

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra sociální a charitativní práce

## Bakalářská práce

# Základní otázky klinické etiky se zaměřením na kvalitu a kvantitu života

Autor práce: Marek Stráský

Obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

2021

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracoval pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Datum: 20.03. 2021

Podpis studenta:

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Veberovi, Th.D. za metodické vedení práce, čas, který mi věnoval a především za cenné rady a pozitivní přístup. Děkuji Mgr. Martině Pavelkové za ochotu, pomoc s nalezením zdrojů a inspiraci, která mě přivedla na toto téma. Také děkuji Miroslavu Kubalovi, který se mnou měl trpělivost a diskutoval se mnou oblasti práce, u kterých jsem si potřeboval ujasnit myšlenky. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, především sestře Kláře, a přítelkyni Věře, za podporu a trpělivost v průběhu psaní této práce.

# OBSAH

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD.....   | 6  |
| 1. ÚVOD DO KLINICKÉ ETIKY A BIOETIKY .....              | 8  |
| 1.1 LÉKAŘSKÁ INDIKACE.....                              | 10 |
| 1.1.1 DEFINICE A VÝZNAM LÉKAŘSKÉ INDIKACE .....         | 10 |
| 1.1.2 PRINCIP NONMALEFICENCE .....                      | 10 |
| 1.1.3 PRINCIP BENEFICE.....                             | 13 |
| 1.1.4 OTÁZKY DŮLEŽITÉ PRO LÉKAŘSKOU INDIKACI .....      | 15 |
| 1.2 PREFERENCE PACIENTA.....                            | 16 |
| 1.2.1 PRINCIP RESPEKTU K AUTONOMII.....                 | 17 |
| 1.2.2 ROZHODOVÁNÍ U NEAUTONOMNÍCH PACIENTŮ .....        | 21 |
| 1.2.3 SHRUTÍ BODŮ U ROVINY PREFERENCE PACIENTA .....    | 22 |
| 1.3 KVALITA ŽIVOTA.....                                 | 22 |
| 1.3.1 USPOKOJENÍ JAKO ASPEKT PRINCIPU BENEFICE .....    | 22 |
| 1.3.2 KVALITA ŽIVOTA JAKO CÍL ZDRAVOTNÍ PÉČE.....       | 23 |
| 1.3.3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....                     | 23 |
| 1.3.4 PRINCIP PROPORCIONALITY .....                     | 24 |
| 1.4 KONTEXTUÁLNÍ CHARAKTERISTIKY.....                   | 25 |
| 1.4.1 PRINCIP SPRAVEDLNOSTI .....                       | 25 |
| 1.4.2 FAKTORY TVOŘÍCÍ KONTEXT PŘÍPADU .....             | 27 |
| 2. PROPOJENÍ KLINICKÉ ETIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE .....      | 28 |
| 2.1 PALIATIVNÍ PÉČE .....                               | 29 |
| 2.1.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PALIATIVNÍ PÉČI..... | 29 |
| 2.1.2 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA, EUTANÁZIE A DYSTANÁZIE     | 31 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 2.2 | SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY .....           | 32 |
| 3.  | KVALITA A KVANTITA ŽIVOTA.....            | 35 |
| 3.1 | ROZMĚRY KVALITY ŽIVOTA .....              | 35 |
| 3.2 | MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA A JEHO VYUŽITÍ..... | 36 |
| 3.3 | VZTAH KVALITY A KVANTITY ŽIVOTA.....      | 38 |
|     | ZÁVĚR.....                                | 40 |
|     | ZDROJE .....                              | 42 |
|     | ABSTRAKT .....                            | 45 |
|     | ABSTRACT .....                            | 46 |

# ÚVOD

Na celém světě se díky neustále se rozvíjejícím technologiím v oblasti medicíny prodlužuje průměrná délka života. V důsledku toho jsou stále podstatnější etické debaty týkající se zdravotní péče a kvality života. V České republice se však tomuto tématu nevěnuje taková pozornost, jaká by se u takto zásadního tématu dala očekávat. Právě to, že oblast klinické etiky není v této zemi tolik probádaná, ale zároveň je pro zdravotnické profese naprosto zásadní, mě vedlo k zájmu o ní.

Konkrétní název tématu, kterému jsem se rozhodl ve své bakalářské práci věnovat nese název: *Základní otázky klinické etiky se zaměřením na kvalitu a kvantitu života*. Zaměření na kvalitu a kvantitu života jsem si zvolil, jelikož mi při studování jednotlivých etických dilemat v klinické etice přišlo zajímavé, že mnoho z těchto debat vychází z volby mezi kvalitou a kvantitou života, což mě u profesí, usilujících o maximalizaci kvality života klientů, překvapilo.

