

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Bc. Pavla Regnerová

Morální distres v ordinaci dentální hygienistky

Moral distress in dental hygiene's office

bakalářská práce

bachelor's thesis

Praha, 23. duben 2024

Autor práce: Bc. Pavla Regnerová

Studijní program: Dentální hygiena (0911RP360002)

Bakalářský studijní obor: Dentální hygiena (BDHA)

Vedoucí práce: MUDr. Tereza Pinkasová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav etiky a humanitních studií 3. LF UK

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje.

V Praze dne 23. dubna 2024

Bc. Pavla Regnerová

Poděkování

Vřele a hluboce děkuji veškerým lidem, bez kterých by nebylo v mých schopnostech tuto práci napsat.

Na prvním místě patří poděkování mému manželovi a synovi, kteří byli jednou z nejsilnějších motivací ke kompletaci tohoto průzkumu, a vždy mi byli po boku.

Stejnou měrou děkuji paní doktorce Pinkasové, vedoucí této práce, za milou komunikaci, za nekončící trpělivost a laskavost, věcné připomínky, cenné tipy na odbornou literaturu a za nekonečnou podporu.

Poděkování také patří mým rodičům, kteří mě podpořili vždy, když bylo třeba.

Také děkuji paní magistře Křížové, odborné konzultantce práce, která byla vždy připravena pomoci.

Rovněž chci poděkovat veškerým pracovníkům Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty UK, kteří mě toho v průběhu studia tolik naučili, a svými přednáškami inspirovali ke vzniku tohoto průzkumu.

Obsah

OBSAH	4
ÚVOD	5
1 TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 MORÁLNÍ DISTRES	7
1.1.1 <i>Definice morálního distresu</i>	7
1.1.2 <i>Modely morálního distresu</i>	8
1.1.3 <i>Determinanty morálního distresu</i>	9
1.1.4 <i>Symptomy morálního distresu</i>	11
1.1.5 <i>Dopady morálního distresu</i>	13
1.1.6 <i>Způsoby zvládnání morálního distresu</i>	14
1.1.6.1 <i>Strategie zvládnání morálního distresu</i>	14
1.1.6.2 <i>Rozvoj kompetencí napomáhajících ke zvládnání morálního distresu</i>	15
1.1.7 <i>Měření morálního distresu</i>	15
1.2 PROFESE DENTÁLNÍ HYGIENISTKY	17
1.2.1 <i>Vznik a historie profese dentální hygienistky</i>	18
1.2.2 <i>Kompetence dentální hygienistky a legislativa</i>	19
1.2.3 <i>Zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky</i>	20
1.2.4 <i>Etický kodex dentální hygienistky</i>	22
2 PRAKTICKÁ ČÁST	24
2.1 <i>Cíle</i>	24
2.2 <i>Hypotézy</i>	24
2.3 <i>Cílový soubor</i>	26
2.4 <i>Metodika práce</i>	26
2.5 <i>Výsledky výzkumu</i>	27
2.6 <i>Diskuze</i>	49
ZÁVĚR	53
SOUHRN	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM PŘÍLOH	61
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	62
PŘÍLOHY	63

Úvod

Morální distres je fenomén, který se vyskytuje v různých profesích, a to včetně zdravotnických. Nevyhýbá se ani ordinacím dentálních hygienistek. Tento termín popisuje vnitřní konflikt, který zdravotník zažívá, když je nucen jednat proti svým etickým nebo profesionálním hodnotám. V kontextu dentální hygieny může morální distres vznikat z různých situací, jako je například tlak na vykonávání zbytečných procedur, omezení v poskytování adekvátní péče kvůli finančním či administrativním překážkám, nebo konflikty s kolegy a nadřízenými ohledně léčebných postupů.

Díky systému hodnot a morální senzitivitě jedince je často důsledkem prožitku morálního distresu sebeobviňování, pocit viny a studu, kterému postižený distresem trpí. Dlouhodobější strádání může u některých jedinců vést až k morálnímu zranění či újmě na psychickém zdraví, popřípadě syndromu vyhoření [1]

Celosvětově jsou zdravotnická povolání klasifikována jako velmi psychicky náročná. Z nich potom profese dentální hygienistky zaujímá jedno z předních míst v seznamu zdravotnických povolání, které mají co dočinění se zvýšenou emoční zátěží [1].

V České republice zatím výzkum zabývající se problematikou morálního distresu v ordinaci dentální hygienistky doposud zpracován nebyl.

Tato práce si proto klade za cíl přehledně popsat problematiku morálního distresu u zdravotníků zejména v odvětví praxe dentálních hygienistek. Dále je cílem práce zjistit, jak často se dentální hygienistky setkávají se situacemi, kdy by byly vystaveny morálnímu distresu, jak případné konkrétní situace hodnotí a jak se v prostředí, které je takto stresujícím situacím vystavuje, cítí dlouhodobě.

Práce je tvořena dvěma částmi, a to částí teoretickou a částí praktickou.

Teoretická část je členěna do dvou kapitol a jejím účelem je poskytnout přehledné a ucelené shrnutí dostupných informací bezprostředně souvisejících s tématem práce. První kapitola hovoří o morálním distresu. Je zde zmíněno vymezení termínu morální distres, následně jeho příčiny a důsledky, strategie zvládání morálního distresu či způsoby měření morálního distresu. Druhá kapitola je koncipována jako soupis informací o profesi dentální hygienistky. Pozornost je věnována popisu profese a jejímu vzniku, kompetencím dentální hygienistky a její funkci ve stomatologickém týmu, dále pak etickému kodexu dentálních hygienistek, který s tématem výlučně souvisí.

Praktická část zahrnuje popis metodiky výzkumu, charakteristiku výzkumného souboru, analýzu a prezentaci získaných dat. Samotný sběr dat probíhal na základě dotazníkového šetření s cílem stanovit míru výskytu morálně dilematických situací mezi dentálními hygienistkami České republiky a faktory vzniku morálního distresu.

Význam této práce spočívá v jejím přínosu k lepšímu porozumění fenoménu morálního distresu v kontextu dentální hygieny a v prozkoumání četnosti a charakteru výskytu morálního distresu v ordinaci dentální hygieny. Doufám, že výsledky této studie přispějí ke zlepšení pracovních podmínek a celkové profesní spokojenosti dentálních hygienistek, což v konečném důsledku povede k vyšší kvalitě péče o pacienty.

1 Teoretická část

1.1 Morální distres

Jak je již zmíněno výše, morální distres představuje ve zdravotnictví problematiku, kterou není hodno přehlížet. Následující kapitola se zabývá definicí morálního distresu.

1.1.1 Definice morálního distresu

Morální distres (česky překládán jako „morální tíseň“) je komplexní fenomén zkoumán jak lidskou etikou, tak psychologií [2], který se vyskytuje v různých zdravotnických profesích, včetně ordinací dentálních hygienistek. Tento pojem popisuje stav emocionálního a psychického utrpení, hanby a pocitu viny, který vzniká, když je jedinec nucen jednat proti svým hluboce zakořeněným etickým nebo profesionálním hodnotám [3]. Morální distres se tedy neomezuje pouze na vnitřní konflikt, ale zahrnuje i pocit bezmoci a frustrace z neschopnosti jednat správně podle svého svědomí [4][5]. Jde tedy o intenzivní kognitivní a emoční odpověď na události, které ohrožují morální či etické nastavení člověka [6].

Prožitek morálního distresu rovněž roste s pocitem zodpovědnosti za pacienta a velmi závisí na hodnotovém nastavení jedince a na jeho zásadách [6]. Základem prožití morálního distresu je tedy uvědomit si eticky správné jednání či postup v konkrétní situaci.

Je nutné odlišit pojem *morální distres* od podobných hesel. *Morální dilema* je na rozdíl od morálního distresu rozhodování se jedince v konkrétní situaci pro volbu, která představuje „menší zlo“, aniž by na něj byl vyvíjen nátlak[4]. *Morální nejistota* je situace, kdy se rozhodujeme, které řešení je eticky korektní, nicméně nejsme schopni rozhodnutí dojít z důvodu chybějících zkušeností a znalostí [4][7]. Existuje také *morální rozhořčení*, kdy konkrétní osoba není sama aktérem, nýbrž s rozhořčením a dalšími nepříjemnými pocity sleduje nemorální chování jiné osoby [4]. Nejen situace, kdy jedinec sám způsobuje činy popírající hluboce zakořeněné morální zásady, ale i situace, kdy takovým činům přihlíží nebo nezabrání, jsou morálně zraňující [6].

Pojem morálního distresu byl poprvé představen světu Andrew Jametonem v roce 1984 a to v profesi zdravotní sestry. Jameton definoval morální distres jako negativní emocionální reakci, která vzniká, když zdravotníci vědí, co je správné, ale jsou omezeni institucionálními, právními nebo jinými překážkami, které jim brání jednat v souladu s tímto přesvědčením [8].

Od té doby byl tento koncept dále rozvíjen a aplikován na různé zdravotnické profese, včetně zubní hygieny.

Pokud je prožitek morálního distresu dlouhodobějšího rázu, v postiženém způsobí vznik morálního rezidua, které může bolestivě a vážně ohrozit morální integritu postiženého, jeho osobnost a i kariéru [4].

1.1.2 Modely morálního distresu

Co se týče jednotlivých podob morálního distresu, profesor Mareš nabízí rozlišení morálního distresu na distres prvotní a reaktivní[4], dále pak z hlediska příčiny na distres z důvodu institucionálních překážek, profesních konfliktů, osobních hodnot a přesvědčení a nedostatečného vzdělání a kompetence [4].

Morální distres zapříčiněný institucionálními překážkami zmiňoval již profesor Jameton jako distres vznikající, když je jedinec jednat proti svým etickým přesvědčením kvůli nařízení instituce, ve které pracuje [8]Z hlediska dentální hygieny sem mohou patřit tlaky z ekonomického popudu, kdy bude pracovník nucen provádět zbytečná ošetření či doporučovat dražší služby a produkty pouze za zvýšení zisku, i když nejsou pro pacienta nutné. Může sem být zařazen i nedostatek času na jednoho konkrétního pacienta kvůli přeplněným objednacím kalendářům, kdy hygienista bolestně pociťuje nemožnost poskytnout kvalitní péči. Rovněž lze mezi institucionální překážky zařadit morální distres vznikající z omezeného přístupu k materiálům a nástrojům zapříčiněný právě institucionálními opatřeními. Nedostatečné vybavení či materiál potom samozřejmě hygienistovi znemožňuje poskytnout optimální péči.

Při vzniku morálního distresu nemusejí hrát roli pouze institucionální překážky, i když očividně dominují (Mareš).

Morální distres může vznikat i z důvodu konfliktů s kolegy nadřízenými či ostatními pracovníky [4]. V ordinaci dentální hygienistky je v této situaci jádro sporu v otázce nejlepšího postupu péče o pacienta. Může jít o rozdílné názory na léčbu, kdy je nakonec hygienistka donucena udělat kompromis, jenž je v rozporu s jejím profesionálním úsudkem. Morální distres může ale vznikat i z nedostatečné podpory a projeveného respektu vůči profesním názorům hygienistky, který kolegové projevují.

Morální distres také vzniká vlivem osobních hodnot, zásad a přesvědčení, pokud jsou tyto v rozporu s požadavky práce [4]. Lze sem zařadit různá etická dilemata, která se mohou odehrávat v ordinaci dentální hygienistky – například otázka zachování pacientovy důvěrnosti

v utajení oproti nutnosti sdílet tyto informace kvůli bezpečí pacienta. I nesoulad práce s osobními hodnotami je příčinou vzniku morálního distresu.

V neposlední řadě vzniká morální distres z důvodu nedostatečného vzdělání a kompetencí [5]. Kvůli chybějícím znalostem pan hygienistka není schopna poskytnout potřebnou péči. Nedostatečné vzdělání může být zapříčiněno nedostatečným školením v zaměstnání, které může vést k pocitu nejistoty, nebo omezenými možnostmi profesního rozvoje.

Nakonec také vzniká morální distres ve zdravotnictví z důvodu interpersonálních konfliktů [5][4] zdravotníka s pacientem či jeho rodinou, popřípadě svými kolegy. Pro předejití tomuto distresu je vhodné ovládat komunikaci s pacienty a jejich rodinami a nevyhledávat na pracovišti spory.

Z časového hlediska lze tedy rozlišit morální distres primární či iniciální, s odstupem času potom morální distres reaktivní, kdy se jedinec prožitou problematickou situací vnitřně zaobírá znovu a trápí se svým zachováním [4] [7].

1.1.3 Determinanty morálního distresu

Morální distres vzniká v důsledku kombinace různých faktorů, které na konkrétního jedince působí rozdílně. Totožná situace či obdobné podmínky mohou u senzitivnějších osob vyvolat prožitek morálního distresu, zatímco u osob méně senzitivních nebo například s jiným žebříčkem priorit a hodnot tento efekt vůbec mít nebudou [9].

Pro pochopení komplikované problematiky morálního distresu, jeho působení a dopadů, je užitečné porozumět příčinám neboli determinantům, kvůli kterým morální distres nejtypičtěji vzniká, a vzít v potaz další faktory, jako je například morální odvaha, sebedůvěra či náboženské přesvědčení jedince, které možný prožitek morálního distresu dále utváří [10][4].

Příčiny neboli determinanty vzniku morálního distresu můžeme pro zjednodušení problematiky rozčlenit na vnitřní a vnější tak, jak to ve své publikaci udělal profesor Mareš [4]

1.1.3.1 Determinanty vnitřní

Tyto příčiny vzniku morálního distresu souvisejí přímo s osobou morálním distresem stíženou. Nabývají potom sociologického či psychologického charakteru.

Mezi determinanty vnitřní sociologické je potom řazena především pohlaví jedince, jeho věk, stupeň vzdělání, délka vykonávání profese, popřípadě náboženské vyznání a spokojenost s profesí, kterou vykonává [4][11; 12]

K determinantům vnitřním psychologickým bychom mohli zařadit zmíněnou morální senzitivitu jedince, žebříček hodnot konkrétní osoby, morální odolnost, zdatnost a odvahu projevit v případné dilematické situaci svůj názor a nesouhlas s postupy, které jsou v rozporu s jeho konkrétním přesvědčením. Patří sem také zkušenosti s obdobnými situacemi, znalost existujících řešení [4][11].

1.1.3.2 Determinanty vnější

Vnější determinanty souvisí s externími faktory týkající se zejména instituce, kde daný jedinec pracuje a jeho vztahů na onom pracovišti. Pro jednoduchost můžeme vnější determinanty rozdělit na 4 podskupiny, a to na determinanty související se specifickou rozhodovací situací, se spolupracovníky, s institucí a jejím řízením a determinanty související se společensko-politickými a kulturními specifiky země [4].

Morálně dilematických a obtížně řešitelných situací může být bezpočet. Ve skupině determinantů souvisejících se specifickou rozhodovací situací, která není snadno řešitelná závisí na možnosti jedince ovlivnit konečné rozhodnutí. Není tu myšlena pouze morální odvaha konkrétní osoby, ale i její společenská role, skrze kterou se k situaci staví [12].

Charakter specifické rozhodovací situace také nepopíratelně ovlivňuje konkrétní odvětví, ve kterém se morální distress zkoumá. Jiné situace nastanou v odvětví vzdělávání, jiné ve zdravotnictví. Ve zdravotnictví potom bude svou roli hrát i typ pracoviště (například ambulantní či s lůžkovou péčí) a jeho oborové zaměření (například stomatologie či gynekologie) [10][12]. Vždy jsou ale tyto situace spojeny s konkrétním pracovním prostředím a zahrnují zejména ekonomické tlaky (kdy důraz na ekonomickou efektivitu zapříčiní například provádění zbytečných úkonů), nedostatek vybavení či materiálu za účelem ušetření finančních zdrojů a omezení času vymezeného na konkrétního pacienta. To vše může být v rozporu s morálním nastavením jedince, vést k frustraci a vyústit v morální distress. [4][13].

Druhou skupinou vnějších determinantů morálního distressu jsou determinanty související se spolupracovníky a celkovým fungováním týmu kolegů, a to včetně nedostatečné kvalifikace a kompetence spolupracovníků a šikaně, nedostatečné podpoře a neochotné spolupráci ze strany vedení při snaze vyřešit konkrétní problém na pracovišti. Sem patří rovněž i ony etické konflikty zapříčiněné rozdílnými názory na léčbu, kdy je podřízený nucen jednat skrze nařízení nadřízeného v rozporu se svým etickým přesvědčením. Řadíme sem i konflikty jedince přímo s pacienty či jejich rodinou, které také mohou vyústit ve vznik morálního distressu [4][14][10].

Vnější determinanty související s řízením instituce a institucí celkově zahrnují i faktory jako nátlak na pracovníky zapříčiněný personálním nedostatkem, kdy musí stávající zaměstnanci stihnout vykonat jak svou práci, tak práci za chybějící personál [4].

Poslední skupinou vnějších determinantů jsou ty související se společenskou-politickými a kulturními zvláštnostmi země. Je sem zahrnuta legislativa upravující chod zdravotnických zařízení, způsob a charakter získávání údajů od pacientů, získávání financí a určující kritéria kontroly kvality poskytované péče. Patří sem snížení nákladů na péči, čímž utrpí kvalita péče poskytované pacientovi, dále neustálá nutnost skládání účtů a prokazování se ve snaze vyhnout se či ubránit případným stížnostem pacientů a soudním sporům. To následně zvyšuje množství zdravotnické administrativy a podněcuje alibistické chování personálu [4][12][11].

