného chování pacientů vůči personálu.

Závěr: Dodržování etických principů na operačním sále je významně ovlivněno kontextem situace, mírou stresu a dynamikou týmových vztahů. Výsledky podporují potřebu systematické podpory personálu prostřednictvím psychohygieny, vzdělávání v oblasti etiky a zlepšování týmové spolupráce.

Klíčová slova: Důstojnost. Etické zásady. Operační sál. Perioperační péče. Stres.

Abstract

Aim: This study focuses on the subjective assessment of adherence to ethical principles in the operating room from the perspective of healthcare personnel.

Material and Methods: A qualitative research design based on content analysis principles was conducted between 2023 and 2024. Using the snowball sampling method, 17 operating room staff members from various surgical specialties were recruited. Data were collected through semi-structured interviews and analysed using thematic analysis.

Results: Staff members declared knowledge of and adherence to ethical principles, particularly dignity, empathy, and appropriate communication, and emphasized their importance for patient care and teamwork. However, in stressful and crisis situations, ethical principles were often pushed into the background in favour of other priorities, particularly life-saving interventions. Key themes included the impact of stress on communication, the presence of gender stereotypes, and the variable quality of interpersonal relationships within the team. Instances of inappropriate patient behaviour towards staff were also reported.

Conclusion: Adherence to ethical principles in the operating room is strongly influenced by situational context, stress levels, and team dynamics. The findings highlight the need for systematic support of staff through psychohygiene, ethics education, and strengthening of teamwork.

Keywords: Dignity. Ethical principles. Operating room. Perioperative care. Stress.

Úvod

Etické aspekty lékařské a ošetrovateľské péče představují jeden ze základních pilířů vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, přičemž významně ovlivňují i mezilidské vztahy na pracovišti. Přestože bývají etické otázky někdy vnímány jako sekundární vůči klinickým výsledkům, výzkumy opakovaně potvrzují, že dodržování etických zásad má zásadní vliv na kvalitu poskytované péče, fungování zdravotnických týmů i celkovou úspěšnost léčebného procesu. Tyto zásady jsou úzce spojeny s hodnotami, jako jsou odpovědnost, úcta, povinnost, spravedlnost či lítost, a jejich shrnutí se promítá do konceptu profesní a pracovní etiky. [1]

Etické kodexy, které na těchto principech staví, představují důležitý normativní rámec pro výkon profese. Vymezují žádoucí formy chování a poskytují oporu při vyhodnocování situací, které mohou přesahovat hranice profesní etiky. [2]

Obnovení činnosti České lékařské komory (ČLK) po roce 1989 umožnilo přijetí nových stavovských dokumentů, včetně Etického kodexu lékaře, který od svého vzniku prošel několika

novelizacemi, aby reflektoval vývoj společnosti a medicíny a byl v souladu s mezinárodními standardy. [3]

Etický kodex je součástí Stavovského předpisu ČgLK č. 10, jehož poslední úprava byla schválena 24. 11. 2019 na XXXIV. sjezdu delegátů ČLK a nabyla účinnosti 2. 12. 2019. [4] Kodex zahrnuje lékařský slib a specifikuje povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům i ostatním zdravotnickým pracovníkům. Na mezinárodní úrovni je klíčovým dokumentem Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN), založené v roce 1899. Československá společnost sester byla do ICN přijata v roce 1985 po přijetí kodexu a dnes se Česká asociace sester (ČAS) hlásí k jeho plnému znění. Kodex ICN obsahuje čtyři hlavní články a stanovuje zásady profesionálního jednání, které jsou aplikovatelné i v kontextu perioperační péče. [3]

Beauchamp a Childress (1979) formulovali čtyři základní principy bioetiky — autonomie, nonmaleficenci, beneficenci a spravedlnost — které zůstávají relevantní i v současné medicíně, a to jako stěžejní apely pro přístup k pacientům, stejně

jako k celkovému nastavení vnímání prostředí, ve kterém k sobě přistupuje zranitelná osoba v podobě pacienta a jedinec, který poskytuje útechu a pomoc. [5,6,7]

Předkládaná studie je zaměřena především na oblast perioperační péče, kde však, jak již bylo naznačeno, rezonují totožné principy, jako v obecné medicíně. [9] Jejich zvnitřnění a praktické použití v daném prostředí se však dlouhodobě jeví jako krucióální, a to jednak pro stávající pracovníky, ale také pro studenty či začínající pracovníky, kteří do daného prostředí přicházejí. [9]

Jako zásadní nelze samozřejmě vzhledem k podstatě celého komplexu perioperační péče přehlédnout princip autonomie. Pacient část své nezávislosti a schopnosti rozhodovat ztrácí. V případě závažné poruchy vědomí je odevzdán do péče chirurga a jeho týmu. Je-li toho pacient schopen, podepisuje před výkonem tzv. informovaný souhlas. [9] Jeho podpisem pak jasně definuje, že vnímá skutečnost, že zákrok bude proveden, a to ve shodě s lege artis [10], jak ho definuje zákon. Jako zásadní se jeví důraz na maximální možnou autonomii pacienta. V případě jejího narušení si pak daný člověk nese jisté prožitky zrady, nespravedlnosti a nepoctivosti. [11]

Z činností, které určuje pro perioperační sestry vyhláška č. 55/2011 Sb. vyplývají kompetence perioperačních sester. Dle vyhlášky sestra pro perioperační péči vykonává činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí uvedené v §54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. [12] Specializační vzdělávání perioperačních sester je legislativně ukotveno v hlavě V dílu 3 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění. [13]

Byla provedena rešerše dostupných zdrojů k danému tématu. Některé dílčí studie byly v této věci vytvořeny [14,11], nicméně celkově téma působí v této specifické oblasti jako poměrně málo probádané a vytváří tak prostor pro další případné studie. Zároveň to skýtá možnost zakotvení našeho výzkumu v rámci dosavadní matérie významných zdrojů k dané problematice.