Cílem této práce je, na základně odborné literatury, popsat základní bioetické principy (a rozpory mezi nimi), na které je potřeba myslet ve všech zdravotnických profesích, rozebrat, ve kterých oblastech sociální práce mají poznatky z klinické etiky největší význam, a nakonec analyzovat jeden z nejpodstatnějších termínů pomáhajících profesí: kvalitu života. Principy, které zde rozeberu, se dají nejlépe popsat v rámci klinické etiky, jelikož v klinické etice se často řeší případy přímo rozhodující o životě a smrti a základní principy se nejsnáze znázorňují právě v extrémních případech.

Přínos této práce pro sociální práci vidím jak ve využití bioetických principů, které zde rozebírám, tak i v možnosti utvoření vlastního světonázoru, na kterém chce sociální pracovník stavět své profesní působení. Záměrně jsem se vyhnul náboženským pohledům na jednotlivá témata. K tomuto kroku jsem přistoupil především z důvodu, že náboženské vyznání přímo spadá do roviny kontextuálních charakteristik, tudíž vyznání klienta a vyznání zdravotnického pracovníka bude vždy ovlivňovat rozhodnutí v etických otázkách, ale tento pohled nemůže být základním výchozím pohledem, ze kterého vychází každý případ v klinické etice.

Má práce je rozvržena do tří kapitol, ve kterých nejprve rozeberu nejpodstatnější prvky v klinické etice, na které budu navazovat v následujících dvou kapitolách, jež se zabývají významem klinické etiky v konkrétních oblastech. V první a nejobsáhlejší

kapitole rozebírám jednotlivé roviny, ze kterých se skládá každý případ v klinické etice, a především bioetické principy, kterými se musí pracovník usilující o blaho svých klientů řídit. Publikace, na které stavím rámeček této kapitoly, je *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně* od Alberta Johnsona, Marka Sieglera a Williama Winsladea. Stěžejní pro tuto kapitolu, a v důsledku i pro celou práci, jsou ale bioetické principy a rozpory mezi nimi. Abych tyto principy a dilemata, která se jich týkají, co nejlépe vysvětlil, sáhl jsem k základním bioetickým dílům: *Bioethics: The basics* od Campbella Alastaira a *Principles of biomedical ethics* od Toma Beauchampa a Jamese Childresse.

V druhé kapitole prozkoumávám význam mnou zvoleného tématu v sociální práci. Nejpodstatnějším zdrojem informací, ze kterých v této kapitole vycházím, byly publikace: *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol* od Jana Bydžovského a Jiřího Kabáta a *Etika pro zdravotně sociální pracovníky* od Jany Kutnohorské, Radoslava Goldmanna a Martiny Ciché. V prvně jmenované publikaci je velice hezky znázorněn význam bioetických principů a dilemat z klinické etiky v sociální práci. V druhé knize je též vidět význam těchto principů a dilemat, ale zaměřuje se především na klienty na sklonku života, u kterých jsou otázky zaměřené na kvalitu a délku života zásadní.

V poslední kapitole se věnuji právě kvalitě a kvantitě života. Tato kapitola řeší kvalitu života jako cíl zdravotnických profesí. Jelikož právě kvalita života je vyjádřením pocitu životního štěstí<sup>1</sup>, tak obsah této kapitoly je zacílen na měření a využití kvality života v klinické etice, etické otázky, které vyvstávají, pokud není možné zachovat kvalitu života a také na vztah kvality a kvantity života. Právě pokud se spolu pacient a zdravotník musejí rozhodovat mezi kvalitou a kvantitou života, tak přichází velmi vhod bioetické principy, které využívá klinická etika. Hlavními zdroji pro tuto kapitolu byly jak publikace, které jsem uvedl už u předchozích dvou kapitol, tak i knihy a články, které pojednávají o kvalitě života z různých pohledů. Velmi užitečné byly například pasáže z knihy *Psychologie nemoci* od Jara Křivohlavého, které se zabývaly kvalitou života.

---

<sup>1</sup> Srov. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*, str. 284.

# 1. ÚVOD DO KLINICKÉ ETIKY A BIOETIKY

Bioetika je akademická disciplína, která se zabývá etickými, právními, politickými a sociálními otázkami, které vycházejí nejen z klinické etiky, ale i z široké škály témat, která se dotýkají lidského zdraví a všeho, co jej ovlivňuje. Oblast bioetiky, která se zabývá klinickou medicínou a otázkami s ní spojenými, se nazývá klinická etika. Klinická etika se snaží navrhnout vhodný přístup k základním etickým otázkám a dilematům, které se týkají klinické medicíny.<sup>2</sup>

Klinická etika je relativně mladý obor i přes to, že jednotlivé otázky a témata, kterými se zabývá, lidstvo řešilo už od svého vzniku.<sup>3</sup> Jak už jsem uvedl, klinická etika je součástí bioetiky, proto v této práci vycházím jak z publikací o klinické etice, kterých je pomálu, tak z publikací, které se zabývají bioetikou obecně.<sup>4</sup>