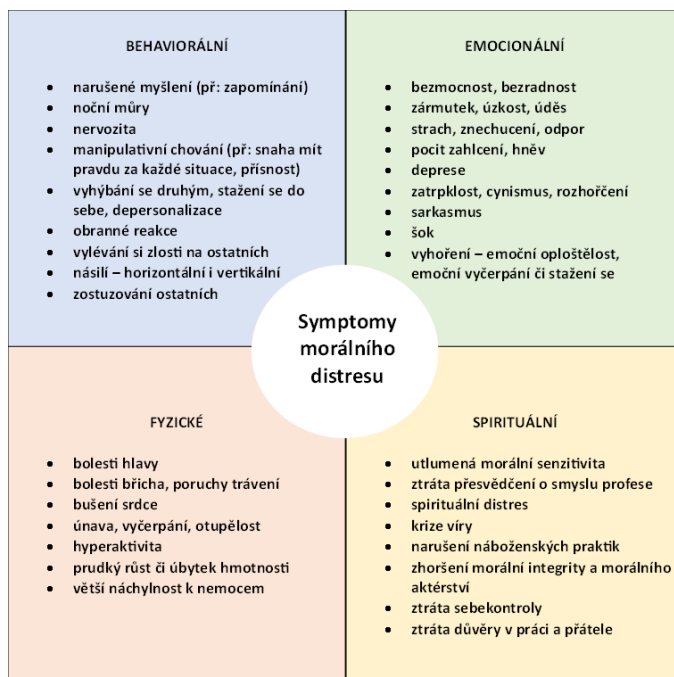
Do vnějších determinantů morálního distresu lze také zařadit příčiny situační. Ty se někdy vyčleňují samostatně, nicméně svým způsobem do této skupiny patří také a řadily bychom je potom k první skupině vnějších determinantů, které souvisí se specifickou rozhodovací situací [4]. Pro přehlednost však uvedu, že v kontextu se situačními příčinami hovoříme o samotném charakteru konkrétních specifických morálně problematických situací, ať už se jedná o nesplnění požadavků k získání informovaného souhlasu pacienta, sledování nekompetentního postupování kolegy a vystavení výběru mezi loajalitou vůči kolegovi a vůči morálním hodnotám, dále etický rozpor v přístupu nadřízeného a podřízeného pracovníka k pacientovi, či zatajování pacientovi informací, které souvisejí s jeho zdravotním stavem [10][12][2].

1.1.4 Symptomy morálního distresu

Škála příznaků morálního distresu je velmi široká. Prožitek morálního distresu se neprojeví pouze ve výkonu profese, ale má dopad i na chování jedince a jeho fyzické a emoční zdraví. Leckdy se promítne i do osobního života stíženého [15]. Symptomům, které prožitek morálního jedince často doprovází, je věnována pozornost, nebo jejich včasné zaznamenání může vést k brzké a kompenzaci prožitku morálního distresu [16].

Symptomy morálního distresu lze stručně rozdělit na emocionální, behaviorální, fyzické a spirituální (viz. Obr. 1) [17].

Obr. 1 Vybrané individuální symptomy morálního distresu.



Modifikováno podle: RUSHTON, C. *Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. AACN advanced critical care.* 2006, roč. 17, č. 2, s. 161-168. ISSN 1559-7768.

Emocionální příznaky neboli reakce na prožitek morálního distresu, ovlivní celkový stav a psychickou pohodu osoby stíženého morálním distresem, a mají rovněž dopad na jeho radost z vykonávané profese a spokojenost s ní [18]. Patří sem pocit bezmoci, bezradnosti, zármutku, úděsu, strachu, znechucení, odporu, pocit zahlcení, hněv, deprese, zatrpkllost, cynismus, rozhořčení, šok, sarkasmus, emoční oploštělost či vyhoření, emoční vyčerpání až stažení se [17]. Neustálé zaobírání se konflikty a dlouhodobé pocity vznikající v reakci na prožitý morální distres následně ovlivňují celkovou kvalitu života a ústí ve frustraci až rezignaci [17][19].

Emocionální příznaky velmi úzce souvisí se symptomy behaviorálními, které pozorujeme v chování jedince stíženého morálním distresem. Chování se totiž v reakci na morální distres může vyznačovat podrážděností či podezřívavostí, nervozitou a menším pracovním nasazením, nebo naopak chladností až lhostejností a vyhýbání se situacím, ve kterých jedinec morální distres zažívá, až izolaci. To v závislosti na povahových rysech a vlastnostech osoby stíženého morálním distresem [20][16][17].

Morální distres má ale i své fyzické příznaky ve formě negativního odrazu prožitku distresu na zdravotním stavu jedince. I ty se následně promítnou do jeho chování. Dlouhodobý prožitek morálního distresu může zapříčinit bolest hlavy či žaludku, napětí, nespavost, popřípadě nekvalitní spánek v důsledku nekončícího přemítání o problematických situacích, a s tím související chronickou únavu a pocit vyčerpání až apatie [18][17].

Mezi příznaky spirituálního rázu, které značí přítomnost morálního distresu, a které jsou opět do jisté míry zapříčiněny symptomy fyzickými a emocionálními, se řadí na prvním místě narušení prožívání náboženství tak, jak byl jedinec zvyklý dříve. Je sem ale zařazována i ztráta sebedůvěry a sebehodnoty pacienta a odcizení se od zbytku pracovního týmu [20][18].

Přehlížení příznaků morálního distresu vyústí může narušit morální integritu stíženého (celistvost jedince zahrnující soulad mezi etickým přesvědčením a konanými činy) a mít na život stíženého různé dopady.

1.1.5 Dopady morálního distresu

Škála dopadů morálního distresu je stejně obsáhlá jako škála jeho příznaků. Prožitek morálního distresu navíc nemusí mít dopady pouze stíženého jedince, ale i na pracovní tým, celou instituci, a hlavně i na pacientův osobní či rodinný život [21][17].

Dopady morálního distresu mohou být rozděleny na individuální, institucionální a společenské (sociální)[22; 23].

Mezi dopady individuální patří mimo jiné negativní vliv morálního distresu na fyzické, ale i emoční zdraví stíženého. Při dlouhodobém prožitku morálního distresu může dojít k rozvoji deprese, úzkostných poruch či vyhoření. Tyto negativní dopady mají vliv i na fyzický stav jedince, který se může zhoršit a dát vzniknout rozličným zdravotním problémům. Obě tyto skupiny příčin se samozřejmě promítají i do profesní spokojenosti a projevují se poklesem spokojenosti jedince v práci, ztrátou nasazení, motivace a zájmu o profesi [24][25].

Institucionální dopady jsou důsledky morálního distresu pozorované na pracovišti postiženého jedince. Jde zejména o zmenšení nasazení jedince pro práci a s tím související nižší produktivitu, která má následně negativní vliv na efektivitu konkrétního zdravotnického zařízení. Dále sem může být zahrnuta nepříjemná a napjatá atmosféra na pracovišti vznikající v důsledku morálního distresu. Ta může vést ke konfliktům mezi kolegy a špatné spolupráci pracovního týmu. Zmíněné negativní dopady mohou vyústit v opuštění zaměstnání jedince

stiženým morálním distresem, což opět má dopad na celé zdravotnické zařízení v podobě nutnosti zvýšení nákladů na zaškolení nových zaměstnanců [21][17].

Prožitek morálního distresu se však nemusí odrazit pouze na jedinci samotném či na pracovišti, ale i na pacientech, potažmo celé společnosti. Například individuální dopad morálního distresu v podobě neschopnosti jedince (hygienistky) poskytnout péči v odpovídající kvalitě může negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Tento fakt pak spolu s faktem, kdy pacient vnímá morální distres ošetřujícího může vést k otřesení důvěrou pacienta či celé společnosti ve zdravotnický systém. V neposlední řadě potom dlouhodobý prožitek morálního distresu může otrást samotnými etickými zásadami konkrétní stížené profese [26][27][17].

V jednotlivých případech však morální distres nemusí představovat pouze negativní jev. Pokud je jedinec schopen se s morálním distresem vypořádat, může pro něho spíše než problém znamenat výzvu, jež vede k rozvoji morálního charakteru, což může vést i k rozvoji profesnímu [28][4]. Úspěšné zvládnutí morálního distresu nezávisí ale jen na jedinci, nýbrž i nato širších strukturálních podmínkách – je zde potřebná institucionální a organizační podpora poskytující příležitost řešení a předcházení morálního distresu. I přes tyto zmíněné možné pozitivní efekty morálního distresu bohužel stále výrazně převládají jeho negativní dopady [9].

1.1.6 Způsoby zvládnání morálního distresu

Lachman 2016

Jak vyplývá z výše popsaného, předcházení problému morálního distresu a včasné řešení jeho následků není pouze v zájmu postiženého jednotlivce, ale celé instituce či organizace [4]. Je tedy vhodné, aby i vedoucí zaměstnanci organizace věnovali pozornost etickým otázkám profese a poskytovali svým podřízeným velkou podporu v úsilí řešení morálních dilemat [21; 29]. V této podkapitole se práce bude věnovat jednotlivým doporučeným strategiím zvládnání morálního distresu, a rovněž kompetencím, které jeho zvládnání napomáhají. Jednou ze strategií může být například tyto kompetence rozvíjet [19].

1.1.6.1 Strategie zvládnání morálního distresu

Různí lidé se dle své psychické odolnosti a povahy s morálně dilematickými situacemi vyrovnávají rozličnými způsoby [4]. Mezi doporučené strategie pro zdravotní sestry, které bychom mohly uvažovat i pro dentální hygienistky, patří například: péče o sebe (čtenější a častější přestávky, přiznání si osobních limitů, práce na částečný úvazek), zachování etických

hodnot práce (skrze připomenutí so původních ideálů a hodnot nabytých během studia), zapojení celého pracovního kolektivu do řešení [18][30].

Byly ale rovněž popsány strategie jakési určité kompenzace distresu, jako je omlouvání nesprávného jednání, vyhýbání se interakce s pacientem, mlčení, jednání v tajnosti, hledání kompromisu či odchod ze zaměstnání [19].

Jako součástí strategií zvládání morálního distresu je zdůrazňována povinnost vedoucích pracovníků pomoci svým podřízeným, kteří se s morálním distresem potýkají, zabráněním opakování situací, které k prožitku distresu vedly [17].

1.1.6.2 Rozvoj kompetencí napomáhajících ke zvládání morálního distresu

Co se týče vyrovnávání se s morálním distresem, jsou za užitečné považovány zejména vlastnosti jako je morální odolnost, asertivita (ať už při jednání s vedením, spolupracovníky či pacienty), morální zdatnost [4], ale také vzdělávání a koučování, které může morální jednání usnadnit. Vyzdvihována je také potřeba komunikačních postupů za zvýšením etického povědomí a souvisejícím zmírněním morálního distresu [22; 29].

Morální odolnost je popsána jako schopnost zdárně se vypořádat s eticky nepříznivou situací bez přetrvávajícího pocitu morálního distresu a bez vzniklého morálního residua, což vyžaduje nemalou dávku morální odvahy [4]. Lidé ovládající tuto schopnost si konfrontací s takto zátěžovými situacemi posilují sebevědomí a uvědomují si, že nepříznivým situacím a útrapám lze čelit, a věří, že takto vynaložené úsilí za splnění etické povinnosti se vyplatí [22; 29].

Morální zdatnost je charakterizována jako individuální víra ve svou schopnost pozitivně čelit etickým otázkám, co na pracovišti mohou vyvstat, a také překonávat překážky, které brání řešení etických dilemat [4][21]. Tuto vlastnost lze posílit tréninkem a rozvoj této kompetence může tedy být jednou z klíčových strategií pro minimalizaci morálního distresu na pracovišti [31].

1.1.7 Měření morálního distresu

Měření morálního distresu probíhá dvěma metodami, a to sice metodou kvalitativního a metodou kvantitativního měření. Každá z nich má své nesporné výhody použití a detailně se jim práce věnuje v následujících podkapitolách.

1.1.7.1 Kvalitativní metoda měření morálního distresu

Kvalitativní metoda měření morálního distresu se zaměřuje na hloubku prožívání morálního distresu, charakter morálně dilematických situací a způsob, jakým na ně jednotlivci reagují. Zpravidla je realizována formou strukturovaných či polostrukturovaných rozhovorů a umožňuje tak velmi individuální vhled do prožívání morálního distresu každého jednotlivého tazatele [32].

1.1.7.2 Kvantitativní metoda měření morálního distresu

Když vyšlo najevo, že morální distres hraje u většiny profesí významnou roli při rozhodování o odchodu z práce, vznikla potřeba tvorby jakéhosi nástroje na měření množství morálního distresu [32].

Toto měření se tedy ani tak nezaměřuje na intenzitu prožívaného morálního distresu, či na individuální pojetí morálně dilematických situací jedince, ale získává obecná souhrnná data o míře zátěže určité profese morálním distresem.

Tato metoda je zpravidla realizována formou dotazníku s otázkami zaměřujícími se na morální tíseň jako takovou, ale i na konkrétní modelové situace, které mohou na pracovišti vzniknout [26].

Tato práce využila k získání dat především kvantitativní metodu měření morálního distresu, nicméně dotazník sloužící ke sběru informací obsahoval i otázky spadající do kvalitativního měření.

Prvním dotazník na měření morálního distresu byl adresován zdravotním sestřám [26], neboť v jejich profesi se začal problém morálního distresu profilovat jako velmi nebezpečný. Následovaly dotazníky směřované na profese ošetřovatelek, lékařů, ergoterapeutů a postupně i nelékařských pracovníků, neboť morální distres se nevyhýbá žádné profesi [23].

Co se týče profese dentálních hygienistek, neexistuje zatím žádný předdefinovaný dotazník či škála morálního distresu, která by se problémem morálního distresu v praxi dentální hygienistky zabírala. Byly provedeny výzkumy na poli stomatologie obecně, nicméně i ty směřovaly jiným směrem, než k odvětví dentální hygieny [33].

V následující podkapitole se práce věnuje profesi dentální hygienistky.

1.2 Profese dentální hygienistky

Dentální hygiena byla v Evropě ještě na přelomu třetího tisíciletí pojmem známým především odborníkům a užšímu okruhu pacientů. V současnosti je ve společnosti povědomí o náplni práce dentálních hygienistek podstatně vyšší, nicméně část populace stále tuší pouze okrajově, že tato profese existuje, a nemá přesné povědomí, co je její náplní. Část populace rovněž nevnímá dentální hygienu jako nezbytnou součást moderní stomatologie, ale jako nadstandartní službu pro vybranou skupinu pacientů [34].

Dentální hygiena je obor zaměřený na preventivní péči o zdraví dutiny ústní, ale rovněž na motivaci a edukaci pacientů v oblasti prevence onemocnění dutiny ústní a pro podporu zdraví. Dle definice by se dentální hygienistka dala popsat jako odbornice s licenci k výuce orálního zdraví a k provádění výkonů v dutině ústní, která jako pomocnice stomatologa užívá vědeckých metod ke kontrole a prevenci stomatologických onemocnění tak, aby pomohla jednotlivcům i širším skupinám obyvatelstva k získání a udržení optimálního orálního zdraví [35].

Péče poskytovaná dentální hygienistkou může být rozdělena do čtyř základních oblastí: vzdělávací (edukační), preventivní, terapeutické a estetické. Tyto oblasti však existují zejména pro klinické rozdělení, v praxi spolu neoddělitelně souvisí, prolínají se a do jisté míry překrývají. Zejména edukační, preventivní a terapeutická činnost dentální hygienistky je jedním z největších přínosů oboru stomatologie v oblasti veřejného zdraví za posledních dvacet let [36].

V oblasti péče vzdělávací, či edukativní, hygienistka edukuje pacienty v problematice péče o hygienu dutiny ústní a její neodmyslitelné souvislosti s prevencí onemocnění dutiny ústní, jako například zubního kazu, parodontopatií, či vzniku ortodontických anomálií. Dále je složkou vzdělávací péče hygienistky edukace a nácvik vyhovujících technik čištění zajišťujících potřebnou úroveň orální hygieny včetně výběru vyhovujících mechanických a chemických pomůcek orální hygieny. V neposlední řadě dentální hygienistka edukuje v oblasti problematiky správné výživy v souvislosti s udržením orálního zdraví [37][35].

Co se týče oblasti preventivní péče dentální hygienistky, jedná se o úkony počínající získáním anamnézy pacienta, čítající vyšetření pacienta a jeho dutiny ústní, orientační zhodnocení stavu chrupu, dásní a parodontu, ale rovněž zahrnující ukázky a nácvik vyhovujících technik péče o zdraví dutiny ústní, a to jak u dětských, tak u dospělých pacientů [34][35].

Terapeutická péče zajišťovaná dentální hygienistkou zahrnuje zejména profesionální ošetření povrchu zubu a jeho kořene, tedy supragingivální a subgingivální odstranění pigmentovaného i nepigmentovaného zubního kamene, dále redukci bakteriálního povlaku. Patří sem ale rovněž čištění a leštění povrchu zubů, leštění výplní, profesionální fluoridace a za asistence lékaře i profylaktické pečetění fisur [35].