Cíle

Hlavní cíl výzkumu

- Zjistit subjektivní hodnocení dodržování etických zásad na operačním sále z pohledu zdravotnického personálu.

Dílčí cíle výzkumu

- Identifikovat situace, ve kterých dochází k porušení etických pravidel.
- Zmapovat míru sebereflexe participantů v oblasti dodržování etického kodexu.

Materiál a metodika

Byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Tento postup sledoval logiku obsahové analýzy, kdy byl nejprve dle níže popsaného postupu vytvořen základní soubor informací, který byl podroben postupům příslušným tomuto typu výzkumu. [15,16,17]

Výběr participantů sledoval princip tzv. teoretického výběru, konkrétně nepravděpodobnostní metodou výběru výzkumného souboru, jak ho chápe Miovský [18] v rámci celkového přístupu k výběru souboru. Převažující metodou v užším slova smyslu pak byla především metoda sněhové koule, což umožnilo cílené oslovení některých pracovníků – sanitářů, perioperačních sester i lékařů s relevantní zkušeností. Iniciační část vzešla ze znalosti prostředí výzkumníkem a vytyčení základních osob, které by byly vhodné pro výzkum. [18] Tito pracovníci pak dále vytipovali další možné participanty výzkumu s ohledem na dané téma. Tento přístup byl zvolen v souvislosti s potřebou zvýšení náhodnosti výběru participantů ze strany výzkumníka a tím pádem vyšší spolehlivosti a menšího zkreslení dat. Výzkumný vzorek tvořilo 17 pracovníků operačních sálů z různých chirurgických specializací. Daný počet se ukázal jako dostatečný, neboť v závěru sbírání dat se ukázala teoretická saturace [15], která znamenala vyčerpání tématu v daných podmínkách.

Tabulka 1 Specifikace participantů

Participant	Pracovní pozice	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Operační sál
PS1	staniční sestra	žena	50	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS2	perioperační sestra	žena	27	VŠ	všeobecná chirurgie
PS3	perioperační sestra	žena	61	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS4	perioperační sestra	žena	46	SŠ + PSS	všeobecná chirurgie
PS5	perioperační sestra	žena	27	VŠ	všeobecná chirurgie
PS6	perioperační sestra	žena	53	SŠ + PSS	ortopedie
PS7	perioperační sestra	žena	42	SŠ + PSS	ortopedie
PS8	staniční sestra	žena	49	VŠ + PSS	ortopedie
S1	sanitář	muž	23	SŠ	ortopedie
S2	sanitář	muž	47	SŠ	ortopedie
S3	sanitář	muž	36	SŠ	ortopedie
PS9	perioperační sestra	žena	35	VŠ	ortopedie
PS10	perioperační sestra	žena	30	VŠ	gynekologie
PS11	staniční sestra	žena	59	SŠ + PSS	gynekologie
S4	sanitářka	žena	50	SŠ	gynekologie
L1	lékař	muž	27	VŠ	gynekologie
L2	lékař	žena	34	VŠ	gynekologie

Vysvětlivky: SŠ – střední škola, PSS - pomaturitní specializační studium, VŠ - vysoká škola

Data byla sbírána formou polostrukturovaných rozhovorů, nahrávaných a následně transkribovaných. Rozhovory byly v různé délce v závislosti na ochotě a výmluvnosti participantů. Nejkratší rozhovor trval zhruba 45 minut, nejdelší téměř 90 minut. Rozhovory byly rozděleny do 4 tematických oblastí, které pokrývaly celkové penzum informací, které bylo třeba pro tuto studii získat.

Tematické oblasti byly: 1) Obecné (zde byly definovány základní informace o člověku a jeho vztahu k pracovišti), 2) Spokojenost na pracovišti (kde byla zjišťována míra konvergence člověka s nastavením pracoviště a jeho celkové dojmy například z úrovně komunikace, která zde probíhá), 3) Dodržování etického kodexu (kde byla zjišťována míra dodržování etických pravidel, zásad týmové interpersonální komunikace a etiky,...), 4) Sebereflexe (kde bylo vnímání zaměřeno na vlastní pozici a vlastní participaci v rámci systému práce a vztahů na daném pracovišti).

Autenticita výpovědí byla zachována včetně paralingvistických znaků [19] Data byla následně kódována a kategorizována, čímž vznikl plastický model celého systému výpovědí a naznačení jejich vztahů a podmíněnosti. Byl využit software MS WORD, do kterého byla data vkládána.

Průzkum probíhal mezi léty 2023 a 2024 na operačních sálech ortopedie, plastické chirurgie, všeobecné chirurgie a gynekologicko-porodnické klinice v nejmenované nemocnici v Praze. O provedení průzkumného šetření bylo požádáno na operačních sálech výše uvedených specializací. Žádost o šetření na všech jmenovaných klinikách byly schváleny.