Přestože bioetika doslova znamená etiku života, tak se pole působnosti oboru v průběhu let velice rozšířilo, jelikož neustále se rozvíjející věda a technologie přicházejí s dalšími a dalšími faktory, které ovlivňují lidský život a přinášejí nové možnosti jeho ovlivnění. Bioetika se tedy zabývá velice širokou škálou otázek.<sup>5</sup> Od základních etických otázek týkajících se zdraví a lidského života: Je zdravotní péče business jako každý jiný, či by měli zdravotní pracovníci (mezi které řadíme v souvislosti s klinickou etikou a bioetikou všechny pracovníky, kteří zodpovídají za dobro svých pacientů, mimo jiné tedy i sociální pracovníky)<sup>6</sup> usilovat o vyšší etický standard? Mají mít všichni lidé stejné právo na zdravotní péči neohrožené cenou? Měla by být eutanázie legální? ... až po otázky týkající se ekologie a životního prostředí: Záleží na tom, zda naše současné užívání přírodních zdrojů s největší pravděpodobností zničí životní prostředí v budoucích letech?<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 8.

<sup>3</sup> Srov. PAYNE, Jan. *Klinická etika*.

<sup>4</sup> Z nich se pak zaměřuji zejména na dvě základní knihy v oblasti bioetiky: *Bioethics: The basics* od V. Alastaira a *Principles of biomedical ethics* od T. Beauchampa a J. Childresse.

<sup>5</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 1.

<sup>6</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 8.

<sup>7</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 1.



Klinická etika je však, jak už název napovídá, zaměřena jen na etické otázky týkající se klinické medicíny. Rozebírá a snaží se přijít na vhodná a eticky nejlepší možná řešení například u terminálně nemocných pacientů, interrupcí, DNR (*do not resuscitate*= *příkaz neožítovat*) ad.<sup>8</sup>

Rozhodující faktor při řešení jakéhokoli zdravotnického případu musí být nejlepší zájem pacienta. Problém tkví v tom, co lze za takový nejlepší zájem pokládat. Je člověk sám vždy nejlepším soudcem toho, co je jeho nejlepší zájem? Často jednají lidé v afektu a zpětně by se zachovali úplně jinak. Může to však zdravotník vědět lépe než pacient sám? A i kdyby ano, může pak zdravotník za pacienta rozhodnout?<sup>9</sup>

Jen málokdy se v klinické etice dá dobrat ideálního řešení, nejde o rozhodování mezi dobrou a špatnou variantou, jde spíše o to najít takovou variantu, která je nejvhodnější v konkrétní dané situaci. Snaží se nejen o pouhý sběr, rozřídění a zhodnocení dat, ale hledá lékařsky a eticky odůvodněný záměr, který by vedl k nejlepší možné variantě poté, co se relevantní data patřičně zanalyzují. Pro účel komplexního náhledu na danou situaci a k vhodnému třídění a zhodnocení dat navrhli přední kliničtí etici přístup čtyř rovin.<sup>10</sup> Jedná se o základní roviny pokrývající nejdůležitější témata, která jsou při každém případě v klinické etice relevantní. Tyto čtyři roviny klinické etiky by měly podat komplexní etický pohled na řešený případ. Patří mezi ně: lékařská indikace, preference pacienta, kvalita života a kontextuální charakteristiky. V těchto rovinách jsou zahrnuty i základní etické principy dle bioetiků. Těmito čtyřmi nejdůležitějšími principy jsou: benefice, nonmaleficence, respekt k autonomii a spravedlnost.<sup>11</sup>

V dalších podkapitolách rozeberu jednotlivé roviny a principy. Pro směr přemýšlení v textu této práce je zásadní především zaměření na principy, kterými se klinická etika řídí. Tyto principy se vzájemně dostávají do rozporů a tyto rozpory jsou v popředí etických otázek, které klinická etika řeší.

---

<sup>8</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str.10an.

<sup>9</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 82.

<sup>10</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 9.

<sup>11</sup> Srov. tamtéž, str. 9an.