Do oblasti péče estetické mohou být potom řazeny výkony jako profesionální bělení zubů či aplikace dentálních šperků [37][35].

V této době se dentální hygienistka svými schopnostmi a znalostmi podílí na úspěšné a komplexní stomatologické péči a je neodmyslitelnou součástí každého stomatologického týmu. Samotná profese dentální hygienistky také vyžaduje vysoké emocionální nasazení, a podobně jako další zdravotnické profese je v souvislosti se syndromem vyhoření či vznikem morálního zranění řazena mezi riziková povolání [38].

1.2.1 Vznik a historie profese dentální hygienistky

Dentální hygiena je záležitostí provázející lidstvo již od pradávna. Profese dentální hygieny se poté začala formovat od okamžiku, kdy byl prokázán pozitivní vliv pravidelné odborné preventivní péče na zdraví dutiny ústní [39]. Jako samostatný obor ale začala vznikat až na počátku 20. století, přesně řečeno v roce 1907, kdy se první dentální hygienistkou stala v USA a patrně i na světě Irene Newmanová, asistentka zubního lékaře Alfreda Civiliona Fonese. Ten o dentální hygienu rozšířil svou soukromou ambulanci[34].

Fones se pro tento krok rozhodl potom, co si znepokojen povšiml, že stále větší množství jeho pacientů přichází o své zuby následkem zubního kazu a parodontózy, a že tyto ztráty lze výrazně omezit odstraňováním zubního kamene a mikrobiálního povlaku, a rovněž kvalitní domácí ústní hygienou adekvátně poučeného pacienta [34].

Neboť byli stomatologové zahlcení prací o pacienty s neodkladnými bolestmi a komplikacemi v dutině ústní, jako vhodné řešení se tak naskytlo vyčlenit určité spektrum stomatologických úkonů a založit další stomatologický obor, ve kterém by odborníci poskytovali profesionální profylaktickou péči a nechirurgickou terapii parodontu, ale také edukaci pacientů a jejich motivaci, samozřejmě včetně nácviku vhodných technik práce s pomůckami domácí orální hygieny pacientů [39].

V roce 1913, tedy 6 let po ustanovení první „dentální hygienistky“ Alfred Fones po pozitivních výsledcích společné práce vypracoval koncepci preventivních specialistek, které

nazval zubními hygienistkami. V connecticutském Bridgeportu poté založil první specializovanou vzdělávací instituci pro dentální hygienistky [40][39].

Co se týče Evropy, profese dentální hygienistky a výuka tohoto oboru zde byla započata zhruba v polovině 20. století, a to nejprve v Norsku, postupně ve Velké Británii, Nizozemsku, Švédsku a ve Švýcarsku, kde vznikl v rámci Evropy pravděpodobně nejrozvinutější vzdělávací systém v oboru [40][39][41]. Na území České republiky byla první škola pro dentální hygienistky otevřena v roce 1996, a to sice pražská Soukromá vyšší odborná škola zdravotnická pro dentální hygienistky. Dnes lze v České republice dentální hygienu studovat na deseti vyšších odborných školách a od roku 2008 i na školách vysokých. Ty jsou k dnešnímu dni tři a umožňují denní studium akreditovaného bakalářského programu. Jedná se o univerzitu Karlovu v Praze, Masarykovu Univerzitu v Brně a Ostravskou univerzitu v Opavě.

Podle posledních statistických údajů z roku 2021 pracuje na území České republiky 1338 dentálních hygienistek [42]. Z toho 1331 hygienistek či hygienistů (99,5 %) je zaměstnáno v privátní ordinaci, zaměstnavatelem 4 je ministerstvo zdravotnictví, 2 hygienistky či hygienisty zaměstnává kraj a zaměstnavatelem 1 zbývajících hygienistky či hygienisty jsou „ostatní centrální orgány“ [42]. Pro zajímavost lze uvést, že termín „dentální hygienistka“ je v českých statistických záznamech poprvé uveden v roce 2000, kde je evidováno 74 studentů denního studia dentální hygieny a 25 studujících tento obor při zaměstnání [43]. V záznamech z roku 2003 je v ČR evidováno 129 pracujících dentálních hygienistek a celkem 197 studentů [44].

1.2.2 Kompetence dentální hygienistky a legislativa

Profese dentální hygienistky je naplněna profylaktickými výkony, popřípadě nechirurgickou terapií, která je v závislosti na charakteru konkrétního úkonu prováděna buď samostatně, anebo ve spolupráci se stomatologem či parodontologem, a to konkrétně pod jejich odborným dohledem nebo přímým vedením.

Při vykonávání své profese se dentální hygienistka řídí platnou legislativou. Rozsah její činnosti a oprávnění je specifikován ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších změn, z nichž nejnovější je vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [45].

Mimo jiné paragraf 16 vyhlášky č. 391/2017 Sb. uvádí, že je dentální hygienistka bez odborného dohledu a bez indikace oprávněna k výchově a instruování pacientů k pravidelné a systematické preventivní péči o ústní hygienu, stanovování úrovně individuální hygieny. Dále provádí s pacienty nácvik postupů a technik ústní hygieny a kontroluje jejich účinnost, smí také provádět kolektivní zdravotně-výchovnou činnost zaměřenou na racionální výživu a prevenci vzniku zubního kazu, parodontopatií, ortodontických anomálií, a ve spolupráci se zubním lékařem provádět výzkum v oblasti zubního lékařství, zejména v oblasti dentální hygieny.

Dle vyhlášky rovněž dentální hygienistka bez odborného odhledu v souladu s diagnózou a léčebným postupem stanoveným zubním lékařem provádí profylaxi onemocnění dutiny ústní, a to včetně odhalení časných patologických změn a prevence jejich zhoršování. Tyto činnosti čítají vstupní a kontrolní vyšetření stavu dutiny ústní včetně získání anamnézy pacienta, zhodnocení stavu parodontu a měkkých tkání, orientačního zhodnocení stavu chrupu a jeho kazivosti, zhotovování otisků chrupu, odstraňování zubního mikrobiálního povlaku a kamene z mezizubních a supragingiválních prostorů, odstranění subgingiválně uloženého zubního kamene v rámci nechirurgické léčby, ohlazení kořene zubů, provádění uzavřené kyretáže a další činnosti, například leštění zubů profylaktickými materiály, ošetření citlivého dentinu a aplikaci profylaktických materiálů, jako jsou fluoridové roztoky, odstraňování retenčních míst plaku a povrchové úpravy výplní či provádění neinvazivní aplikace antiseptických, adstringentních a antibakteriálních léčivých přípravků supragingiválně i do subgingiválních prostor [45].

Pod odborným dohledem zubního lékaře může hygienistka provádět činnost zubní instrumentárky, aplikovat povrchovou anestezii pro povrchové znecitlivění dásní, měnit gumové příslušenství u fixních ortodontických aparátů a provádět bělení zubů [45].

Pod přímým vedením zubního lékaře může hygienistka provádět profylaktické pečetění fisur [45].

Z celého znění této vyhlášky rovněž plyne, že dentální hygienistka smí provozovat vlastní zdravotnické zařízení, ale poskytovat v nich může pouze zdravotní péči, která nevyžaduje odborný lékařský dohled či lékařovo přímé vedení.

1.2.3 Zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky

Profese dentální hygienistky je jako pomáhající profese jednou z ohrožených skupin z hlediska rizika vzniku syndromu vyhoření a celkové péče o duševní zdraví. Práce dentální

hygienistky je velmi náročná, komplexní, a vyžaduje značné odborné znalosti a dovednosti, ale i schopnosti konstruktivní a empatické komunikace s pacienty a asertivní spolupráci s kolegy širokého stomatologického týmu [6].

Pro přehlednost lze zdroje pracovní zátěže rozdělit na klinické, interpersonální, systémové a administrativní.

Mezi klinické zdroje zátěže můžeme zařadit veškeré faktory vyplývající z přímé péče o pacienty a zapojením se hygienistky do léčebného procesu. Tyto aspekty jsou spojené s diagnostikou, prevencí a terapií onemocnění dutiny ústní. Patří sem specifické komplikované potřeby jednotlivých pacientů (například polymorbidních), které často vyžadují ještě větší časovou dotaci a odbornou znalost. Dále sem řadíme širokou škálu onemocnění dutiny ústní, se kterými se hygienistka v ordinaci setkává a je na ni kladen důraz, aby je všechny detailně znala a dokázala s nimi pracovat. Patří sem ale i nutná vysoká úroveň schopností a přesnost vyžadovaná při výkonu náročných procedur, jako je například subgingivální ošetření, a dále nutnost používat moderní technologické vybavení a přístroje, které se neustále vyvíjejí, a tak nutí k neustálému přizpůsobování se i hygienistku. Veškeré tyto zdroj zátěže mohou vést ke vzniku frustrace [6] [38]. Aerosoly produkované přístroji používanými dentální hygienistkou při ošetření dostávají hygienistku do kontaktu s patogeny a vystavují ji tak riziku nákazy infekčními onemocněními [35]. Vznik alergií může být způsoben používáním různých dezinfekčních prostředků, se kterými hygienistka každý den přichází do kontaktu [35].

Interpersonální zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky vyplývají z nutnosti navázání vztahu a komunikace s pacienty, spolupracovníky a celým stomatologickým týmem. Řadíme sem nutnost navázat s pacientem vztah, který je klíčový pro zajištění spolupráce, nicméně může být emocionálně vyčerpávající, a to zejména s nutností neustálého trpělivého vysvětlování pacientovi a řešením případných konfliktů. Neustálá nutnost týmové spolupráce stomatologického týmu, která je také nezbytná pro dosažení optimálních výsledků a rovněž nutnost komunikace mohou být frustrující a časově velmi náročné, zejména pokud dochází k neshodám.[38] [11].

Systémová zdroje zátěže jsou spojeny zejména s politikou zdravotnického systému a konkrétního zdravotnického zařízení, ale i s pracovními podmínkami a ekonomickým tlakem. Velké nároky na výkon a zároveň nedostatek zdravotnického personálu vedoucí k přemíře práce mohou vést k vyhoření či vyčerpání, a to zejména v kombinaci s přísnými pravidly a

ekonomickými tlaky cílícími na zvýšení zisku. Přemíra práce může za použití špatné ergonomie vyústit v rozvoj chronického zánětu šla a postižení karpálního tunelu [35] [39].

Zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky jsou rovněž administrativní. Ty mohou bez nadsázky tvořit nemalou část pracovního dne a představovat potenciální zdroj stresu. Nutnost detailního evidování každého pacienta, průběhu jeho ošetření a jeho zdravotního stavu, ale i dodržování aktuálních právních předpisů vyžaduje velmi pečlivé vedení zdravotnické dokumentace. Nátlak je na hygienistku kladen i v oblasti plánování, kdy je nutné plánovat návštěvy pacientů efektivně. Další složkou administrativních zdrojů zátěže v ordinaci dentální hygienistky je komunikace s pojišťovnami [46][1].

Veškeré náročné situace, kterým hygienistka běžně čelí, často představují nepřiměřenou zátěž vedoucí k vyčerpání, potažmo až k syndromu vyhoření. Pro prevenci těchto potíží je zapotřebí věnovat se duševní hygieně [6].

1.2.4 Etický kodex dentální hygienistky

Stejně jako jiné pro jiné profese, je i pro profesi dentální hygienistky či hygienisty vytvořen etický kodex. Ten striktně ničím pracovníky této profese nezavazuje, nicméně je doporučeno, a dle mravních zásad i záhodno se jím řídit.

Etický kodex, který byl až do nedávna zveřejněn na webových stránkách Asociace dentálních hygienistek ČR, vychází z kodexu sestaveného American Dental Hygienist's Association (ten je každý rok v aktuálním znění touto asociací zveřejňován). Účelem toho profesního etického kodexu je dosáhnout vysoké úrovně etického vědomí, rozhodování a praxe příslušníků profese, a to konkrétně zvýšením smyslu pro etickou odpovědnost, vést příslušníky profese k rozpoznání etických problémů a k činění etických rozhodnutí, vytvořit jakýsi standart pro profesní úsudek a chování a rovněž poskytnout prohlášení o etickém vystupování, které od pracovníků dentální hygieny může očekávat veřejnost [47].

Jeho základními principy jsou: univerzálnost v přístupu k eticky diskutabilním situacím, komplementarita existence povinností a zároveň základních lidských práv, dále samotné rozlišování dobra a zla, které řídí chování celé společnosti, princip společenství (mezi příslušníky profese i celou společností), který vede příslušníky profese k ochraně přírodních zdrojů, a rovněž princip odpovědnosti, která je ústředním bodem etického kodexu, a která znamená přijímat důsledky svých činů či nečinnosti, odpovědnost činit etická rozhodnutí a veřejně za nimi stát [47].

Podle tohoto kodexu má dentální hygienistka či hygienista povinnost jednat vždy v nejlepším zájmu pacienta, vyvarovat se jakékoli formy diskriminace – všem pacientům poskytnout stejnou kvalitu péče bez ohledu na národnost, pohlaví, rasu či politickou a náboženskou příslušnost, sociální postavení, věk, sexuální orientaci, a tak podobně. Komunikace příslušníka profese je vždy profesionální, srozumitelná, laskavá a korektní [47].

Před zahájením výkonu je dentální hygienistka či hygienista povinen sdělit pacientovi informace o zdravotním stavu jeho dutiny ústní, vysvětlit volbu a postup plánovaného ošetření a informovat ho i o existujících alternativách výkonu. Dále má povinnost sdělit pacientovi možná rizika plánované léčby a seznámit ho s finančním plánem léčby. Takto poučený pacient následně udělí informovaný souhlas k výkonu [47].

Příslušník profese rovněž volí vhodné postupy léčby. Těmito postupy se snaží obnovit a udržet co možná nejlepší ústní zdraví pacienty. Při volbě postupu se opírá o své odborné znalosti a dovednosti, které neustále zdokonaluje a rozvíjí a sleduje nejnovější poznatky v oboru. Odborné informace čerpá příslušník profese výhradně z kompetentních, ověřených a důvěryhodných zdrojů. Příslušník profese je rovněž povinen bezpečně uchovávat záznamy o svých pacientech a řídit se obecnými nařízeními o ochraně osobních údajů [47].

2 Praktická část

2.1 Cíle

Tato práce si klade za cíl přehledně popsat problematiku morálního distresu u zdravotníků zejména v odvětví praxe dentálních hygienistek. Dále je cílem práce zjistit, jak často, popřípadě za jakých okolností se dentální hygienistky setkávají se situacemi, kdy by byly vystaveny morálnímu distresu, jak případné konkrétní situace hodnotí a jak se v prostředí, které je takto stresujícím situacím vystavuje, cítí dlouhodobě.

2.2 Hypotézy

Byly stanoveny následující hypotézy:

1. Předpokládám, že s morálně dilematickými situacemi se potýká méně než 30 % všech dotazovaných dentálních hygienistek.

Tato hypotéza byla stanovena na základě studie, která v roce 2017 probíhala na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Jejím vedoucím byl profesor Jiří Mareš, lékař ze zmíněné fakulty a autor několika knih nejen o morálním distresu, jehož pole působnosti zahrnuje nejen oblast lékařskou, ale i psychologickou a pedagogickou.

Tato přehledová studie předkládá veřejnosti tematiku, která v České republice zatím není předmětem hlubšího zájmu, ač je pro péči o pacienty důležitá, a tou je morální distres lékařů a zdravotních sester při pediatrické práci. Studie mapovala problém morálního distresu pomocí dotazníku distribuovaného pediatrickým sestram. Ze 401 dotazovaných 118 (29,5 %) uvedlo, že zažívá etické problémy při poskytování péče [18].

Ač se nejedná o totožnou profesi, je možné vztáhnout zmiňovanou studii i na tento výzkum mapující morální distres v praxi dentálních hygienistky, a to zejména díky podobnému (zdravotnickému) pracovnímu prostředí a náplni práce, kterou je jak péče o pacienty, tak komunikace s nimi.

Na základě tohoto údaje (29,5 %) ze studie byla tedy stanovena hypotéza č. 1, která předpokládá, že se s morálně dilematickými situacemi potýká méně než 30 % všech dotazovaných dentálních hygienistek [18].

2. Předpokládám, že muži pracující jako dentální hygienisté pocítují morální distres méně často než ženy pracující na stejné pozici.

Britská studie z roku 2015, na základě které byla stanovena hypotéza č. 2, mapovala morálně dilematické situace, se kterými se setkávají teprve vysokoškolští studenti všeobecného lékařství, ošetrovatelství, zubního lékařství, fyzioterapie a farmacie. Rozsáhlé dotazníkové šetření o více než 3500 respondentech přineslo cenné výsledky, které jednoznačně hovořily o tom, že již studenti se během svých praxí na jednotlivých odděleních setkávají s morálně dilematickými situacemi týkajícími se profesionality a následné úzkosti z porušení bezpečnosti či poškození důstojnosti pacienta, ale i s negativním chováním na jednotlivých pracovištích [33].

Ve studii vyšel najevo další zajímavý fakt, a to sice, že ženy se častěji charakterizovaly jako utrápené a stížené prožitkem morálního distresu než muži pracující na stejné pozici. To může být důsledkem mnoha skutečností, nicméně tento fakt posloužil jako základ pro hypotézu č. 2, která předpokládá, že muži na pracující na pozici dentálního hygienisty pocítují morální distres méně často než ženy na stejné pozici [33].