Souhlasy s účastí na výzkumu byly získány u všech aktivních participantů, a to formou podepsaného informovaného souhlasu v papírové podobě, který participanté po přečtení podepisovali a ve kterém souhlasili s použitím získaného materiálu pro další analýzu a možnost být citován ve výsledcích práce. Souhlasy a nahrávky mají výzkumníci k dispozici.

Studie je v souladu s checklistem COREQ (COConsolidated criteria for REporting Qualitative research). [20]

Analýza dat

Analýza dat probíhala v několika navazujících fázích, které odpovídají principům obsahové analýzy. Po kompletní transkripci rozhovorů následovalo úvodní a opakované čtení textu, jehož cílem bylo získat celkový přehled o datech a identifikovat prvotní významové vzorce. Následovalo otevřené kódování, během něhož byly jednotlivé významové jednotky označeny kódy odrážejícími jejich obsah. Tímto postupem došlo k vytipování základních tematických bloků, které jsou dále rozebrány v sekci Výsledky. Analýza probíhala průběžným porovnáváním nových a již existujících kódů a kategorií, přičemž byl sledován i moment dosažení saturačního bodu. S ohledem na něj byl následně sběr rozhovorů ukončen a přistoupeno čistě k interpretaci výsledků s ohledem na cíle výzkumu. V průběhu analýzy byl využit peer debriefing, během něhož byly vznikající kódy a interpretace pravidelně konzultovány s vedoucím práce. Tyto diskuse přispěly k upřesnění analytických rozhodnutí, identifikaci případných slepých míst a celkovému posílení kredibility výzkumných závěrů. Ke zpracování dat byl využit software Atlas.ti, který umožňuje efektivní práci v rámci kvalitativního zpracování výstupů a jejich kategorizace.

Výsledky

Na základě teoretického ukotvení tématu a na základě tematické analýzy textu se všemi sedmnácti participanty pracujícími v různých pozicích i chirurgických specializacích vznikla tato hlavní témata, která jsou představena v následující části. Tato témata byla na základě rozboru výpovědí vnímána jako nosná s ohledem na hlavní téma výzkumu.

1. Přístup pracovníků k pacientovi

Obecně lze podle participantů hodnotit přístup k pacientům ze strany personálu jako subjektivně správný, respektive odpovídající etickým normám, které jsou pro danou oblast definovány a které jsou krátce rozebrány v teoretické části. Zohledňující přístup k pacientům s ohledem na důstojnost a práva pacienta jsou vnímány jako nepostradatelná součást péče.

Personál nemocnice se shoduje v tom, že v rámci vlastní sebereflexe jako profesionálů vyzdvihuje zejména slušnost, empatii, citlivost, chápavost jako zásadní vlastnosti pro přístupu sester k pacientům. Pokud to situace umožňuje, jedna ze sester (PS7) navazuje komunikaci s pacienty, která je přínosem pro zlepšení psychického stavu pacienta ve stresové situaci.

V rámci kategorie sanitářů lze vnímat pozitivnější vidění jejich role a jejich vystupování v celém ošetrovatelském procesu. Tradiční pohled je více skeptický k vstřícnosti a osobnostnímu nastavení této specifické profese. Nicméně i pro dnešní dobu někteří participanté zmiňují, že jednání této specifické skupiny v rámci ošetrovatelského procesu je tak říkajíc „přes čáru“. Na tuto skutečnost může mít dle některých i dlouhodobý podstav v rámci pracovních pozic v nemocnici a tím pádem menší výběr vhodných adeptů pro tuto pozici.

Některé sestry popisují zkušenosti s neetickým jednáním jako je často zmiňovaná nevhodná komunikace před pacientem. Je zmiňováno hulákání sanitářů a podobné projevy u této pracovní pozice napříč jednotlivými odděleními. Objevuje se tak i občasná nutnost v jistých situacích ze stran sester sanitáře kontrolovat, případně je korigovat.

Z pohledu lékařů lze z rozhovorů vnímat jasnou tendenci o aktivní participaci s pacientem na celém ozdravném procesu. Lékaři vnímají výhody takového nastavení v získání vyššího stupně důvěry a tím pádem lepší spolupráci.

2. Zachování intimity pacienta

PS1, PS2, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8, S1, S2, PS10 se o ochranu intimity snaží. Snaha ze strany personálu o zachování intimity se z většiny potvrzuje. Někdy však nejde o lehký úkol. Roli zde hraje podle participantů několik okolností. Důležitá je například spolupráce se sanitáři, osobní kvality pracovníků, spolupráce pacienta, prostorové uspořádání, vnímání intimity samotné. PS1 se dostává do obtížných situacích v případech akutních pacientů, kteří nespolupracují a jejich intimitu nelze zajistit. Podle PS2 někdo z kolegů opakovaně nerespektuje intimitu pacienta a narušuje tak práci jiných pracovníků, kteří se o zachování intimity snaží. PS2 vidí problém v přístupu k pacientům u starších kolegů. PS10 tvrdí, že také záleží na konkrétních osobách. PS3 zdůrazňuje, že je potřeba spolupracovat s pomocným personálem na zachování intimity. PS4 s pacienty komunikuje, informuje pacienty, že se na sále provádí stranová kontrola operované končetiny. V případě jednání se o intimní partie, tak PS4 nahlíží pod peřinu v soukromí, nikoliv v předsálí před zraky dalších pacientů. Podle PS5 je intimita zajištěna o při překládání na stůl,