## 1.1 LÉKAŘSKÁ INDIKACE

První rovinou, kterou se klinická etika musí zabývat, je lékařská indikace. Ta se zabývá posuzováním argumentů jednotlivých medicínských indikací. Lékařská indikace je výchozím bodem u všech případů v medicíně.<sup>12</sup>

### 1.1.1 DEFINICE A VÝZNAM LÉKAŘSKÉ INDIKACE

Lékařské indikace jsou podloženy informací a výklady těchto podložených informací o pacientově fyzickém a psychickém stavu na nichž lékař zakládá diagnózu a stanovuje vhodnou intervenci. Lékařská indikace je prvním a zásadním krokem u každého případu v klinické etice. Jejím východiskem je, díky konkrétním a podloženým datům o klientově psychickém a fyzickém stavu, formulování vhodných doporučení a cílů pro pacienta. Etické principy, kterými se musí řídit řádná lékařská indikace, jsou principy nonmaleficence a beneficence. Tyto principy se poté zhodnocují porovnáním prospěchu zásahu s rizikem, které s sebou onen zásah nese.<sup>13</sup>

### 1.1.2 PRINCIP NONMALEFICENCE

Princip nonmaleficence, který by se dal přeložit jako princip *neškození*, říká, že by člověk neměl způsobovat zlo či újmu. Oproti principu beneficence, který vyžaduje konání dobra, se princip nonmaleficence týká pouhého nepáchání zla. V historii etiky je zapsáno více pokusů, jak správně specifikovat a popsat tento princip.<sup>14</sup> Jedním z hlavních je prosté vypsání specifických pravidel, která princip nonmaleficence popisují. Těmito pravidly jsou:

1. Nezabíjet.
2. Nezpůsobovat bolest ani utrpení.
3. Neznepůsobovat.
4. Nezpůsobovat újmu.

---

<sup>12</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 17an.

<sup>13</sup> Srov. tamtéž, str. 18an.

<sup>14</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 154.

## 5. Neobírat ostatní o dobro v životě.<sup>15</sup>

Princip nonmaleficence zahrnuje však nejen povinnost přímého nezpůsobování zla, ale také vyhýbání se nepřímému či neúmyslnému páchání zla.<sup>16</sup> Tudíž proti principu nonmaleficence je i neúmyslné vystavení újmě či přivození zla, například kvůli nedbalosti či nezájmu. Zde přichází na řadu obecnější pokus o popis tohoto principu, jenž bere ohled i na tento aspekt. Jedná se o popis využívající princip dvojího účinku, jehož výhodou je porovnání zamýšleného dobra s možným napáchaným zlem, což je hlavním účelem roviny lékařské indikace.

Princip dvojího účinku říká, za jakých podmínek je možné uskutečnit jednání, které má jak dobrý, tak zároveň špatný účinek. Pro to, aby bylo možné konat, je zapotřebí splnit všechny body, které princip dvojího účinku uvádí:

1. Čin samotný musí být dobrý či alespoň morálně neutrální.
2. Zamýšleným výsledkem našeho jednání je dobro, zlo je pouze vedlejším efektem.
3. Zlo je napácháno jako vedlejší efekt, nesmí se jednat o využití zla k dosažení dobra.
4. Vykonané dobro je větší než napáchané zlo.<sup>17</sup>

V této části je důležité zmínit, že princip dvojího účinku je velice často rozebíraným etickým principem a existuje mnoho jeho variací. Variace principu dvojího účinku uvedená výše je výkladem předních bioetiků Toma Beauchampa a Jamese Childresse. Tento výklad je v současné bioetice a praktické etice nejčastěji využívaným, avšak existují i další výklady, které se liší především ve čtvrtém bodě, ale většinou se jedná jen o jiné vyjádření nutnosti existence proporcionálně vážného důvodu k jednání. Existuje však i formulace (od filozofky Alison McIntyreové), která čtvrtý bod shrnuje v pouhém konstatování, že někdy je přípustné tak jednat. Za jakých podmínek ono “někdy“ platí je však v takovéto formulaci nejasné.<sup>18</sup>

V této práci tedy vycházím z výkladu principu dvojího účinku, který stanovili Beauchamp a Childress, nejen protože se momentálně nejvíce využívá v bioetice, ale i proto, že jeho formulace je přesná a snadno pochopitelná. I u tohoto výkladu však jde

<sup>15</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 154.

<sup>16</sup> Srov. tamtéž, str. 154.

<sup>17</sup> Srov. tamtéž, str. 164.

<sup>18</sup> Srov. ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku*, str. 130an.

narazit na limity při praktickém využití. Jeho využití nebude vhodným například u otázky potratu, který nastal v důsledku záchrany života matky. V takovémto případě by byla smrt plodu prostředkem k záchraně života ženy, což je ovšem nepřipustné vzhledem k třetímu bodu principu dvojího účinku. Pokud by ovšem v tomto případě byla smrt plodu brána jako nechtěný vedlejší efekt (např. doktor provádějící operaci by odebrání plodu nebral jako usmrcení plodu, což je zlo, ale jako pouhé vyndání plodu z matky, což by poté považoval jako čin morálně neutrální), tak by se dalo považovat za vedlejší efekt, a ne jako zamýšlený čin, téměř vše.<sup>19</sup>

Například tramvajové dilema, které si pokládá otázku, co je správné udělat, když tramvaj s rozbitými brzdami jede po koleji, na které nevyhnutelně srazí pět lidí. Ptá se, zda byste zatáhli za páku, čímž byste tramvaj vychýlili na vedlejší kolej, kde by přejela pouze jednoho člověka. Pokud by se v takovémto příkladě považovalo za čin zatáhnutí za páku, a ne zabití člověka, které by následovalo, tak by bylo možné takto jednat a za páku zatáhnout. Nevedlo by však takovéto uvažování nakonec k tomu, abychom za čin považovali zmáčknutí spouště místo zastřelení člověka?