3. Předpokládám, že dentální hygienistky či dentální hygienisté potýkající se s morálním distresem pocítují menší chuť k práci a nižší radost z práce a projevují menší pracovní nasazení.

Cílem jihokorejské studie z roku 2020, díky které byla stanovena hypotéza č. 3, bylo prozkoumat souvislost mezi pracovním prostředím, psychickou pohodou, morální citlivostí, pracovním nasazením a radostí z práce dentálních hygienistek tak, aby bylo možno vytvořit jakési základy pro zajištění psychické a morální pohody dentálních hygienistek, a tím i pro efektivní dlouhodobé fungování personálu v konkrétní ordinaci či zdravotnickém zařízení [46].

Studie problematiku mapovala v roce 2019 a pro získání výsledků bylo analyzováno celkem 189 získaných dotazníků. Z výsledků studie vyšlo najevo, že pracovní nasazení, a tedy i radost z práce dentálních hygienistek výrazně zlepšuje psychická a morální pohoda [46].

Na základě tohoto zjištění byla tedy stanovena i hypotéza č. 3 této bakalářské práce, která předpokládá, že dentální hygienistky a hygienisté potýkající se s problémem morálního

distresu pocít'ují menší chuť k práci a nižší radost z práce, a projevují rovněž menší pracovní nasazení.

2.3 Cílový soubor

Cílovým souborem dotazovaných byly zvoleny dentální hygienistky, ale i dentální hygienisté pracující v České republice. Ve spolupráci s Asociací dentálních hygienistek byl dotazník rozeslán všem 480 členům asociace jako součást únorového newsletteru. Sběru se celkem zúčastnila 41 osob, a to konkrétně 40 dentálních hygienistek a 1 dentální hygienista.

2.4 Metodika práce

Pro účely získání informací je vytvořen a využit dotazník. Ten se skládá z 21 otázek, přičemž první dvě otázky mapují osobní informace o respondentovi. Tyto informace přinesou cenný vhled do prožívání morálního distresu u respondentů různého pohlaví či věku.

Následujících 6 otázek se zaměřuje na bližší informace o praxi konkrétního respondenta. Mají za cíl zhodnotit rozdíly v prožívání morálního distresu v závislosti například na charakteru praxe konkrétního respondenta.

Zbývajících 13 otázek je odborných a cílí na samotný prožitek morálního distresu či morálně dilematických situací v praxi konkrétního respondenta, a získává tak odpovědi na zbývajících otázky a cíle kladené touto bakalářskou prací.

Dotazníky byly vyplňovány postupně od 29. ledna 2024 do 12. února 2024 a všichni respondenti dotazník vyplňovali anonymně.

Dotazník byl vytvořen na internetovém portálu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [Aplikace Dotazniky \(cuni.cz\)](https://cuni.cz) a respondentům byl distribuován emailem.

Celkem bylo rozesláno 480 dotazníků.

2.5 Výsledky výzkumu

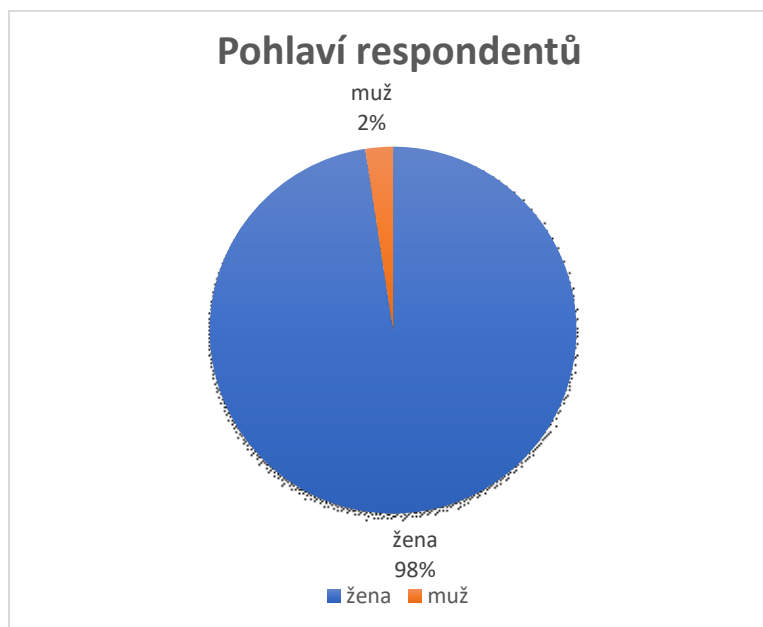
Ze všech 480 rozeslaných dotazníků bylo, úspěšně vyplněno 41 dotazníků, čili že návratnost činila 8,6 %. K vyhodnocení potom sloužilo všech 41 sebraných dotazníků.

Po skončení sběru dotazníků byla data exportována do programu Microsoft excel, ve kterém byla zařazena do přehledných tabulek, popřípadě sloužila k vytvoření názorných Grafů.

2.5.1 Otázka 1 - Pohlaví respondentů

V první otázce byli respondenti dotazováni na své pohlaví. Z celkového počtu respondentů 41 (100 %) bylo 40 (97,6 %) žen a 1 (2,4 %) muž (viz Graf 1).

Graf 1: Pohlaví respondentů



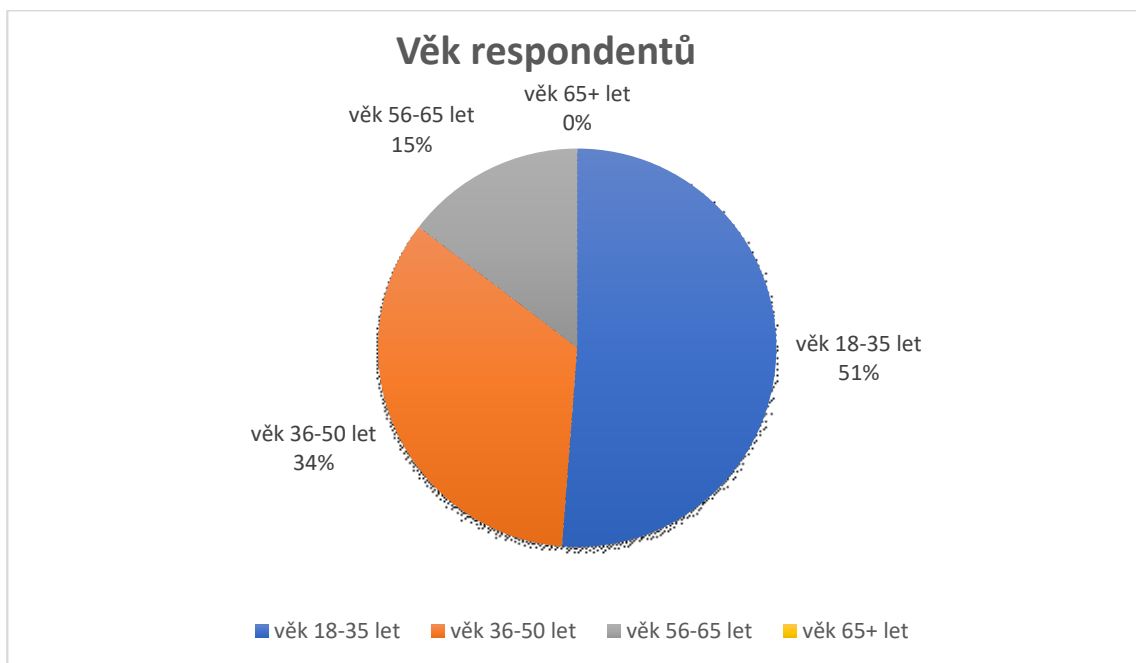
(ZDROJ: autor)

2.5.2 Otázka 2 - Věk respondentů

V otázce č. 2 byli respondenti dotazováni na svůj věk. Jednalo se o otevřenou otázku, kde každý respondent uvedl svůj přesný věk v řádu let. Získané údaje jsem rozdělila do jednotlivých věkových skupin, a to takto: mladá dospělost (18-35 let), střední dospělost (36-50 let), zralá dospělost (51-65 let) a stáří (nad 65 let).

Kategorie „mladá dospělost“ byla zastoupena 21 respondenty, což tvoří 51,2 % z celkového počtu respondentů. Kategorie „střední dospělosti“ byla zastoupena 14 respondenty, což je 34,1 % z celkového počtu respondentů. Kategorie „zralé dospělosti“ byla zastoupena 6 respondenty, což tvoří 14,6 %. Z kategorie „stáří“ bylo 0 respondentů (viz Graf 2).

Graf 2: Věk respondentů



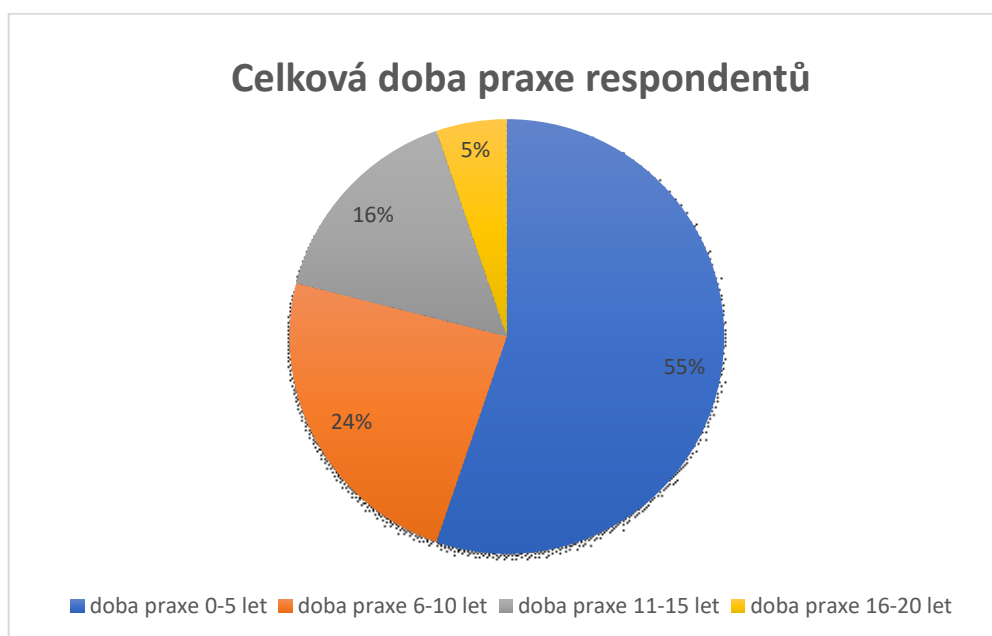
(ZDROJ: autor)

2.5.3 Otázka 3 - Celková doba praxe respondentů

V otázce č. 3 jsem zjišťovala celkovou dobu praxe respondentů. Jednalo se opět o otevřenou otázku, kdy respondenti uváděli přesnou dobu své praxe v řádu let. Následně jsem pro přehlednější výsledky získané informace rozdělila do 4 kategorií: 0-5 let praxe, 6-10 let praxe, 11-15 let praxe, 16-20 let praxe.

Do první kategorie (0-5 let praxe) se se svou odpovědí zařadilo 21 respondentů, což tvoří 55 % odpovědí. Druhá kategorie (6-10 let praxe) byla zastoupena 9 kladnými odpověďmi, což představuje 24 % všech odpovědí. Do třetí kategorie (11-15 let praxe) se přihlásilo 6 respondentů, což tvoří 16 % odpovědí. Do poslední kategorie (16-20 let praxe) byly zařazeny pouze 2 odpovědi, tedy 5 % z celkových odpovědí (viz Graf 3).

Graf 3: Celková doba praxe respondentů



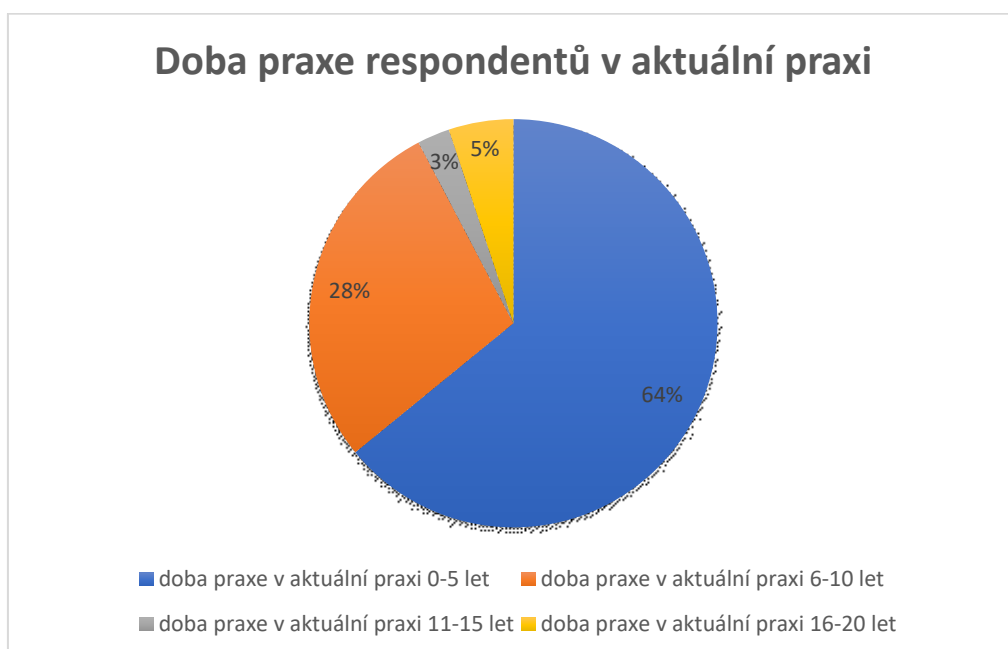
(ZDROJ: autor)

2.5.4 Otázka 4 - Doba praxe respondentů v aktuální praxi

V otázce č. 4 jsem se respondentů dotazovala na dobu trvání praxe v ordinaci, kde aktuálně pracují. Jednalo se opět o otevřenou otázku, kdy respondenti uváděli přesnou dobu své praxe v řádu let. Následně jsem pro přehlednější výsledky získané informace rozdělila do 4 kategorií: 0-5 let praxe, 6-10 let praxe, 11-15 let praxe, 16-20 let praxe.

Do první kategorie (0-5 let praxe) se se svou odpovědí zařadilo 25 respondentů, což tvoří 64 % odpovědí. Druhá kategorie (6-10 let praxe) byla zastoupena 11 kladnými odpověďmi, což představuje 28 % všech odpovědí. Do třetí kategorie (11-15 let praxe) se přihlásilo 1 respondentů, což tvoří 3 % odpovědí. Do poslední kategorie (16-20 let praxe) byly zařazeny pouze 2 odpovědi, tedy 5 % z celkových odpovědí (viz Graf 4).

Graf 4: Doba praxe respondentů v aktuální praxi



(ZDROJ: autor)

2.5.5 Otázka 5 - Velikost obce působení respondentů

V otázce č. 5 jsem zjišťovala přibližnou velikost obce, ve které respondent ve své praxi působí. Jednalo se o uzavřenou otázku, ve které respondenti volili z možností „vesnice“, „malé město“, „okresní město“, krajské město“ a „hlavní město“.

První možnost (vesnice) nebyla zastoupena ani jednou odpovědí.

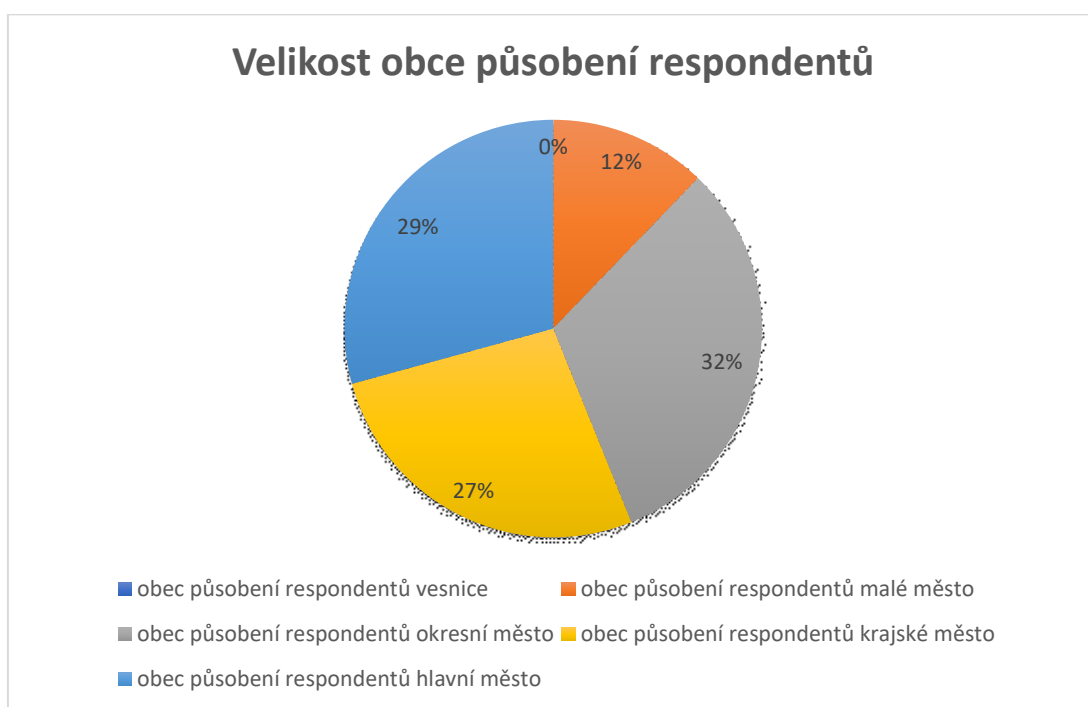
Druhá možnost (malé město) byla zastoupena 5 odpověďmi, což představuje 12 % z celkového počtu odpovědí.