kdy se pacientům dávají roušky na přikrytí. Problém u překládání popisuje S2 v souvislosti s imobilními pacienty. PS6 vysvětluje, že u některých typů výkonů je intimita narušena a není možné intimní partie zakrýt. PS6 a S1 vysvětlují, že intimní oblast není možné v každém případě zakrýt, zejména u operační přístupů v oblasti kyčle. PS6, S4 tvrdí, že samotné vnímání intimity může být odlišné u každého pacienta. Z pohledu L2 jde na operačním sále o to, aby byl pacient, co nejméně traumatizovaný. Proto se cévkování provádí až v průběhu nebo po uspávání pacienta.

Dobré prostorové uspořádání operačních sálů je výhodou je v této souvislosti vnímáno jako značná výhoda, která může celé věci zásadně napomoci.

Zajímavým aspektem jsou situace, kdy na sálech dochází k situacím, které by bylo možné definovat jako život ohrožující. Ukazuje se, že v těchto chvílích jsou možnosti důrazu na etické a morální hodnoty značně limitovány. Objevují se jiné, zcela logické priority pro daný časový rámec a etické principy ustupují do pozadí.

3. Důstojný přístup k pacientům

Důstojnost funguje jako jeden z výrazných imperativů pro celkový systém péče. Pojetí důstojnosti může mít různé podoby, pro celkový systém péče se však jedná o nepostradatelnou součást celého procesu.

V prostředí operačního sálu, které se vyznačuje vysokou mírou technizace, časovým tlakem a nutností týmové koordinace, je zachování důstojnosti pacienta vystaveno specifickým výzvám. Situace, jako je příprava pacienta k výkonu, manipulace s jeho tělem či komunikace během anestezie, mohou vést k narušení jeho intimity a pocitu respektu.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že zachování důstojnosti není vždy zcela konzistentní. Přístup zdravotnického personálu se může měnit v závislosti na aktuální situaci, složení týmu či osobní náladě jednotlivých pracovníků. Některé účastnice uváděly případy, kdy byl pacient vystaven nevhodným poznámkám či narážkám, případně kdy jeho intimita nebyla plně respektována. Jiní pracovníci naopak deklarovali, že i při setkání s nevhodným chováním pacienta se snaží postupovat v souladu se svými profesními zásadami. Byly zaznamenány i situace, kdy narušení důstojnosti nebylo slovně potvrzeno, avšak reakce účastníků – například mlčení či viditelný stud – naznačovaly, že k němu mohlo dojít. Specifickým problémem, na který upozorňovali někteří pracovníci, je zanedbaná hygiena pacientů, která může vést k obtížným a citlivým interakcím.

4. Přístup pacienta k personálu OS

Výsledky šetření ukazují, že v posledních letech došlo podle řady účastníků ke zhoršení přístupu pacientů ke zdravotnickému personálu, a to včetně lékařů. Někteří účastníci výzkumu hovořili o narušení autority lékařů a nedostatečné úctě ze strany pacientů. Tento trend je některými účastnicemi přisuzován rostoucí informovanosti pacientů prostřednictvím internetu, která může vést k nedůvěře vůči odborníkům a k selektivnímu vnímání negativních aspektů jejich práce.

Nevhodné jednání pacientů se v praxi projevuje různými způsoby – od odmítnutí spolupráce při jednoduchých úkonech až po používání vulgárních výrazů. Někteří pacienti projevují neochotu k fyzické spolupráci, a to i v situacích, kdy by byla z lékařského hlediska žádoucí.

Část zdravotníků se s vulgarismy setkává zejména u pacientů pod vlivem alkoholu či omamných látek nebo u osob v sociálně znevýhodněné situaci. Jiní poukazují na to, že hrubé projevy mohou být výsledkem stresu, nejistoty a obav spojených s nadcházejícím výkonem. Dalším problémem, se kterým se zdravotnický personál setkává, je vědomé porušování předoperačních doporučení, například zákaz kouření před zákrokem, a to i v přítomnosti zdravotníků.

V některých případech přechází nevhodné chování pacientů až k agresivitě. Participanti uváděli, že agresivní reakce se objevují zejména u osob ovlivněných omamnými látkami, ale také u pacientů probouzejících se z anestezie, kteří nejsou schopni své jednání ovládat. Tyto situace mohou představovat reálné fyzické ohrožení personálu a podtrhují náročnost a rizikovitost práce v operačním provozu.

5. Komunikace

Stěžejním tématem v rámci celého ošetřovatelského procesu je komunikace. Nelze ji vnímat jako pouhý nástroj přenosu informace, ale vzhledem ke své podstatě vytváří zásadní aspekt úspěšnosti celé situace, ve které se jak lékaři a sestry, tak pacienti nacházejí.

Komunikace hraje zásadní roli také v utváření vhodného a podnětného pracovního prostředí. Pokud vyjdeme z již zmíněného předpokladu, že pro dodržování etických a morálních zásad je stěžejní dobrá spolupráce mezi jednotlivými aktéry celého procesu, lze pak vnímat roli komunikace jako nezastupitelnou a její fungování jako jeden ze zásadních bodů.