Lepší využití principu dvojího účinku se ovšem nabízí v případech pacientů v terminálním stádiu, jelikož zde nepanuje konflikt mezi dvěma rozličnými stranami. Často je využíván v případech, kdy zdravotník zdůvodňuje užití léků ulevujících od bolesti, které ale pravděpodobně uspíší úmrtí dotyčného. I zde se ovšem vede debata, zda je využití prostředků, které zkrátí pacientův život, ospravedlnitelné vzhledem k principu dvojího účinku. Záleží na konkrétních okolnostech, záměrech zúčastněných stran a především subjektivních výkladech situace.<sup>20</sup>

V takovémto případě je třeba si uvědomit, že etika není exaktní věda a jednotlivé pohledy se budou lišit v důsledku různých vlivů a výkladů, proto je důležité zaměřit se na všechny roviny a především principy, které jsou pro klinickou etiku stěžejní. Například u pacientů, kteří se stále dokážou svobodně rozhodovat, je výchozím bodem při rozhodování princip autonomie.<sup>21</sup>

Důležitou součástí této práce je nahlédnutí na rozpor, zda je pro konkrétní osobu smrt dobro či zlo. V tomto ohledu se však princip dvojího účinku využít nedá, jelikož posuzuje

---

<sup>19</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 167.

<sup>20</sup> Srov. tamtéž, str. 168.

<sup>21</sup> Srov. RICHARDSON, Henry S. *Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles*, str. 304.

činy, které mají jak dobrý, tak špatný efekt, ale samotným určením zlé nebo dobré povahy jednotlivých efektů se nezabývá. Tudíž to, jestli je smrt pro konkrétního člověka zlem, nebo dobrem, je oddělená debata, kterou principem dvojího účinku vyjasnit nelze.<sup>22</sup>

Obecně se dá o principu nonmaleficence říct, že jeho podstatou je poměření benefitů s riziky, která s sebou jednotlivé postupy nesou. Je však důležité každý případ posuzovat individuálně a stavět především na osobním pohledu pacienta, na tom, co je podle něho samotného škodlivé a co neškodlivé.<sup>23</sup>

### 1.1.3 PRINCIP BENEFICE

Princip benefice, který by se dal přeložit jako *dobročinění*, má ve své podstatě velice blízko k principu nonmaleficence. Oba jsou to také principy nejstarší, pocházející už z hippokratovské etiky. Ovšem princip benefice vyžaduje nejen abychom svým jednáním neškodili, ale abychom svým konáním přímo přispěli k blahu.<sup>24</sup>

V medicíně je spolu s principem nonmaleficence hlavním výchozím etickým principem a stejně jako u výše zmíněného principu je jeho nejpodstatnější výzvou najít rovnováhu mezi přínosy a riziky jednotlivých zákroků. V první řadě by dle principu benefice mělo jít o prevenci před újmou, dále o napravení poškození a tělesnou i duševní podporu dobra ku prospěchu nemocného.<sup>25</sup>

Medicínská etika se zaměřuje především na tělesné a sekundárně i na duševní dobro, je však potřeba zdůraznit, že celkové blaho člověka má jak biologickou a psychickou, tak i sociální a duševní stránku.<sup>26</sup> Tento celistvý pohled na člověka je důležitý k co nejpřesnějšímu určení vhodného postupu a neměli by na něj zapomínat ani lékaři, natož sociální pracovníci.

Základní pravidla, která podporuje princip benefice, jsou:

1. Ochraňovat a bránit práva druhých.
2. Zabraňovat výskytu újmy u druhých.

---

<sup>22</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 168.

<sup>23</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*, str. 83.

<sup>24</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 202.

<sup>25</sup> Srov. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*, str. 48–56.

<sup>26</sup> Srov. ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, str. 377–394.