Třetí možnost (okresní město) byla zastoupena 13 odpověďmi, což představuje 32 % z celkového počtu odpovědí.

Čtvrtá možnost (krajské město) byla zastoupena 11 odpověďmi, což představuje 27 % z celkového počtu odpovědí.

Pátá možnost (hlavní město) byla zastoupena 12 odpověďmi, což představuje 29 % z celkového počtu odpovědí (viz Graf 5).

Graf 5: Velikost obce působení respondentů



(ZDROJ: autor)

2.5.6 Otázka 6 – Vzdělání respondentů

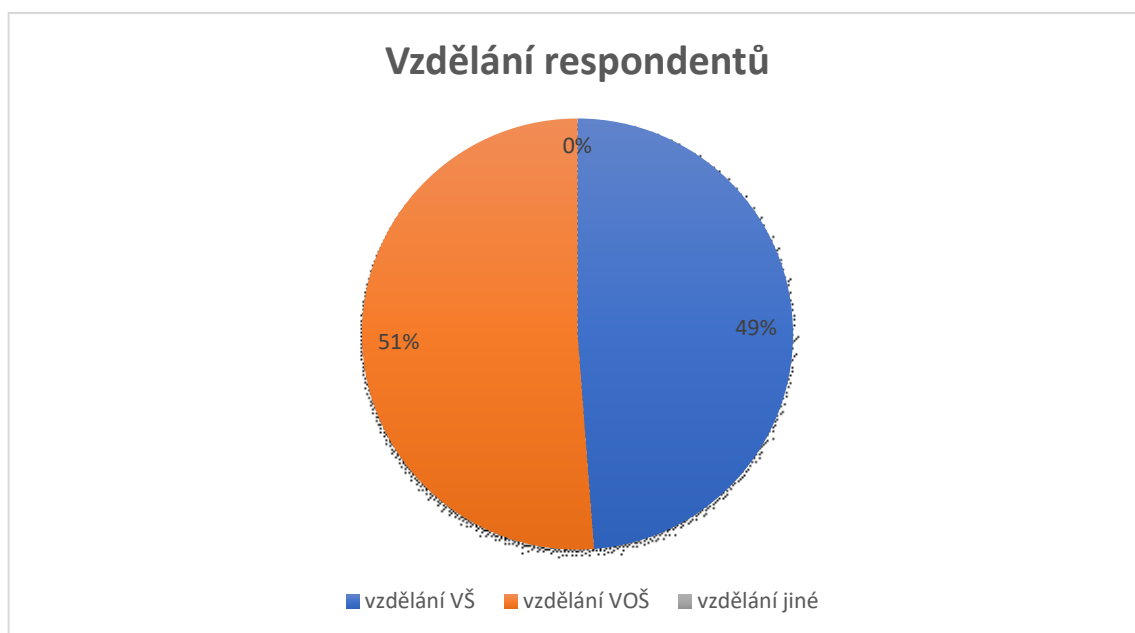
Otázka č. 6 monitorovala, zda je vzdělání respondentů vysokoškolské, vyšší odborné, či jiné. Zde respondenti v uzavřené otázce volili z možností „vysokoškolské“, „vyšší odborné“, či mohli zvolit možnost „jiné“ a druh svého vzdělání dopsat.

Možnost „vysokoškolské“ uvedlo 20 respondentů, což tvoří 49 % všech odpovědí.

Možnost „vyšší odborné“ zvolilo 21 respondentů, což tvoří 51 % ze všech odpovědí.

K možnosti „jiné“ se neuchýlil ani jeden respondent (viz Graf 6).

Graf 6: Vzdělání respondentů



(ZDROJ: autor)

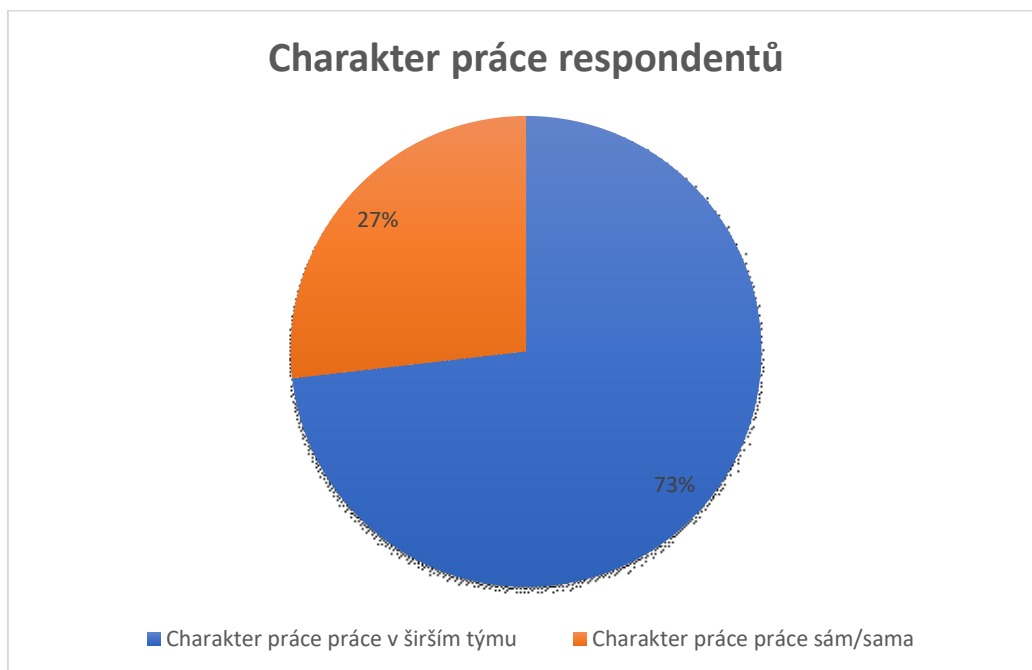
2.5.7 Otázka 7 – Charakter práce respondentů

Otázka č. 7 monitorovala, zda pracuje dentální hygienista či hygienistka v ordinaci sám/sama, nebo je součástí širšího stomatologického týmu. Jednalo se o uzavřenou otázku se dvěma možnostmi: „Jsem v ordinaci součástí širšího týmu kolegů“ a „V ordinaci pracuji sám/sama“.

První možnost – práci v širším týmu kolegů – volilo 30 respondentů, což činí 73 % odpovědí.

Druhou možnost – práci sám/sama – volilo 11 respondentů, což činí 27 % odpovědí (viz Graf 7).

Graf 7: Charakter práce respondentů



(ZDROJ: autor)

2.5.8 Otázka 8 – Náplň práce respondentů

Otázka č. 8 se dotazovala respondenta na náplň jeho práce. Na výběr měl respondent z možností: „pouze péče o pacienty“, „péče o pacienty a správa managementu ordinace“, „péče o pacienty a úklid ordinace“, „péče o pacienty, úklid ordinace a správa managementu ordinace“. Respondenti rovněž mohli volit možnost „jiné“ a uvést případnou náplň své práce.

Možnost 1 (pouze péče o pacienty) volilo 7 respondentů, což znamená 17 % celkových odpovědí.

Možnost 2 (péče o pacienty a správa managementu ordinace) volilo 8 respondentů, což představuje 20 % celkových odpovědí.

Možnost 3 (péče o pacienty a úklid ordinace) vybralo 10 dotazovaných, a to znamená 24 % všech odpovědí na otázku.

Možnost 4 (péče o pacienty, úklid ordinace a správa managementu ordinace) volilo 14 dotazovaných, a tedy 34 %

Možnost 5 (jiné) volili 2 respondenti, a jejich odpovědi představují 5 % z celkových odpovědí. Do poznámek oba respondenti uvedli, že pracují na pozici vedoucí DH. Blíže svou odpověď nespecifikovali (viz Graf 8).

Graf 8 Náplň práce respondentů



(ZDROJ: autor)

2.5.9 Otázka 9 – Přívětivost pracovního prostředí respondentů

Otázka č 9 se dotazovaných ptala, zda je pracovní prostředí v jejich ordinaci přívětivé (stran pracovního kolektivu). Šlo o uzavřenou otázku s 5 možnými odpověďmi: „rozhodně ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „rozhodně ne“, a „nevím“.

Možnost 1 (rozhodně ano) volilo 28 respondentů, což znamená 68 % všech odpovědí na otázku.

Možnost 2 (spíše ano) volilo 12 respondentů, což znamená 29 % odpovědí na otázku.

Možnost 3 (spíše ne) volil 1 respondent, což činí 3 % všech odpovědí.

Možnost 4 (rozhodně ne) a 5 (nevím) nezvolil ani jeden dotazovaný (viz Graf 9).

Graf 9 – Přívětivost pracovního prostředí respondentů



(ZDROJ: autor)

2.5.10 Otázka 10 – Pracovní prostředí respondentů – míra vyhovování

Otázka č. 10 se se dotazovaných ptala, zda je pracovní prostředí v jejich ordinaci vyhovující (např. stran dostatku a kvality materiálu, kvality používaných přístrojů a nástrojů apod.). Šlo o uzavřenou otázku s 5 možnými odpověďmi: „rozhodně ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „rozhodně ne“, a „nevím“.

Možnost 1 (rozhodně ano) volilo 26 respondentů, což znamená 64 % všech odpovědí na otázku.

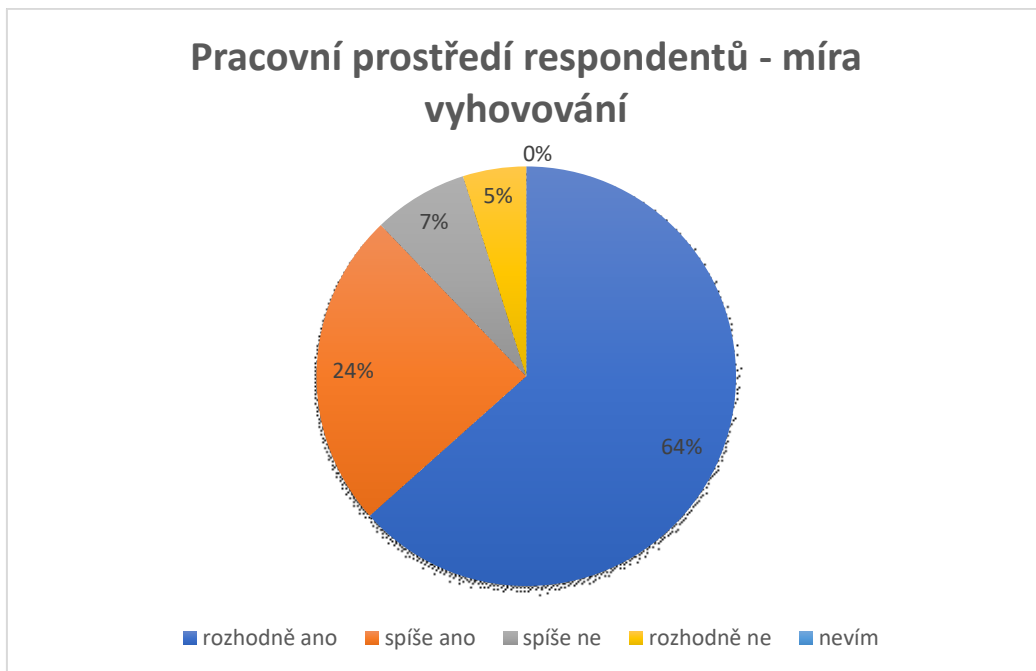
Možnost 2 (spíše ano) volilo 10 respondentů, což znamená 24 % odpovědí na otázku.

Možnost 3 (spíše ne) volili 4 respondenti, což činí 7 % všech odpovědí.

Možnost 4 (rozhodně ne) volili 2 respondenti, což činí 5 % všech odpovědí.

Možnost 5 (nevím) nezvolil ani jeden dotazovaný (viz Graf 10).

Graf 10: Pracovní prostředí respondentů - míra vyhovování



(ZDROJ: autor)

2.5.11 Otázka 11 – Pocítil/a jste někdy ve své praxi morální tíseň (distres)?

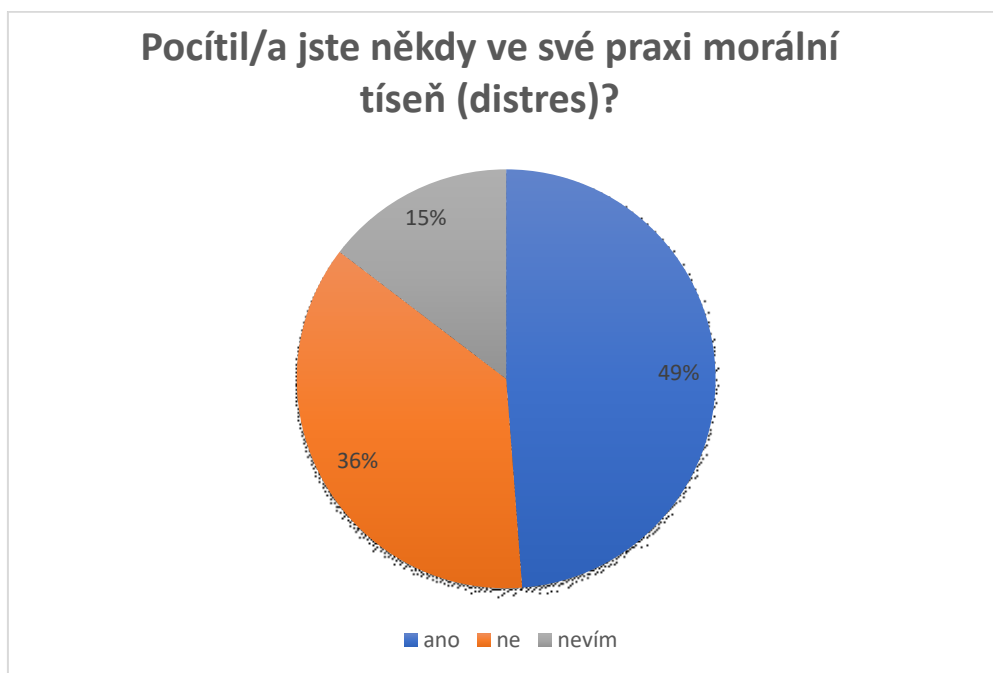
Otázka č. 11 se se dotazovaných ptala, zda někdy ve své praxi pocítili morální distres. Jednalo se o uzavřenou otázku, kde respondenti volili ze tří možností: „ano“, „ne“ a „nevím“.

Možnost č. 1 (ano) volilo 20 respondentů, což činí 49 % odpovědí.

Možnost č. 2 (ne) volilo 15 respondentů, což činí 36 % odpovědí.

Možnost č. 3 (nevím) volilo 6 respondentů, což činí 15 % odpovědí.

Graf 11 – Prožitek morálního distresu



(ZDROJ: autor)

K této otázce byly připojeny dvě podotázky, které se respondentům otevřely pouze po kladném zodpovězení otázky 11. Tyto podotázky tedy zodpovíдалo 20 respondentů, kteří u otázky č. 11 volili možnost 1 („ano“).

2.5.11.1 Otázka 12 – Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší radost z práce?

Otázka 12 se dotazovala respondentů, kteří ve své praxi pocítli morální distres, jestli po jeho pocítění pocítovali menší radost z práce. Jednalo se o uzavřenou otázku se třemi možnostmi „ano“, „ne“ a „nevím“. Všechny 20 respondentů zodpovídajících tuto otázku volilo možnost 1 („ano“) (viz Graf 12).

Graf 12: Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší radost z práce?



(ZDROJ: autor)

2.5.11.2 Otázka 13 – Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší nasazení pro práci?

Otázka 13 se dotazovala respondentů, kteří ve své praxi pocítli morální distres, jestli po jeho pocítění pocítovali menší nasazení pro svou práci. Jednalo se o uzavřenou otázku se třemi možnostmi „ano“, „ne“ a „nevím“. Všechny 20 respondentů zodpovídajících tuto otázku volilo možnost 1 („ano“) (viz Graf 13).

Graf 13: Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší nasazení pro práci?



(ZDROJ: autor)

2.5.12 Otázka 14 – Prožil/a jste někdy ve své praxi morálně dilematickou situaci?

Otázka č. 11 se se dotazovaných ptala, zda někdy ve své praxi prožili morálně dilematickou situaci. Jednalo se o uzavřenou otázku, kde respondenti volili ze tří možností: „ano“, „ne“ a „nevím“.

Možnost č. 1 (ano) volilo 25 respondentů, což činí 61 % odpovědí.

Možnost č. 2 (ne) volilo 12 respondentů, což činí 29 % odpovědí.

Možnost č. 3 (nevím) volilo 4 respondentů, což činí 10 % odpovědí.

Graf 14: Prožil/a jste někdy ve své praxi morálně dilematickou situaci?