Výsledky šetření ukazují, že většina účastníků vnímá komunikaci na operačním sále jako profesionální a funkční, avšak s výraznými odchylkami v závislosti na konkrétní situaci, složení týmu a individuálních osobnostech. Podle některých účastníků však srovnávat styl komunikace lékařů a ostatního zdravotnického personálu; každý z těchto segmentů má svá specifika. Komunikace je často ovlivněna aktuálním průběhem výkonu – v rutinních situacích probíhá klidně a věcně, ve vypjatých momentech může být naopak doprovázena zvýšeným hlasem či stručnými pokyny. Někteří účastníci připouštějí, že v ojedinělých případech dochází k hrubšímu vyjadřování či projevům frustrace, které však nejsou mířeny osobně, ale vycházejí z emoční zátěže situace.

Jako významný faktor ovlivňující kvalitu komunikace je uváděna skladba týmu – konkrétní kombinace osobností a generačních rozdílů. Někteří účastníci upozorňují na genderovou homogenitu sester a na rozdíly v přístupu napříč věkovými skupinami. Bylo zaznamenáno i subjektivní vnímání odlišného chování chirurgů k sestrám na základě jejich věku a vzhledu.

Nevhodné verbální projevy, jako je křik nebo používání vulgarismů, jsou většinou spojovány s náročnými situacemi, stresem, vyčerpáním či syndromem vyhoření. Přesto většina pracovníků deklaruje, že se snaží před pacienty udržet profesionální projev a chovat se slušně; případy, kdy zazní nevhodný komentář v přítomnosti pacienta, jsou podle účastníků spíše výjimečné a neúmyslné.

Efektivní řešení podle účastníků spočívá v zachování klidu, nebrání si slovní výpady osobně a případně odložení řešení na dobu po skončení výkonu. Za formu neformální omluvy bývá považováno poděkování za spolupráci po ukončení operace.

Význam komunikace jako prevence konfliktů a prostředku ke zlepšení spolupráce byl zdůrazňován opakovaně. Participantův názor poukazuje na nutnost otevřeně sdílet problémy, ať už se týkají pracovních či osobních záležitostí, a oceňují přítomnost osobností, které dokážou téma iniciovat. Ačkoli se formy komunikace liší podle povahy jednotlivců, převládá názor, že bez ní není možné efektivně řešit problémy ani udržet kvalitní pracovní vztahy.

Zásadní pro úspěšnost celého procesu a neodmyslitelnou součástí celé ošetrovatelské praxe je stres, jeho následky a schopnost s danou situací efektivně pracovat. V rámci situací, které s sebou nesou podobné zatížení, se ve výzkumu objevila zvýšená tendence k pochopení některých projevů, které by v běžném režimu byly vnímány jako nežádoucí a zatěžující. V takových případech se opět ukazuje zvýšená tendence k nedodržování etických norem a morálních imperativů, což ale participantův názor přijímá většinou s pochopením. Zároveň je znát významné zacílení na výsledek celého snažení, tedy úspěšnost operace. Paradoxně tak podobná situace může vést k významnému zvýšení soudržnosti týmu, ovšem na úkor dodržování pravidel morálního a komunikačního charakteru.

Výsledky ukazují, že aktuální nálada jednotlivých členů operačního týmu může významně ovlivnit průběh práce i vzájemnou spolupráci. Někteří participantův názor zdůrazňují nutnost udržet profesionální výkon bez ohledu na osobní rozpoložení, jiní však upozorňují, že negativní nálada kolegů může způsobit nepříjemné situace a zvýšit míru nepředvídatelnosti během výkonu.

6. Interpersonální vztahy

Interpersonální vztahy v prostředí operačního sálu jsou participantův názor vnímány jako klíčový faktor pracovní spokojenosti a efektivní spolupráce. Většina účastníků popisuje vztahy na pracovišti jako funkční a v případě potřeby podporující, přesto se objevují i projevy nevhodné komunikace, pomluv či generačních a profesních třenic. Některé sestry upozorňují na přátelskou atmosféru a zlepšení ohleduplnosti mezi sanitáři, zatímco vztahy mezi lékaři jsou vnímány jako konfliktnější. Problémy vyplývají také z nerovného postavení na základě vzdělání, což podle některých participantů vyžaduje větší uznání a respekt k práci kolegů. Přítomnost dlouhodobě působících pracovníků v rámci jednoho oddělení může být vnímána i negativně, jak se ukázalo na základě výpovědi jedné ze sester. Zejména v souvislosti s projevy vyhoření a nežádoucích jevů spojených s touto skutečností se výsledné nastavení může negativně odrazit na kvalitě týmové spolupráce.

Jako zásadní pak většina dotázaných vnímá potřebu dlouhodobé péče o dobré vztahy na pracovišti. Většina z oslovených zároveň sama vnímá důležitost své vlastní role pro celkové klima a deklaruje osobní aktivní přístup v dané věci v podobě účasti na nejrůznějších společných akcích. Z výpovědi je znát i vnímaná důležitost podobných akcí pro udržení dobrého pracovního prostředí.