3. Odstraňovat příčiny, které zaviňují újmu druhým.
4. Pomáhat osobám se zdravotním postižením.
5. Zachraňovat lidi v nouzi.<sup>27</sup>

Princip benefice sebou ovšem nese mnohá úskalí. Především častý rozpor s principem autonomie (o tom více v kapitole 1.2.1) a balancování přínosů, nákladů a rizik. K posouzení těchto faktorů se uvádí několik hlavních technik, které jsou podstatné v návaznosti na kvalitu a kvantitu života.<sup>28</sup>

První technikou, která se i přes svou kontroverznost poměrně často využívá, je analýza nákladů a přínosů (CBA=*Cost-Benefit Analysis*) a analýza efektivity nákladů (CEA=*Cost-Effectiveness Analysis*). Výhodou těchto technik je snížení významu pouhé intuice při zvažování možností a díky tomu vyhnutí se subjektivním a politickým rozhodnutím. Kritici ovšem uvádějí, že tyto metody selhávají v zohlednění všech podstatných hodnot a možností, a že samy tyto metody jsou často subjektivní a předpojaté.<sup>29</sup> Další nevýhodou těchto technik je také přesun rozhodování do rukou tzv. zdravotnických ekonomů, kterým často při jejich využívání chybí širší morální, legislativní i politické souvislosti. CEA a CBA se rozcházejí ve způsobu, kterým vyhodnocují východiska jednotlivých jednání. CBA měří jak přínosy, tak náklady v peněžních hodnotách. CEA oproti tomu měří přínosy v nepeněžních hodnotách, jako jsou například roky života, či roky života o standardizované kvalitě (volně přeloženo z anglického *quality-adjusted life year*, neboli QALY). Maximalizace QALY, jehož základní jednotka je určená jedním rokem života s perfektním zdravím, je hlavním cílem CEA.<sup>30</sup>

CBA je více politicky a ekonomicky orientovaná než CEA, jelikož vyjádřením hodnoty zdraví penězi se poté dá cena lidského života přepočítat na jakoukoli jinou oblast, která se vůbec nemusí týkat zdraví (např. veřejné komunikace, podniky, vzdělání, ...). Z tohoto důvodu je v klinické etice přijatelnější CEA, která funguje porovnáváním a vyjádřením hodnot se stejným zaměřením.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 204.

<sup>28</sup> Srov. tamtéž, str. 213–230.

<sup>29</sup> Srov. tamtéž, str. 231.

<sup>30</sup> Srov. tamtéž, str. 231–239.

<sup>31</sup> Srov. tamtéž, str. 204.

CEA by se tedy zjednodušeně dala shrnout jako technika, která spočívá ve statistickém rozhodnutí, jaká léčba je nejvhodnější z hlediska nákladů a efektivity u případů, které se dají řešit vícero způsoby.<sup>32</sup> QALY i CEA patří mezi možné techniky, které se využívají k maximalizaci kvality života ve společnosti a při hledání vyvážení mezi kvalitou a kvantitou života.

Další využívaná technika, kterou se snaží bioetikové zhodnotit benefity, rizika a náklady, se nazývá analýza posouzení rizik. Skládá se ze tří postupných kroků:

1. Identifikace rizika.
2. Odhad rizika, který zvažuje pravděpodobnost a závažnost možných komplikací.
3. Zhodnocení přijatelnosti rizik.

K třetímu kroku se využívá analýza rizik a benefitů (z anglického RBA=*Risk-Benefit Analysis*), která by se dala formulovat poměrem očekávaného užitku ku rizikům a na základě tohoto posouzení by měla vést k rozhodnutí o přijatelnosti rizika. Tato analýza se nejvíce využívá především u dilemat, která se zabývají životním prostředím a ochranou veřejného zdraví.<sup>33</sup>

#### 1.1.4 OTÁZKY DŮLEŽITÉ PRO LÉKAŘSKOU INDIKACI

Principy benefice a nonmaleficence se propojují s lékařskou indikací při hledání odpovědi na základní otázky medicínské indikace. Tyto otázky formulovali kliničtí etikové, aby pokryli celou šíři tématu lékařské indikace.<sup>34</sup>

1. *Jaký je pacientův medicínský problém? Je to problém akutní, chronický, kritický, reverzibilní, emergentní, nebo terminální?*
2. *Jaké jsou cíle léčby?*
3. *Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikována?*
4. *Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu?*
5. *Jak celkově může pacient profitovat z lékařské a ošetrovatelské péče a jak může zabránit poškození pacienta?*<sup>35</sup>

---

<sup>32</sup> Srov. MORENO, Elías. *Bayesian Cost-Effectiveness Analysis of Medical Treatments*, str. 163.

<sup>33</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 232–236.

<sup>34</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 20.

<sup>35</sup> Tamtéž, str. 20.