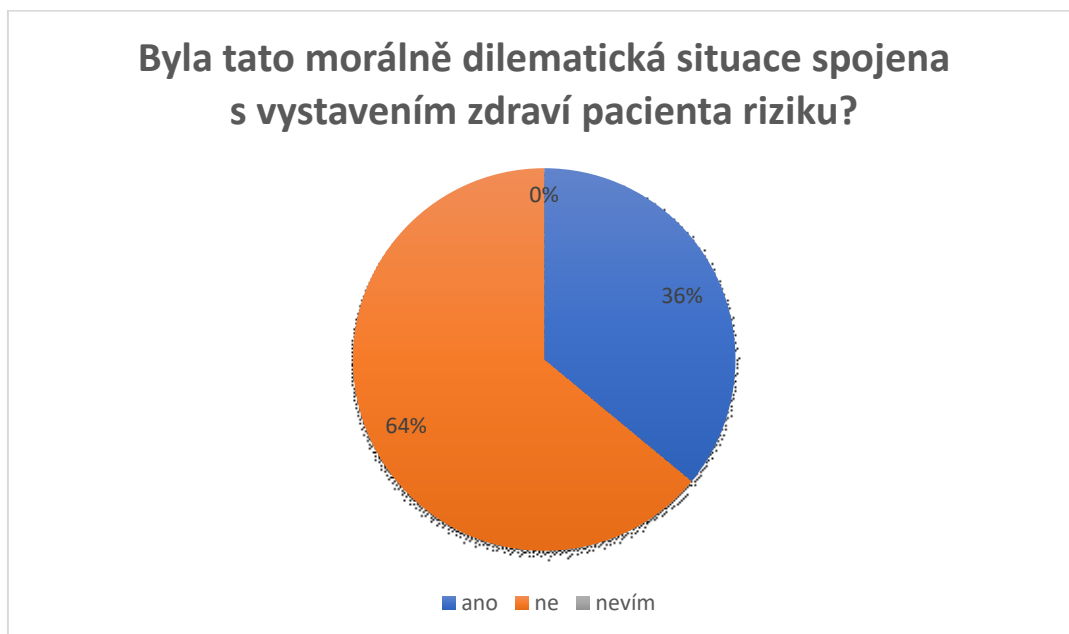
(ZDROJ: autor)

K této otázce byly připojeny čtyři podotázky, které se respondentům otevřely pouze po kladném zodpovězení samotné otázky 14. Tyto podotázky tedy zodpovídal 25 respondentů, kteří u otázky č. 14 volili možnost 1 („ano“).

2.5.12.1 Otázka 15 – Byla tato morálně dilematická situace spojena s vystavením zdraví pacienta riziku?

Otázka 15 se dotazovala respondentů, kteří ve své praxi pocítili morálně dilematickou situaci, Zda byla tato situace spojena s vystavením zdraví pacienta riziku. Jednalo se o uzavřenou otázku se třemi možnostmi „ano“, „ne“ a „nevím“. První možnost („ano“) volilo 9 respondentů, což znamená 36 % všech odpovědí. Druhou možnost („ne“) volilo 16 respondentů, což je 64 % celkových odpovědí (viz Graf 15).

Graf 15: Byla tato morálně dilematická situace spojena s vystavením zdraví pacienta riziku?



(ZDROJ: autor)

2.5.12.2 Otázka 16 – Jak snadné pro Vás bylo se s morálně dilematickou situací či prožitkem morálního distresu vyrovnat?

V otázce 16 bylo všech 25 respondentů, kteří v otázce 14, týkající se prožitku morálně dilematické situace, odpověděli „ano“ podrobeno otázce, jak snadné pro ně bylo se s morálně dilematickou situací či s prožitkem morálního distresu vyrovnat. Jedná se o uzavřenou otázku s pěti možnostmi odpovědí: „velmi snadné“, „spíše snadné“, „nevím“, „spíše neskadné“ a „velmi neskadné“

První možnost („velmi snadné“) nezvolil ani jeden respondent.

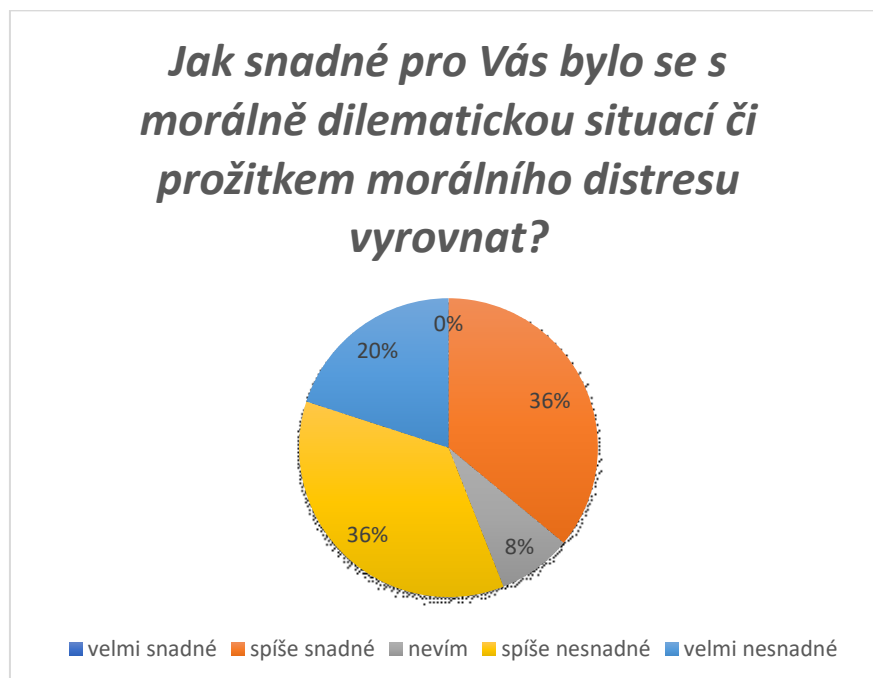
Druhou možnost („spíše snadné“) zvolilo 9 respondentů, což znamená 36 % celkových odpovědí.

Třetí možnost („nevím“) zvolili 2 respondenti, což činí 8 % celkových odpovědí.

Čtvrtou možnost (spíše neskadné) zvolilo 9 respondentů, což znamená 36 % celkových odpovědí.

Pátou možnost („velmi neskadné“) volilo 5 respondentů, což znamená 20 % celkových odpovědí (viz Graf 16).

Graf 16: Jak snadné pro Vás bylo se s morálně dilematickou situací či prožitkem morálního distresu vyrovnat?

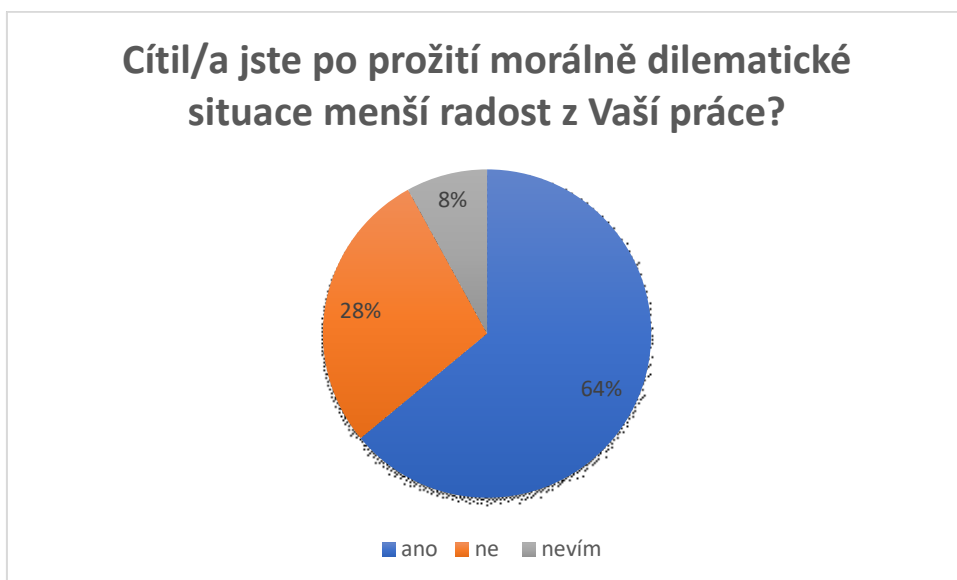


(ZDROJ: autor)

2.5.12.3 Otázka 17 – Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?

Otázka 17 se dotazovala respondentů, kteří ve své praxi prožili morálně dilematickou situaci, jestli po tomto prožitku pociťovali menší radost z práce. Jednalo se o uzavřenou otázku se třemi možnostmi „ano“, „ne“ a „nevím“. Možnost 1 („ano“) volilo 16 respondentů, což znamená 64 % získaných odpovědí na otázku. Druhou možnost („ne“) zvolilo 7 respondentů, což znamená 28 % všech odpovědí na otázku. Třetí možnost („nevím“) volili 2 respondenti, což se rovná 8 % získaných odpovědí na otázku (viz Graf 17).

Graf 17: Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?

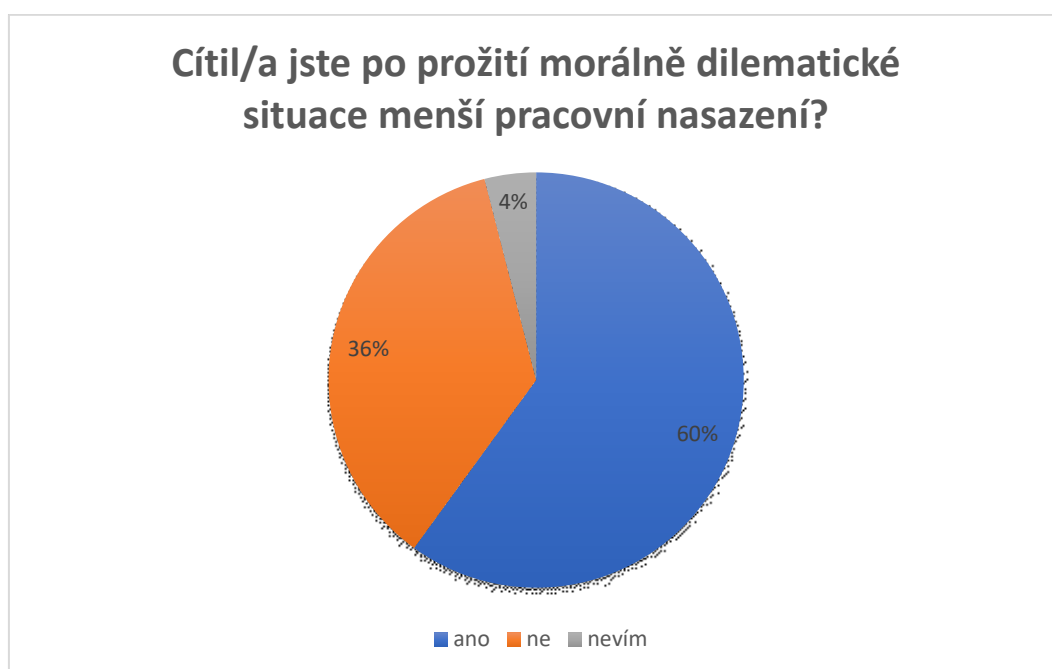


(ZDROJ: autor)

2.5.12.4 Otázka 18 – Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší pracovní nasazení?

Otázka 18 se dotazovala respondentů, kteří ve své praxi prožili morálně dilematickou situaci, jestli po tomto prožitku pociťovali menší pracovní nasazení. Jednalo se o uzavřenou otázku se třemi možnostmi „ano“, „ne“ a „nevím“. Možnost 1 („ano“) volilo 15 respondentů, což znamená 60 % získaných odpovědí na otázku. Druhou možnost („ne“) zvolilo 9 respondentů, což znamená 36 % všech odpovědí na otázku. Třetí možnost („nevím“) volil 1 respondent, což se rovná 4 % získaných odpovědí na otázku (viz Graf 18).

Graf 18: Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?



(ZDROJ: autor)

2.5.13 Otázka 19 – Máte tendenci se dlouhodoběji trápit a přemýšlet o morálně dilematických či jinak nepříjemných situacích, se kterými se setkáte v práci?

Otázka 19 se respondentů dotazovala, zda se morálně dilematickými, či jinak nepříjemnými situacemi prožitými v práci trápí dlouhodoběji. Odpovídali na ni všichni respondenti bez rozdílu na předchozí odpovědi. Jednalo se o uzavřenou otázku s 5 možnostmi odpovědí, a to sice „rozhodně ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „rozhodně ne“ a „nevím“.

Možnost č. 1 („rozhodně ano“) volilo 13 respondentů, což znamená 32 % z celkového počtu odpovědí na otázku.

Možnost č. 2 („spíše ano“) volilo 7 respondentů, což znamená 27 % z celkového počtu odpovědí na otázku.

Možnost č. 3 („spíše ne“) volilo 15 respondentů, což znamená 36 % z celkového počtu odpovědí na otázku.

Možnost č. 4 („rozhodně ne“) volilo 6 respondentů, což znamená 15 % z celkového počtu odpovědí na otázku.

Poslední možnost („nevím“) nevyužil ani jediný respondent (viz Graf 19).

Graf 19: Máte tendenci se dlouhodoběji trápit a přemýšlet o morálně dilematických či jinak nepříjemných situacích, se kterými se setkáte v práci?



(ZDROJ: autor)

2.5.14 Otázka 20 – Etický kodex dentálních hygienistek

Otázka č. 20 se se dotazovaných ptala, zda se respondent za dobu svého studia či praxe setkal s Etickým kodexem dentálních hygienistek. Jednalo se o uzavřenou otázku, kde respondenti volili ze tří možností: „ano“, „ne“ a „nevím“.

Možnost č. 1 (ano) volilo 27 respondentů, což činí 66 % odpovědí.

Možnost č. 2 (ne) volilo 8 respondentů, což činí 19 % odpovědí.

Možnost č. 3 (nevím) volilo 6 respondentů, což činí 15 % odpovědí (viz Graf 20).

Graf 20: Setkal/a jste se za dobu svého studia/praxe s Etickým kodexem dentálních hygienistek?



(ZDROJ: autor)

2.5.15 Otázka 21 – Popište, prosím, jak vypadala situace, při níž jste v ordinaci pocítil/a morální distres.

Otevřená otázka č. 21 ponechávala všem respondentům prostor pro detailní popsání konkrétní situaci, při které ve své praxi pocítili morální distres. Zodpovězení otázky bylo dobrovolné a odpovědělo na ni 17 respondentů.

Z těchto odpovědí pět respondentů (28 % celkových odpovědí) popisovalo situace, kdy je k prožitku morálního distresu dovedlo jednání jejich nadřízených, ať už šlo o příliš vysoké nároky, pomluvy zařízení, kde respondenti pracovali dříve či o jinou cílenou šikanu.

Tři respondenti (18 % celkových odpovědí) popisovali situace, kdy je k prožitku morálního distresu dovedl nedostatek času na pacienty (ať už z důvodu přílišné práce s administrativou a chodem zařízení, nebo z nedostačující časové dotace na ošetření konkrétního pacienta), tím pádem nemožnost provést ošetření řádně a práce ve stresu. Z výpovědí respondentů například: *„Nevěnovala jsem pacientovi dostatek času, když se mu po ošetření udělalo špatně – cítil bolest hlavy a mizních uzlin v submandibulární oblasti. Musela jsem ošetřit dalšího objednaného pacienta, a na pomoc už tak nezbyl čas.“*

Další tři respondenti (18 % celkových odpovědí) popisovali situace, kdy je k prožitku morálního distresu dovedlo viditelné a prokazatelné zanedbání péče ze strany ošetřujícího zubního lékaře, kdy byl následný pokus respondenta o navázání dialogu se zubním lékařem negován, a pacient tak setrval v zanedbané péči. Z výpovědí respondentů příklad pro ilustraci: *„V případě spolupráce s pacientem ve středním věku, který chodil k jinému zubnímu lékaři (ne k zubnímu lékaři, který mě zaměstnává). Podle stavu OH pacienta, zjištěného na dentální hygieně (parodontitis aggressiva), jsem doporučila doplnit léčbu ATB. Od ošetřujícího zubního lékaře mi bylo vzkázáno, že diagnóza na ATB tam není. Na opakovaném ošetření DH však stále patrný aktivní zánět, hluboké parodontální vácčky pouze s malým množstvím přítomného plaku.“*

Dva respondenti (12 % celkových odpovědí) popisovali situace, kdy je k prožitku morálního distresu dovedl nedostatek materiálu či znovupoužití jednorázového materiálu či použití nesterilizovaných nástrojů. Z výpovědí přímo od respondenta: *„V situacích, kdy se mi opakovaně pokazilo vybavení nutné pro práci a zaměstnavatelka mi oznámila, že ho neodešle na opravu, protože to stojí moc peněz. Neměla jsem, čím kvalitně ošetřit pacienta.“*

Jeden respondent (6 % celkových odpovědí) hovořil o situaci, kdy ho k prožitku morálního distresu dovedlo špatné zaškolení a následné velmi vysoké nároky na respondenta.