Zásadní téma, které bylo hojně skloňováno, bylo spojování s důležitostí týmové práce. Přitom se liší vnímání toho, které členy lze jako participantův názor ještě pojímat a kdo už součástí týmu jako takového není. Nicméně jako určitým způsobem jedinečná je vnímaná role lékaře. Především s ohledem na autoritu, kterou v rámci týmu požívá. V tomto kontextu je pak někdy náročnější dle některých participantů vnímat roli lékaře v týmu jako rovnocennou, a to opět především v krizových situacích, které s sebou nesou stresové predispozice.

Participantův názor identifikovali několik oblastí, ve kterých by bylo možné zlepšit pracovní prostředí a kvalitu poskytované péče. Část sester zdůraznila potřebu posílení mezilidských vztahů a zlepšení chování lékařů vůči ostatnímu personálu. Byly navrženy i konkrétní opatření směřující ke zvýšení komfortu pacientů, například zavedení jednorázových punčoch či optimalizace organizace operačních programů. Někteří pracovníci doporučují zlepšit úroveň komunikace před pacienty a důsledně aplikovat bezpečnostní postupy, například provádění WHO checklistu, jako součást standardizace a zvýšení bezpečnosti perioperační péče.

Diskuze

Etické principy neexistují pouze jako nehybné imperativy, ale je nutné je vnímat i jako dynamickou součást komunikace. Právě komunikace byla jedním z nejčastěji zmiňovaných témat – a to jak ve vztahu zdravotník–pacient, tak i opačně. Participantův názor uváděly příklady situací, kdy se objevují nevhodné poznámky před pacienty ze strany sanitářů, osobní rozhovory v jejich přítomnosti, křik či jiné formy neurvalého chování, které nejsou v podobném prostředí považovány za vhodné. Takové chování lze ve shodě se Zacharovou označit za formu slovní agrese, která negativně ovlivňuje vztahy a důvěru mezi pracovníky i vůči pacientům. [21]

Napříč rozhovory se jako silný motiv opakovaně objevoval pojem důstojnost – stěžejní kategorie současné medicíny. Jak uvádí Kuře a jak potvrzují i výroky participantů, lze důstojnost považovat za centrální pojem. [22] Přestože někteří autoři upozorňují na jeho možné nadužívání, Vácha (2012) jej popisuje jako určitý univerzální princip s téměř imperativní funkcí vůči dalším hodnotám. I přesto je důstojnost v etických představách participantů pevně zakotvena. [23]

Existují však situace, kdy je důstojnost vystavena značné zátěži, zejména při vysoké míře stresu. Mezi významné faktory patří zvýšený tlak na komunikaci, která se – jak ukazuje i tato studie – může vlivem zátěže proměňovat. V takových situacích se zároveň objevují i paradoxy ve vztahu k zachování etických principů (viz dále). [24,25]

Výsledky rovněž zdůrazňují význam týmové práce a nutnost spolupráce. Tyto aspekty jsou úzce spojeny s komunikací, ale také s hierarchickou strukturou prostředí. Ve stresových situacích se více uplatňuje autorita, obvykle reprezentovaná osobností lékaře. Stabilita a kvalita týmu byla označena jako jeden z klíčových faktorů nejen participantův názor, ale i dalšími autory. [26] V rámci týmové spolupráce jsou pak některá dílčí etická či komunikační pochybení vnímána s větší tolerancí, pokud vznikají v důsledku zátěže spojené s náročným operačním provozem.

Z provedeného šetření vyplývá, že personál operačních sálů, bez ohledu na svou profesní roli, si uvědomuje existenci a význam etických principů a aktivně se snaží tyto zásady promítat do své každodenní praxe. Současně se však ukazuje, že jejich naplňování je v mnoha ohledech podmíněno situací, v níž k výkonu práce dochází, a ovlivňováno faktory, jako je míra stresu, hierarchická struktura či komunikační nastavení pracovního kolektivu.

V rámci studie bylo vydefinováno několik oblastí, kdy tyto diskontinuitní situace nastávají.

1. Deklarovaná znalost a význam etických zásad vs. jejich ustupování v krizových situacích

Tým na operačních sálech sám deklaruje znalost etických zásad a morálních apelů, které jsou na profesi kladeny. Vnímá jejich důležitost v rámci medicíny jako celku a jejich nezbytnost jak pro vztahy s pacienty, tak pro týmovou spolupráci.

Kontrast: V krizových situacích, kdy dochází k ohrožení života nebo časové okolnosti neumožňují jiný postup, však etické principy často ustupují do pozadí. Morální hlediska jsou v těchto případech nahrazena jinými prioritami, primárně zaměřenými na záchranu života. To ovšem známe i z praktické roviny užití etických metod, kdy některé principy musí ustoupit do pozadí, nebo musí být jeden etických přístup nahrazen druhým.

2. Ideál korektní komunikace vs. vliv zátěže na její kvalitu

Z pohledu komunikace je patrná snaha o maximální korektnost a eliminaci destruktivních forem vyjadřování. Taková komunikace je chápána jako základ dobrých vztahů na pracovišti a předpoklad úspěchu při operačních výkonech. Participanti vnímají důležitost dobré a kvalitní komunikace na pracovišti a definují ji jako nezbytnou součást dobré praxe.