První otázka směřuje k diagnostice problému pacienta, která se určí klasickými vyšetřeními, laboratorními testy atd. Po zjištění problému se stanoví cíle léčby. Těmi by měla být především léčba nemoci a zabránění předčasnému úmrtí, zaměření na co nejlepší kvalitu života, celkové zlepšení stavu a zasvěcení pacienta do jeho vlastní situace. Pokud to není možné, tak je hlavním cílem zlepšení nebo udržení stávajícího stavu pacienta a úleva od příznaků blížící se smrti. Třetí otázka se ptá po možných případech, ve kterých by se zdraví pacienta po zásahu nezlepšilo. Takovými případy mohou být nevhodně vybrané intervence (na přání pacienta, vědecky nepodložená intervence nebo ji mylně vybral lékař), intervence, jež neberou ohled na specifika konkrétního případu, anebo intervence, které nejsou vhodné vzhledem k danému stádiu nemoci. Následuje bod zvážení pravděpodobnosti na základě zkušeností a dostupných dat. Tento bod vede k poslední otázce. Tato zásadní otázka je orientovaná na principy benefice a nonmaleficence. Posuzuje rizika léčby s benefity, které má ona léčba přinést. Pokud vychází toto porovnání ve prospěch přínosů, lékař se musí přiklonit k této efektivní léčbě, v opačném případě se dle principu nonmaleficence zaměří na ulevění příznaků a nepřitěžování další léčbou.<sup>36</sup>

Celá první rovina se zabývá přínosem pro pacienta z hlediska medicíny a to především po biologické a psychické stránce zdraví. Prospěch a rizika plynoucí z lékařské indikace poté lékař objektivně shrne a předloží pacientovi k jeho osobnímu zvážení, čímž se případ posouvá do druhé roviny.<sup>37</sup>

## 1.2 PREFERENCE PACIENTA

Druhou rovinou klinické etiky je preference pacienta. V této rovině je zahrnuto, co si pacient myslí (přání, pocity ad.) ohledně navrženého lékařského plánu. Autonomie je v tomto modelu ovšem ohraničena pacientovou nemocí, závislostí a bezmocností, což jsou faktory omezující jeho svobodné rozhodování. Co naopak podporuje schopnost autonomního rozhodování jsou sociální vztahy pacienta (např. vztah lékař-pacient).

---

<sup>36</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str.15–51.

<sup>37</sup> Srov. tamtéž, str. 51.



Podstatné je i zmínit, že autonomie lékaře je neméně významná jako autonomie pacienta. Lékař tedy nemůže být nucen do čehokoli, s čím by nesouhlasil.<sup>38</sup>

Tato rovina přímo navazuje na rovinu lékařské indikace jejímž východiskem je navržení odborné léčby lékařem. Rovina preference pacienta se poté týká toho, zda pacient navrhovaný postup a metodu přijme, nebo odmítne. Etický princip, kterým se musí řídit rovina preference pacienta, se nazývá princip respektu k autonomii.<sup>39</sup>

### **1.2.1 PRINCIP RESPEKTU K AUTONOMII**

Princip respektu k autonomii vychází ze stěžejního principu morálky obecně, a to principu respektu ke všem osobám. Respektování práv a svobod jedince je zaneseno jako hlavní bod ve všeobecné deklaraci lidských práv. Vychází z respektování inherentní (neboli vrozené a neoddělitelné) důstojnosti, která náleží každému člověku z pouhého faktu, že je člověkem. Proto se i princip respektu k autonomii vztahuje na každého člověka, a to nejen v otázkách klinické etiky.<sup>40</sup>

Respektování autonomie člověka znamená uznávat práva jedince na osobní pohled, svobodná rozhodnutí a jednání na základě svých vlastních hodnot a přesvědčení. Respektování autonomie však neznamená pouhé tolerování svobodného jednání, ale přímo jeho pozitivní podporování. Například je nepřipustné lhaní pacientovi o jeho zdravotním stavu, jelikož zkreslené či zatajované informace berou pacientovi možnost autonomního rozhodnutí.

#### ***AUTONOMIE Z POHLEDU KLINICKÉ ETIKY***

Všechny teorie o autonomii zmiňují dvě základní podmínky autonomie: Svobodu (nezávislost před řídicími vlivy) a svobodnou vůli (schopnost svobodného jednání). Jednotlivé výklady těchto pojmů ovšem nejsou jednotné a nepanuje shoda ani zda jsou potřeba další podmínky autonomie. Teorie autonomie, kterou vytvořili bioetikové James Childress a Tom Beauchamp, se nazývá teorie tří podmínek. Tato teorie specifikuje autonomní jednání na základě tří konkrétních podmínek.

---

<sup>38</sup> Srov. SCHILDMANN, Jan, John-Stewart GORDON a Jochen VOLLMANN. *Clinical Ethics Consultation: Theories and Methods, Implementation, Evaluation*, str. 122an.

<sup>39</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 52.

<sup>40</sup> Srov. PTÁČEK, Radek a Petr BARTUŇEK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*, str. 52–54.