Zde je pro příklad uvedena jeho odpověď: „*Špatné zaškolení od nadřízeného, stres, chaos a následné nadlidské očekávání.*“

Další respondent (6 % celkových odpovědí) popisoval svůj prožitek morálního distresu spojený se šikanou od kolegů. Jeho výpověď: „*Kolegyně si potajmu přebjedaávala nebo stále přebjedaává pacienty z mého kalendáře do svého, a já tak nemůžu provádět navazující kroky léčby a zajistit tak její kvalitu.*“

Další respondent (6 % celkových odpovědí) hovořil o prožitku morálního distresu ve spojení s finanční politikou týkající se velmi vysokých cen služeb dentální hygieny.

Poslední respondent (6 % celkových odpovědí) popisoval situaci vedoucí k prožitku morálního distresu, ve které ošetřoval onkologické pacienty, kdy nebylo možné zaznamenat přímý progres péče, ale v důsledku probíhající léčby těchto onkologických pacientů se jednalo pouze o udržování stavu.

2.5.16 Syntéza výsledků

Co se týče věku a počtu let praxe, bylo zjištěno, že morální distres pociťují respondenti všech věkových kategorií a různého počtu let praxe zhruba stejně, a na věku či počtu let praxe tedy ve vztahu k prožitku morálního distresu nezáleží.

Stejných výsledků bylo dosaženo při snaze zjistit, zda má na prožitek morálního distresu velikost obce působení respondenta. Ani v této otázce nebyly nalezeny značné odchylky a morální distres prožívali velmi podobně respondenti působící jak v malých, tak okresních, krajských, ale i hlavním městě.

Podobných výsledků bylo dosaženo rovněž při pokusu zjistit, zda hraje v prožitku morálního distresu roli vzdělání respondenta. Ze získaných informací lze pouze vyčíst, že morální distres prožívají všichni respondenti zhruba stejně, a to bez ohledu na dosažené vzdělání.

Co se týče charakteru práce respondenta – zda pracuje v ordinaci sám či v širším týmu kolegů, byl opět prožitek morálního distresu poměrně stejný pro obě odpovědi.

Co se týče otázek týkajících se vyhovujícího vybavení a přívětivosti případného pracovního kolektivu, i tady byl prožitek morálního distresu zhruba stejně zastoupen, ať už bylo vybavení jakkoli vyhovující a případný pracovní kolektiv jakkoli přívětivý.

Otázka zjišťující, zda se respondenti setkali s etickým kodexem dentálních hygienistek přinesla 66 % kladných odpovědí. 74% respondentů, kteří se dle své výpovědi setkali s etickým

kodeksem dentálních hygienistek rovněž ve své praxi čelilo morálně dilematické situaci, anebo pocítilo morální distres.

2.6 Diskuze

Ačkoli byl dotazník distribuován celkem 480 dentálním hygienistkám a hygienistům, i přes opětovné urgencyy se do průzkumu zapojilo pouze 8,6 % respondentů. Vyšší návratnost dotazníku by průzkumu dozajista přinesla zajímavější a přesnější výsledky, a hodnocení hypotéz by se tak jevílo mnohem spolehlivější, reprezentativnější, přesnější a cennější.

O příčinách tak malé návratnosti můžeme pouze spekulovat. Je možné, že jí přispělo téma průzkumu, které se nemuselo pro adresáty jevit dostatečně atraktivní. Malé návratnosti také mohl přispět fakt, že za vyplnění dotazníku nebyla respondentům přislíbena žádná odměna krom budoucího seznámení s výsledky průzkumu.

Vzhledem k 480 rozeslaným dotazníkům bychom mohli za reprezentativní vzorek považovat 153 dotazníků, což znamená návratnost 32 %. Protože je však návratnost v našem případě 8,6 %, jeví se spolehlivost a reprezentativnost celého tohoto výzkumu značně ohrožena.

Pokusme se tedy ze získaných informací zodpovědět předem stanovené hypotézy.

První hypotéza předpokládá, že se s morálně dilematickými situacemi potýká méně než 30 % všech dotazovaných dentálních hygienistek. Odpověď na tuto hypotézu přinesly v dotazníku použitém při šetření otázky 11 (Pocítil/a jste někdy ve své praxi morální tíseň (distres)?) a 12 (Prožil/a jste ve své praxi morálně dilematickou situaci?), kdy 61 % respondentů skutečně zažilo ve své praxi morálně dilematickou situaci a 49 % respondentů se přímo setkalo s pocitem morálního distresu. První předpoklad se tedy jeví jako nenaplněný. Důvodů může být hned několik – tím první je neshodný počet respondentů, kdy v průzkumu použitém pro stanovení hypotézy č. 1 se dotazování účastnilo více než 400 pediatrických sester, kdežto pro účast na tomto průzkumu se podařilo získat pouze 41 dentálních hygienistek či hygienistů, což je pouze 8,6 % všech oslovených dentálních hygienistek.

Dalším důvodem nenaplnění hypotézy č. 1 může být fakt rozdílnosti práce pediatrické sestry a dentální hygienistky (hygienisty), kdy se každý zdravotnický pracovník setkává se situacemi rozdílného charakteru.

Tyto získané informace rovněž odpovídají na jeden z cílů práce, kterým je pokusit se zjistit, jak často se hygienistky a hygienisté setkávají se situacemi, kdy by byly vystaveny

morálnímu distresu, kdy bylo zjištěno, že je morálnímu distresu vystavena 49 % dotazovaných hygienistů a hygienistek.

Druhá hypotéza předpokládá, že muži pracující jako dentální hygienisté pocít'ují morální distres méně často než ženy pracující na stejné pozici. Odpověď na tuto hypotézu měla v dotazníku zajistit hned první otázka týkající se pohlaví respondentů v kombinaci s otázkami 11 a 14 cílenými na prožitek morálně dilematické situace a morálního distresu. V první otázce týkající se pohlaví respondentů však pouze jeden respondent (2 % všech odpovědí na otázku) zvolil odpověď „muž“, a tudíž vycházíme pouze z tohoto údaje. Tento respondent ve své praxi sice dle odpovědi prožil morálně dilematickou situaci, ale na otázku mapující prožitý pocit morálního distresu odpověděl „nevím“, což není možné považovat za kladnou odpověď.

Za celou dobu psaní této práce se nepodařilo dohledat případné statistické údaje mapující zastoupení jednotlivých pohlaví v profesi dentální hygienistky v České republice. Vzhledem k informaci, že obor dentální hygiena studuje v ČR statisticky více žen, než mužů [48], lze teoreticky vyvodit, že i v profesi dentální hygienistky v České republice bude zastoupení žen značně vyšší, nicméně jak je již zmíněno výše, pro získání relevantních informací by bylo zapotřebí provést mnohem širší výzkum pokrývající naprostou většinu dentálních hygienistek a hygienistů v České republice.

Informace získané tímto dotazníkem tedy sice potvrzují předpoklad druhé hypotézy, nicméně tento předpoklad je potvrzen na tak malém vzorku respondentů, že prakticky nemá výpovědní hodnotu.

Třetí hypotéza předpokládá, že dentální hygienistky či hygienisté potýkající se s morálním distresem pocít'ují menší chuť k práci a menší radost z práce, a projevují také menší pracovní nasazení. Odpověď na tuto hypotézu měly přinést podotázky otázek 11 a 14 – tedy otázky 12, 13, 18 a 19. Tyto otázky se respondentů pocít'ujících morální distres a prožívajících morálně dilematické situace dotazovaly, zda po onom konkrétním prožitku pocít'ovali menší radost z práce a menší pracovní nasazení.

Ze získaných údajů vyplývá, že 100 % respondentů pocít'ujících morální distres zároveň po tomto prožitku pocít'ovalo menší radost z práce a menší pracovní nasazení. Zatímco pouze 64 % respondentů prožívajících morálně dilematické situace následně zažívá menší radost z práce a 60 % respondentů prožívajících morálně dilematické situace následně cítí menší nasazení pro práci.

Studie, na jejímž základě byla stanovena třetí hypotéza, pracovala se 189 dotazníky zodpovězenými dentálními hygienistkami. Při shromažďování informací pro tuto práci se podařilo získat údaje pouze od 41 respondentů, nicméně získané informace se shodují a předpoklad byl tedy potvrzen.

Výsledky rovněž ukazují, že výskyt morálního distresu nemá prokazatelnou souvislost s věkem respondenta, jeho vzděláním či velikostí obce, ve které působí. Zajímavý je zjištěný fakt, že prožitek morálního distresu není úměrný ani délce doby praxe dotazovaného, na kterou v dotazníku odpovídala otázka č. 3 (viz Graf 3.) kdy morální distres zažilo 17 % respondentů pracujících v profesi dentální hygienistky 0-5 let, 9 % pracujících 6-10 let, 5 % pracujících 11-15 let a 2 % respondentů, jejichž doba praxe je 16-20 let. Je velmi zajímavé, že i dotazovaní, kteří ve své praxi pracují 0-5 let uvedli prožitek morálního distresu v poměru velmi podobně jako dotazovaní pracující 16-20 let. Stálo by za zvážení, zda za tímto faktem může stát proběhlá pandemie nemoci Covid-19, která nepopíratelně přinesla mnohé nové stresové faktory.

Zjištěné výsledky byly rovněž porovnány se situací v jiných zemích světa. V roce 2010 proběhl v šesti středozápadních státech USA průzkum monitorující syndrom vyhoření a morální distres v oblasti dentální hygieny [49]. Výsledky americké studie říkají, že 43 % dotazovaných uvedlo zážitky morálního distresu vedoucího k silnému emočnímu vyčerpání až syndromu vyhoření, a 100 % dotazovaných potvrdilo, že prožívání morálního distresu ovlivnilo jejich profesní a často i osobní život [49]. Zmíněné výsledky nápadně korelují s výsledky této studie, kde prožitek morálního distresu ve své praxi potvrdilo 49 %, a rovněž 100 % dotazovaných, kteří prožili morální distres, rovněž pocítilo menší nasazení pro práci a menší radost z práce. Respondenti americké studie dále uvedli, že morální distres, který zažívali může být dle nich eliminován změnou životního stylu, čili zvýšením morální odolnosti, popřípadě změnou podmínek panujících na pracovišti, a že je v oblasti zvládnání distresu zapotřebí další školení [49]. Vzhledem k tomu, že v dotazníku tohoto průzkumu 49 % dotazovaných uvedlo že má tendenci se dlouhodobě trápit a přemýšlet o morálně dilematických či jinak nepříjemných situacích, se kterými se v práci setká (viz Graf 19), bylo by zajímavé zjistit, zda by i české hygienistky byly stejného názoru jako americké a skutečně by uvítaly školení v oblasti zvládnání morálního distresu, a vzniká zde prostor pro navazující výzkum.

Je rovněž zajímavé, že dle výsledků tohoto průzkumu nemělo na prožitek morálního distresu v praxi dentální hygienistky vliv nejen vzdělání, věk či velikost obce, ale ani charakter práce dotazovaného či vybavenost ordinace vyhovujícími nástroji a materiálem či charakter

pracovního kolektivu. Lze předpokládat, že je tomu tak z toho důvodu, že morální distres má tolik příčin, že není-li přítomna jedna, uplatní se v jeho vzniku jiná. Nicméně studie belgického vědce v oblasti etiky, profesor Chrise Gastmanse analyzovala 19 kvantitativních výzkumů morálního distresu u zdravotnických sester v letech 1984-2011 a prokázala, že sestry s delší praxí jsou s morálním distresem konfrontovány častěji než sestry služebně mladší [50]. Rovněž však prokázala nesouvislost mezi četností výskytu morálního distresu a údaji jako je věk, pohlaví či vzdělání dotazovaného [50].

Jev, jenž je odbornou společností označován jako morální distres zdravotníků, existuje ve zdravotnických kruzích již dlouho a bezpochyby zasahuje rovněž dentální hygienistky a hygienisty. Protože prožívání morálně dilematických situací v praxi dentální hygienistky může mít důsledky jak pro pacienta, tak pro postiženého hygienistu či hygienistku, u kterých může vést až k úplnému psychickému vyčerpání, aktuálním problémem není jen včasné odhalení morálního distresu dentálního hygienisty či hygienistky, ale také doporučení, jak tyto zátěžové situace přehledně zvládat [51].

V odborné literatuře jsou popsány strategie zvládání či vyrovnávání se s morálním distresem, a bylo by zajisté zajímavé aplikovat tyto strategie na dentální hygienistky a hygienisty stížené morálním distresem a pomoc jim tak vypořádat se s případnou psychickou újmou či jiným vzniklým problémem.

Morální distres sám o sobě je zcela negativní jev. V posledních letech se ale zkoumají i pozitiva s ním související a v jeho důsledku vznikající – zejména morální odvaha, morální odolnost, morální aktérství a morální resilience [24][20]. Ty mohou být ku prospěchu nejen jedinci postiženému morálním distresem, ale mohou i pozitivně ovlivňovat kvalitu poskytované péče [52]. I tato oblast je možným dalším polem pro návazný výzkum, ač je potřeba dbát v tomto výzkumném poli zvýšené opatrnosti a nezaměňovat pozitivní eustres s negativním distresem.

Závěr

Tato práce jako první v České republice pojednává o morálním distresu v praxi dentální hygienistky. Morální distres představuje neopomenutelný problém zanechávající po sobě četná vnitřní zranění, nezřídka kdy vedoucí až k syndromu vyhoření postiženého, či jiné, zejména etické vnitřní újmy.

Na začátku práce byly vytyčeny tři cíle. Prvně shrnout přehledně dostupné informace o problematice morálního distresu zdravotníků, zejména v praxi dentální hygienistky. Druhým cílem bylo zjistit, jak často, popřípadě za jakých okolností se dentální hygienistky setkávají se situacemi, kdy byly vystaveny morálnímu distresu, jak případné konkrétní situace hodnotí, a jak se v prostředí, které je takto stresujícím situacím vystavuje, cítí dlouhodobě. Posledním cílem bylo potom zodpovědět stanovené hypotézy.

V teoretické části bakalářské práce jsou za pomoci dostupné odborné literatury shromážděny informace o problematice morálního distresu zejména v praxi dentálních hygienistek, a to včetně příčin vzniku, strategií zvládnání či kompenzace morálního distresu a jeho následků.. Rovněž je pojednáno o praxi dentální hygienistky ve vztahu ke vzniku morálního distresu, zejména o etickém kodexu dentálních hygienistek a o zdrojích pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky.

Druhý a třetí cíl jsou uskutečněny za pomoci metody dotazníkového šetření. Celkové hodnocení a průzkum přinesly zajímavé výsledky: morální distres v praxi dentální hygienistky je ještě rozšířenější problém, než bylo předpokládáno, a je proto záhodno dále tento problém neopomíjet, ale brát ho na vědomí se vši vážností a v praxích dentálních hygienistek činit opatření eliminující výskyt morálně dilematických situací, popřípadě nabídnout pomoc hygienistkám či hygienistům, kteří se s morálním distresem potýkají. Dle průzkumu se s morálním distresem ve své praxi setkala 49 % dotazovaných dentálních hygienistek napříč různými věkovými kategoriemi, různého vzdělání, náplně práce, charakteru pracovního prostředí či vybavení, a 61 % dotazovaných čelilo morálně dilematické situaci. 74 % dotazovaných, kteří ve své praxi prožili morální distres, rovněž zná etický kodex dentální hygienistky.

Zajímavý by mohl být další průzkum či studie, zejména z toho důvodu, že je v oblasti morálního distresu v tak mladém oboru, jako je profese dentální hygienistky mnoho neprozkoumaného.

Souhrn

Morální distres (morální tíseň) je problém postihující (nejen) zdravotníky v tom případě, že je jim bráněno jednat v konkrétních situacích eticky korektně, podle svých pevných morálních zásad a nejlepšího vědomí a svědomí. Nezřídka potom postižený morálním distresem čelí pocitům sebeobviňování či studu vedoucím k újmě či morálnímu zranění.

Na rozdíl od jiných zemí Evropy a světa není v České republice morálnímu distresu věnována v literatuře přílišná pozornost a výzkumy v tomto směru jsou pouze sporé.

Cílem práce bylo přehledně popsat problematiku morálního distresu zdravotníků, zejména v odvětví praxe dentálních hygienistek, zjistit, jak často, popřípadě za jakých okolností se dentální hygienistky setkávají se situacemi, kdy by byly vystaveny morálnímu distresu, jak případné konkrétní situace hodnotí a jak se v prostředí, které je takto stresujícím situacím vystavuje, cítí dlouhodobě, a zodpovědět stanovené hypotézy.

Pro získání informací je vytvořen a využit dotazník o 21 otázkách, které mapují nejen bližší informace o respondentovi a jeho praxi, ale cílí i na samotný prožitek morálního distresu a morálně dilematických situací v praxi konkrétního respondenta.

Z výsledků je patrné, že 61 % respondentů ve své praxi skutečně prožilo morálně dilematickou situaci a 49 % respondentů se přímo setkalo s pocitem morálního distresu, přičemž se s prožitkem morálního distresu potýkají více ženy než muži v profesi dentální hygienistky. Výsledky rovněž prokazují, že s prožitkem morálního distresu rovněž souvisí menší nasazení pro práci a menší radost z práce respondenta.

V diskuzi jsou potom zodpovězeny stanovené hypotézy a míra prožitku morálního distresu v praxi dentálních hygienistek v ČR je rovněž porovnána s mírou prožitku morálního distresu v praxi dentálních hygienistek v jiných částech světa.