Kontrast: V praxi však do komunikace vstupují zátěžové faktory, jako je únava, stres, osobní nastavení či nálada. Tyto prvky mohou vést k narušení komunikační kultury a k výskytu destruktivních projevů, jež negativně ovlivňují nejen vztahy na pracovišti, ale i samotný proces léčby.

3. Postoj personálu k pacientovi: empatie vs. nevhodné chování jednotlivců

Převládajícím obrazem v deklaracích participantů je slušnost, empatie a individuální přístup k pacientovi, což odpovídá moderním etickým standardům v medicíně. Jako nosný pojem se pak objevuje důstojnost jako zásadní pojem pro současnou podobu medicíny.

Kontrast: Přesto se objevují jednotlivci, (v rámci studie byli definováni především mezi některými sanitáři), jejichž chování lze označit za vystupování „přes čáru“. Participanti uváděli i přítomnost genderových stereotypů při hodnocení kompetencí mezi rolemi lékař – sestra - sanitář, což může vést k nerovnosti v přístupu a k oslabení důvěry ve zdravotnický tým pro člověka sledujícího tento nesoulad zvnějšku.

4. Postoj pacienta k personálu: očekávaný respekt vs. rostoucí nedůvěra a nevhodné chování

Standardem očekávaným zdravotnickým personálem je respekt k odborníkům, jejich zkušenostem a autoritě, což je považováno za nezbytné pro hladký průběh léčby.

Kontrast: Ve výsledcích se však objevuje rostoucí míra nedůvěry, nevhodného chování a vulgarismů, stejně jako odmítání spolupráce ze strany pacientů. Tento trend je participanty částečně vysvětlován vyšší informovaností pacientů a stresem spojeným s hospitalizací či operačním výkonem. Pacienti si jsou také čím dál více vědomi svých práv a snaží se je uplatňovat.

5. Interpersonální vztahy uvnitř týmu: funkčnost vs. skryté napětí

Většina participantů hodnotí interpersonální vztahy na pracovišti jako funkční, často kamarádské, a oceňuje schopnost spolupráce i ve vypjatých situacích. Zdůrazňovány jsou společné

akce, které podporují možnost hlubšího propojení a vytvoření pevnějších vazeb mezi pracovníky.

Kontrast: Současně však byly zaznamenány projevy pomluv, profesních třenic, vyhoření a nerovného postavení pracovníků podle vzdělání či podle věku, který byl také definován jako jedna ze zásadních predispozic pro vznik nežádoucích forem komunikace. Autorita lékaře, ač zásadní v krizových situacích, může v některých případech narušovat týmovou rovnováhu a ovlivňovat dynamiku spolupráce.

Limity této studie lze vymezit v několika rovinách. Z metodologického hlediska je třeba zdůraznit subjektivní povahu získaných dat, která vycházejí z výpovědí participantů a odrážejí jejich individuální zkušenosti a postoje. Velikost a složení vzorku, zejména nerovnoměrné zastoupení jednotlivých profesních skupin (lékaři, sestry, sanitáři), může dále ovlivnit interpretaci výsledků. Výběrové zkeslení je možné v důsledku toho, že účastníci mohli být k zapojení motivováni právě výraznými názory či specifickými zkušenostmi. Obsahově se závěry vztahují ke konkrétním operačním sálům a jejich organizační kultuře, což omezuje přenositelnost na jiná pracoviště. Některé jevy mohou být navíc ovlivněny aktuální situací v době sběru dat, a tedy proměnlivé v čase.

Závěr

Předkládaná studie se zabývá subjektivním hodnocením dodržování etických zásad v rámci perioperační péče. Cíle studie byly zaměřeny jednak na zjištění subjektivního hodnocení obecného dodržování morálních imperativů, dále byly zacíleny na detekci situací, které jsou z pohledu etických norem a jejich akceptace problematické a v neposlední řadě byla studie zaměřena na vlastní snahu o sebenazírání v rámci celého procesu u daných zdravotnických pracovníků.

Studie byla provedena kvalitativním způsobem formou rozhovorů. Metoda sledovala logiku zpracování formou obsahové analýzy. Celkově participovalo 17 participantů z různých oddělení nemocnice pardubického kraje. Následně formou kódování byly detekovány hlavní kategorie, které následně prošly zevrubnou analýzou a vytvořením dílčích výsledků.

Potvrdilo se, že znalost etiky a její důležitosti pro celkovou úspěšnost zdravotnického procesu byla poměrně vysoká. Participanti jsou obeznámeni s různými koncepty a snaží se o jejich naplňování v rámci ošetrovatelského procesu i dílčích zákroků ve prospěch pacienta.

Zároveň se ovšem ukázal zvýšený tlak na dodržování etických zásad v situacích, které jsou z různých pohledů zátěžové. Ať už jde o stavy, ve kterých je pacient ohrožen na životě, situace, kdy nefunguje týmová souhra, nebo jde o takové situace, kdy jsou stresory, které na personál působí, na vysoké úrovni. V takových chvílích jdou, dle výpovědí participantů, etické normy stranou. Dá se tedy říct, že v danou dobu vítězí spíše pragmatický, utilitaristický přístup k situaci a pacientovi než ohledy na dodržování etiky. Zároveň se ukázalo jako významné určité nazírání na eticky nevhodné chování s ohledem jednak na věkovou skladbu daného týmu, jednak na pozici v rámci postavení v daném týmu a s tím související genderové rozdíly v přístupu. Na tomto základě byly tedy vytvořeny určité paradoxní protiklady, které ukazují deklarovanou skutečnost a žádoucí stav, na druhé straně ovšem pracují s problematictější reálnou praxí.

Závěrem lze v souvislosti se zjištěními práce říci, že kvalita péče není dána pouze technickými dovednostmi, ale i etickým a komunikačním rámcem, který vyžaduje soustavnou pozornost.

Sestry se v průběhu své profesní dráhy setkávají s rozmanitými přístupy kolegů. Některé zkušenosti popisují nepříjemné situace, narušené mezilidské vztahy či dokonce projevy šikany na pracovišti. Přestože žádný z participantů této studie výslovně nevedl osobní zkušenost se šikanou, je nezbytné být si vědom širšího kontextu, ve kterém české zdravotnictví funguje. V případě výskytu takových jevů je nutné jednat okamžitě. Práce v prostředí operačního sálu je extrémně náročná, vyžaduje vysokou míru psychické odolnosti, rozhodnosti a profesní odvahy.

Zjištění týkající se etických dilemat a psychické zátěže při práci na operačním sále podtrhují potřebu zavedení systematických podpůrných programů pro tento typ pracovišť. Ty by měly zahrnovat prvky psychohygieny, nácvik zvládnání stresových situací a rozvoj odolnosti vůči zátěži.

Literatura

- [1] Zeman M, Krška Z. *Chirurgická propedeutika*. 4th ed. Praha: Grada Publishing; 2023.
- [2] Valentine SR, Hanson SK, Fleischman GM. The presence of ethics codes and employees' internal locus of control, social aversion/malevolence, and ethical judgment of incivility: A study of smaller organizations. *J Bus Ethics*. 2018;160(3):657-674. <https://doi.org/10.1007/s10551-018-3880-8>
- [3] Haškovcová H. *Lékařská etika*. 4th ed. Praha: Galén; 2015.
- [4] Česká lékařská komora. Etický kodex České lékařské komory. 1996. Available from: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk>.
- [5] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1979.
- [6] Ebbesen M. Further development of Beauchamp and Childress' theory based on empirical ethics. *J Clin Res Bioeth*. 2013;4(2). <https://doi.org/10.4172/2155-9627.S6-e001>
- [7] Vácha MO. Člověk a jeho důstojnost: nejdůležitější otázka současné Evropy. In: Ptáček R, Bartůněk P, eds. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada; 2022:267-286.
- [8] Wichsová J. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing; 2020.
- [9] Ehlers AP, Wright AS. Fundamentals of acceptable behavior in the operating room (etiquette). In: *Fundamentals of General Surgery*. Cham: Springer; 2018:297-305. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75656-1_23.
- [10] Ministerstvo zdravotnictví. Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. 2011.
- [11] Beriso YM, Alemu W, Mulugeta T. Unveiling the experiences of operation room nurses on ethical issues: a phenomenological study in Adama Hospital Medical College, Ethiopia, 2022. *BMC Nurs*. 2024;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02493-9>
- [12] Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2011. Available from: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/55>.
- [13] Česko. Vyhláška č. 96/2004 Sb., o podmínkách poskytování nelékařských zdravotnických služeb. Sbírna zákonů ČR. 2004;126(30):123-130.
- [14] Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Value conflicts in perioperative practice. *Nurs Ethics*. 2019;26(7-8):2213-2224. <https://doi.org/10.1177/0969733018798169>
- [15] Hendl J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2nd ed. Praha: Portál; 2008.
- [16] Strauss AL, Corbin J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce; 1999.
- [17] Bohm I, Sundqvist J. Qualitative content analysis—A step-by-step guide for beginners to the method, theories, epistemology, ontology, and rigour. *Qual Rep*. 2025;30(9):4236-4263. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2025.7211>
- [18] Miovský M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada; 2006.
- [19] Švaříček R, Šedová K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál; 2007.
- [20] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- [21] Zacharová E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing; 2016.
- [22] Kuře J. Samozřejmost a ambivalence důstojnosti v (post)moderní medicíně. In: Ptáček R, Bartůněk P, eds. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada; 2022:267-286.
- [23] Vácha MO, Königová R, Mauer M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál; 2012.
- [24] Osher RH. Reducing stress in the operating room: stress relief for the patient. *J Cataract Refract Surg*. 2023;49(9):905-906. <https://doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000001200>.
- [25] Oliveira JAN, Gomes ET, Silva JRR, Rocha NGN, Medeiros KS, Ramos FS. Impact of satisfaction and motivation on occupational stress in operating room nursing: a pilot study. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0415>
- [26] Butler L, Kozlow A, Mitchell C, et al. The effects of temporary staff on observable teamwork outcomes within operating rooms. *Front Health Serv*. 2025;5. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1514431>
- [27] Bazyar J, Farrokhi M, Khankeh H. Triage systems in mass casualty incidents and disasters: a review study with a worldwide approach. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(3):482-494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>

Kontakt:

Mgr. et Mgr. Ondřej PODESZWA, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Katedra ošetrovatelství
Průmyslová 395
Pardubice
532 10, Česká republika
e-mail: ondrej.podeszwa@upce.cz
ORCID ID: 0000-0003-1286-1206.