Morální distres u zdravotníků je v české literatuře zmiňován poměrně zřídka, nicméně dle průzkumů v jiných oblastech zdravotnictví, ale i dle této práce jde o aktuální problém, kterému je třeba věnovat pozornost a do budoucna bude vhodné usilovat o rozšíření povědomí o jednotlivých strategiích zvládnání a kompenzace morálního distresu, a nabídnout pomoc jedincům morálním distresem postiženým.

Seznam použité literatury

- [1] H., Lim; A., Im; H., Cho a E., Choi. The association between Antonovsky's sense of coherence and job stress among dental hygienists in Korea. *International Journal of Dental Hygiene*. 2020, vol. 18, no. 3, s. 307-313. ISSN 1601-5037.
- [2] RUSOVÁ, J. Moral distress – morální tíseň. *Anesteziologie resuscitace a intenzivní medicína*. 2017, roč. 64, č. 1, s. 54-57. ISSN 1805-4005.
- [3] MCCARTHY, J. a GASTMANS, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015, vol. 22, no. 1, s. 131-152. ISSN 0969-7330.
- [4] MAREŠ, J. Morální distres: terminologie, teorie a modely. *Ošetrovatelství*. 2016, roč. 18, č. 3, s. 151-159. ISSN 1212-4117.
- [5] EPSTEIN, E. G. a DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010, vol. 15, no. 3, s. 69-80. ISSN 10913734.
- [6] BANKOVSKÁ - MOTLOVÁ, L.; VLČKOVÁ, K. a LOUČKA, M. Morální zranění u zdravotníků. *Psychiatrie*. 2021, roč. 25, č. 3, s. 120-125. ISSN 1211-7579.
- [7] FITZPATRICK, J. J. a WALLACE, M. *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer Pub, 2016. ISBN 978-0-8261-9812-9.
- [8] JAMETON, A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA Journal of Ethics*. 2017, vol. 19, no. 6, s. 617-628. ISSN 2376-6980.
- [9] VARCOE, C.; PAULY, B.; WEBSTER, G. a STORCH, J. Moral Distress: Tensions as Springboards for Actio. *HEC Forum*. 2012, vol. 24, no. 4, s. 51-62. ISSN 1572-8498.
- [10] HAMRIC, A.; DAVIS, W. a CHILDRESS, M. Moral distress in health care professionals. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society. Alpha Omega Alpha*. 2006, vol. 69, no. 1, s. 16-23. ISSN 16-23.

- [11] CRIPPEN, David. Moral distress in medicine: Powerlessness by any other name. *Journal of critical care*. 2016, vol. 31, no. 1, s. 271-277. ISSN 1557-8615.
- [12] DE VEER, A. J.; FRANCKE, A. L.; STRUIJS, A. a WILLIAMS, D. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013, roč. 50, č. 1, s. 100-108.
- [13] EPSTEIN, E.; WHITEHEAD, P.; PROMPAKAHUL, C.; THACKER, L. R. a HAMRIC, A. B. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empirical Bioethics*. 2019, vol. 10, no. 2, s. 113-124. ISSN 2329-4515.
- [14] WHITEHEAD, P.; , A.; HAMRIC, E.; EPSTEIN, J. a HERBERTS, R. Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014, vol. 47, no. 2, s. 117-125. ISSN 1547-5069.
- [15] HARDING, L. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*. 2004, vol. 5, no. 2, s. 127-134. ISSN 1466-769X.
- [16] RUSHTON, C.; CALDWELL, M. a KURTZ, M. CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *The American Journal of Nursing*. 2016, vol. 116, no. 7, s. 40-49. ISSN 1538-7488.
- [17] RUSHTON, C. Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN advanced critical care*. 2006, vol. 17, no. 2, s. 161-168. ISSN 1559-7768.
- [18] MAREŠ, J. Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči. *Pediatric pro praxi*. 2017, roč. 18, č. 4, s. 248-252. ISSN 1213-0494.
- [19] AUSTIN, W.; RANKEL, M.; KAGAN, L.; BERGUM, V. a LEMERMEYER, G. To Stay or To Go, To Speak or Stay Silent, To Act or Not To Act: Moral Distress as Experienced by Psychologists. *Ethics & behavior*. 2005, vol. 15, no. 1, s. 197-212.

- [20] RUSHTON, Cynda; SCHOONOVER-SHOFFNER, Kathy a SHAWN KENNEDY, Maureen. A Collaborative State of the Science Initiative: Transforming Moral Distress into Moral Resilience in Nursing. *Am J Nurs*. 2017, vol. 17, no. 2, s. 52-56.
- [21] RATHERT, Ch.; MAY, D. a CHUNG, H. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International journal of nursing studies*. 2015, vol. 5, no. 3, s. 53-58. ISSN 0020-7489.
- [22] LACHMAN, V. Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2016, vol. 25, no. 2, s. 121-124. ISSN 1092-0811.
- [23] KOCH, T. *Ethics in Everyday Places*. The MIT Press, 2022. ISBN 978-0-262-54662-1.
- [24] YOUNG, Peter a HYLTON RUSHTON, Cynda. A concept analysis of moral resilience. *Nurs Outlook* . 2017, vol. 65, no. 5, s. 1-9.
- [25] MAREŠ, J. Morální distres: terminologie, teorie a modely. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 3, s. 137-144. ISSN 1212-4117.
- [26] CORLEY, M. a LESWICK, R. K. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, vol. 5, no. 33, s. 250-246. ISSN DOI: 10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x.
- [27] CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002, vol. 9, no. 6, s. 636-650. ISSN 636-650.
- [28] HANNA, D. Moral Distress: The State of the Science. *Research and theory for nursing practice*. 2004, vol. 18, no. 1, s. 73-93.
- [29] FIALOVÁ, Zuzana. *Morální distres u školních psychologů*. Online, Bakalářská práce (Bc.), vedoucí PhDr. Kateřina Bartošová, Ph.D. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2018. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7wb6r7/>. [cit. 2024-05-31].
- [30] MCCARTHY, J. a DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. *Nursing ethics*. 2008, vol. 15, no. 4, s. 72-77.

- [31] MAY, D.; LUTH, M. a SCHWOERER, C. The Influence of Business Ethics Education on Moral Efficacy, Moral Meaningfulness, and Moral Courage: A Quasi-experimental Study. *Journal of Business Ethics*. 2013, vol. 12, no. 4. ISSN 67-80.
- [32] HAMRIC, A.; BORCHERS, Ch. a EPSTEIN, E. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *Ajob Primary Research*. 2012, vol. 19, no. 3, s. 1-9. ISSN DOI: 10.1080/21507716.2011.652337.
- [33] MONROUXE, L.; REES, Ch.; DENNIS, I. a WELLS, S. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*. 2015, vol. 5, no. 5, s. 75-78. ISSN 2044-6055.
- [34] NOVÁKOVÁ, R. DENTAL HYGIENE - BRANCH KNOWN AND UNKNOWN. *Ošetrovateľské perspektivy*. 2019, roč. 1, č. 2, s. 69-75. ISSN 2571-0702.
- [35] WILKINS, E. *Clinical Practice of the Dental Hygienist*. Lippincott Williams and Wilkins, 2016. ISBN 1-4511-9311-4.
- [36] BOWEN, D. M. a PIEREN, J. A. *Darby and Walsh's Dental Hygiene: Theory and Practice*. Saunders, 2019. ISBN 978-0-323-47719-2.
- [37] MAZÁNEK, J. *Stomatologie či zubní lékařství je v pojetí současné medicíny velmi rozsáhlou vědní disciplínou....* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.
- [38] ZOULOVÁ, A. *Psychosociální aspekty v ordinaci dentální hygienistky*. Náchod: Náchod: Andrea Zoulová, 2018. ISBN 978-80-270-3561-8.
- [39] LUCIAK-DONSBERGER, C. Origins and benefits of Dental Hygiene practice in Europe. *International journal of dental hygiene*. 2003, roč. 4, č. 1, s. 29-42. ISSN 10.1034/j.1601-5037.2003.00008.x.
- [40] KOVALOVÁ, Eva. *Orálna hygiena I*. Akcent print, 2006. ISBN 978-80-969419-3-3.

- [41] KOVALOVÁ, E.; ČIERNY, M. a ŠIDELSKÝ, P. *Orální hygiena [II., III.]*. Bratislava: Akcent print, 2010. ISBN 978-80-89295-24-1.
- [42] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2021*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2022. ISBN 1210-9991.
- [43] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2000*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2001. ISBN 80-7280-071-X.
- [44] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2003*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. ISBN 80-7280-401-4.
- [45] Vyhláška č. 391/2017 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: . 2018, 137/2017.
- [46] HAN, Y. a KIM, Y. The Effect of Clinical Dental Hygienist's Moral Sensitivity and Psychological Well-Being on Job Engagement. *Journal of Dental Hygiene Science*. 2020, vol. 20, no. 1, s. 51-58. ISSN 1598-4478.
- [47] AMERICAN DENTAL HYGIENIST'S ASSOCIATION. Bylaws & Code of Ethics. *American Dental Hygienist's Association*. 2022, vol. 44, no. 4, s. 32-35.
- [48] MŠMT ČR. *Statistická ročenka školství*. MŠMT ČR, 2023. ISBN 1210-9997.
- [49] HINSHAW, Kathleen J.; RICHTER, Louiseann T. a KRAMER, Gene A. Stress, Burnout, and Renewal Activities of Dental Hygiene Education Administrators in Six U.S. Midwestern States. *Journal of Dental Education*. 2010, vol. 74, no. 3, s. 20-27.
- [50] GASTMANS, Ch. a OH, Y. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015, vol. 22, no. 1, s. 15-31.
- [51] LIEVROUW, An; VANHEULE, Stijn; DEVEUGELE, Myriam; PATTYN, Piet; VOS, Martine et al. Coping With Moral Distress in Oncology

Practice: Nurse and Physician Strategies. *Oncol Nurs Forum*. 2016, vol. 41, no. 4, s. 83-90.

- [52] TIGARD, Daniel W. The positivemoral distress value system. *Bioethics*. 2019, vol. 33, no. 5, s. 61-68.

Seznam příloh

<i>Příloha 1: Dotazník.....</i>	<i>61</i>
---------------------------------	-----------

Seznam obrázků a grafů

Seznam obrázků

<i>Obr. 1: Vybrané individuální symptomy morálního distresu.....</i>	<i>14</i>
--	-----------

Seznam grafů

<i>Graf 1: Pohlaví respondentů.....</i>	<i>27</i>
<i>Graf 2: Věk respondentů.....</i>	<i>28</i>
<i>Graf 3: Celková doba praxe respondentů.....</i>	<i>29</i>
<i>Graf 4: Doba praxe respondentů v aktuální praxi.....</i>	<i>30</i>
<i>Graf 5: Velikost obce působení respondentů.....</i>	<i>31</i>
<i>Graf 6: Vzdělání respondentů.....</i>	<i>32</i>
<i>Graf 7: Charakter práce respondentů.....</i>	<i>33</i>
<i>Graf 8: Náplň práce respondentů.....</i>	<i>34</i>
<i>Graf 9: Přívětivost pracovního prostředí respondentů.....</i>	<i>35</i>
<i>Graf 10: Pracovní prostředí respondentů – míra vyhovování.....</i>	<i>36</i>
<i>Graf 11: Prožitek morálního distresu.....</i>	<i>37</i>
<i>Graf 12: Cítíte po pocítění morálního distresu menší radost z práce?.....</i>	<i>38</i>
<i>Graf 13: Cítíte po pocítění morálního distresu menší nasazení pro práci?... ..</i>	<i>39</i>
<i>Graf 14: Prožil/a jste někdy ve své praxi morálně dilematickou situaci?.....</i>	<i>40</i>
<i>Graf 15: Byla tato morálně dilematická situace spojena s vystavením zdraví pacienta riziku?.....</i>	<i>41</i>
<i>Graf 16: Jak snadné pro Vás bylo se s morálně dilematickou situací či prožitkem morálního distresu vyrovnat?.....</i>	<i>42</i>
<i>Graf 17: Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?.....</i>	<i>43</i>
<i>Graf 18: Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?.....</i>	<i>44</i>
<i>Graf 19: Máte tendenci se dlouhodoběji trápit a přemýšlet o morálně dilematických či jinak nepříjemných situacích, se kterými se setkáte v práci?.....</i>	<i>45</i>
<i>Graf 20: Setkal/a jste se za dobu svého studia/praxe s Etickým kodexem dentálních hygienistek?.....</i>	<i>46</i>

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den, srdečně Vám děkuji za čas, který věnujete výzkumné části mé bakalářské práce. Nutnost čelit morálně dilematickým situacím a prožívat morální distres (tíseň) je leckdy v ordinaci dentální hygienistky/hygienisty přítomna v běžném pracovním dni a její následky se mohou projevit vnitřním utrpením vedoucím až k syndromu vyhoření.

Morální distres (morální tíseň) je problém postihující (nejen) zdravotníky v tom případě, že je jim bráněno jednat v konkrétních situacích eticky korektně, podle svých pevných morálních zásad a nejlepšího vědomí a svědomí. Nezřídka potom postižený morálním distresem čelí pocitům sebeobviňování či studu vedoucím k újmě či morálnímu zranění.

Na rozdíl od jiných zemí Evropy a světa není v České republice morálnímu distresu věnována v literatuře přílišná pozornost a výzkumy v tomto směru jsou pouze sporé (v ČR se více hovoří o syndromu vyhoření, ke kterému dlouhodobý morální distres může vést). Bakalářská práce si tedy klade za cíl co nejpřesněji zmapovat kolik dentálních hygienistů či hygienistek musí ve své praxi morálně dilematickým situacím čelit, popřípadě jaký na ně mají vliv.

Dotazník je naprosto anonymní.

Srdečně Vám znovu děkuji za čas věnovaný tomuto výzkumu.

S přáním všeho dobrého, studentka 3. ročníku Dentální hygieny na 3LfUK, Pavla Regnerová

1. Jakého jste pohlaví?
 1. muž
 2. žena
 3. jiné
2. Kolik je Vám let? (zadejte prosím číslici)
3. Kolik let pracujete jako dentální hygienista/ka (sečtete prosím dohromady všechny roky – např. před a po mateřské dovolené) (zadejte prosím číslici)
4. Kolik let jste zaměstnaný/á v ordinaci, kde aktuálně pracujete? (zadejte prosím číslici)
5. Jak velká (orientačně) je obec, ve které pracujete?
 1. vesnice
 2. malé město
 3. okresní město
 4. krajské město
 5. hlavní město
6. Jaké je Vaše vzdělání?
 1. vyšší odborné
 2. vysokoškolské
 3. jiné:

7. Pracujete v ordinaci sám/sama, nebo jste součástí širšího stomatologického týmu?
1. Jsem v ordinaci součástí širšího týmu kolegů.
 2. V ordinaci pracuji sám/sama.
8. Jaká je náplň Vaší práce?
1. pouze péče o pacienty
 2. péče o pacienty a správa managementu ordinace
 3. péče o pacienty a úklid ordinace
 4. péče o pacienty, úklid ordinace a správa managementu ordinace
 5. jiné (prosím uveďte):
9. Je pracovní prostředí ve Vaší práci přívětivé (stran pracovního kolektivu)?
1. rozhodně ano
 2. spíše ano
 3. spíše ne
 4. rozhodně ne
 5. nevím
10. Je pracovní prostředí ve Vaší práci vyhovující (např.: dostatek materiálu, dobrá kvalita materiálů)
1. rozhodně ano
 2. spíše ano
 3. spíše ne
 4. rozhodně ne
 5. nevím
11. Pocítil/a jste někdy ve své praxi morální tíseň (distres)?
1. ano
 2. ne
 3. nevím
12. Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší radost z práce?
1. ano
 2. ne
 3. nevím
13. Cítil/a jste po pocítění morálního distresu menší nasazení pro práci?
1. ano
 2. ne
 3. nevím

14. Prožil/a jste ve své praxi morálně dilematickou situaci?

1. ano
2. ne
3. nevím

15. Byla tato morálně dilematická situace spojena s vystavením zdraví pacienta riziku?

1. ano
2. ne
3. nevím

16. Jak snadné pro Vás bylo se s morálně dilematickou situací či prožitkem morálního distresu vyrovnat?

1. velmi snadné
2. spíše snadné
3. nevím
4. spíše nesnadné
5. velmi nesnadné

17. Cítil/a jste po prožití morálně dilematické situace menší radost z Vaší práce?

1. ano
2. ne
3. nevím

18. Ctil/a jste po prožití morálně dilematické situace pro Vaší práci menší pracovní nasazení?

1. ano
2. ne
3. nevím

19. Máte tendenci se dlouhodoběji trápit a přemýšlet o morálně dilematických či jinak nepříjemných situacích, se kterými se setkáváte v práci?

1. rozhodně ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. rozhodně ne
5. nevím

20. Setkal/a jste se za dobu svého studia/praxe s Etickým kodexem dentálních hygienistek

1. ano
2. ne
3. nevím

21. Popište, prosím, jak vypadala situace, při níž jste v ordinaci pocítil/a morální distres.

Ještě jednou vřele děkuji za čas věnovaný dotazníku k mé bakalářské práci. Věřím, že výsledky pomohou osvětlit problematiku morálního distresu v praxi dentálních hygienistek a hygienistů a přinesou zajímavé poznatky.

S přáním všeho dobrého, studentka 3. ročníku oboru Dentální hygiena na 3LfUK, Pavla Regnerová