1. Záměrnost.
2. Porozumění.
3. Nekomrolovanost.<sup>41</sup>

Záměrné jednání se vyznačuje nezbytností plánování, které předchází samotnému vykonání onoho jednání. Porozumění je druhou nezbytnou podmínkou autonomního jednání. Pokud člověk plně nechápe své počínání, tak nejedná autonomně. Porozumění může být omezeno jak nemocí, iracionalitou a nevyzrálostí, tak i nedorozuměními v komunikaci, což je potenciální problém, kterým může zdravotník ohrozit autonomii jedince. Pro účely klinické etiky je podstatná alespoň určitá úroveň pochopení, jelikož u většiny případů není reálné, aby se pacient dokázal vyznat ve všech specifikách daného problému. Poslední bod, nekomrolovanost, spočívá v nepůsobení vlivů, které se snaží usměrnit rozhodování a jednání člověka. Těmi se však rozumí pouze takové vlivy, které se snaží ovlivnit autonomní jednání jedince donucováním či manipulací.

Pro snazší uchopení principu respektu k autonomii stanovili přední bioetikové Tom Beauchamp a James Childress základní pravidla, kterými by se v kontextu tohoto principu měli zdravotníci řídit.

1. Říkat pravdu.
2. Respektovat soukromí druhých.
3. Chránit důvěrné informace.
4. Mít souhlas pacienta ohledně intervence.
5. Pomoci druhým s důležitými rozhodnutími, pokud je o to žádáno.<sup>42</sup>

Princip respektování autonomie druhých má ovšem také své limity. Nemá přednost před vyšším morálním dobrem (např. pokud by ono autonomní jednání ohrozilo veřejné zdraví, ublížilo nevinným ad.) a nejde ho vyžadovat ve vztahu k jedincům, kteří nejsou schopni autonomního jednání (batolata, drogově závislí ad.). Jednotlivé druhy nekompetence znemožňující autonomní rozhodování jsou:

1. Neschopnost vyjádřit preferovanou volbu.
2. Neschopnost porozumět situaci a jejím následkům.
3. Neschopnost porozumět zásadní informaci.

---

<sup>41</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 103an.

<sup>42</sup> Srov. tamtéž, str. 104an.

4. Neschopnost poskytnutí racionálního důvodu.
5. Neschopnost uvést důvod své volby.
6. Neschopnost uvést důvody spojené s poměrem rizik a benefitů.
7. Neschopnost dosáhnout racionálního výsledného rozhodnutí (z pohledu standardu racionálně uvažujícího jedince).<sup>43</sup>

### ***SOUHLAS S LÉČBOU***

Souhlas s léčbou je často pokládán za pouhý podpis papíru, kterým se pacient odevzdá do rukou lékaře. Ve skutečnosti by to však měl být proces, který umožní svéprávnému pacientovi převzít aktivní podíl na léčbě. Validní souhlas se skládá ze tří hlavních bodů. Musí být:

1. Informovaný.
2. Kompetentní.
3. Dobrovolný.

Pojem *informovaný souhlas* pojednává o tom, kolik toho musí pacient vědět, aby byl schopen uskutečnit informované rozhodnutí o vlastní léčbě. Znalosti potvrzující informovanost pacienta jsou: důvod pro výběr navrhované léčby, podstata dané léčby, jiné možnosti léčby, možná rizika a komplikace léčby a následky nedokončené léčby. Kompetentní souhlas je souhlas bez přítomnosti kteréhokoli z bodů nekompetence uvedených výše. Dobrovolným souhlasem k léčbě se rozumí souhlas, ke kterému daný jedinec nebyl donucen. Obecně se všechny tyto tři hlavní body spojují pod označením *informovaný souhlas*.<sup>44</sup>

U pacientů, kteří nejsou schopni autonomního rozhodnutí, se zjišťuje, zda vyjádřili svá přání ještě v době, kdy tohoto rozhodnutí schopni byli. Pacienti, kteří jsou schopni autonomního rozhodování dle pravidel, která jsou zde uvedena, mají právo odmítnout lékařem navrhovanou léčbu. Takovéto rozhodnutí svéprávnou osobou by měl lékař dle principu respektu k autonomii ctít i v případě, že s největší pravděpodobností povede k závažnému poškození pacientova zdraví. V takovém případě by se ovšem dostal do rozporu s principem benefice.<sup>45</sup> Pokud by se lékař stavěl do pozice, že ví vždy lépe, co je

---

<sup>43</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 106–118.

<sup>44</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 83an.

<sup>45</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 82–87.

pro pacienta nejlepší řešení a toto řešení prosadil navzdory původním přáním pacienta, pak mluvíme o lékařském paternalismu.

### **LÉKAŘSKÝ PATERNALISMUS**

Termín paternalismus v původním významu znamenal usměrňování chování druhého z nadřazené pozice stejným způsobem, jakým by otec usměrňoval chování svého dítěte. Lékařský paternalismus je poté definován jako záměrné potlačení pacientových rozhodnutí druhou osobou, která si toto počínání ospravedlňuje dobrými úmysly (zdravotními výhodami, které toto počínání pacientovi přinese). Rozpor mezi principy benefice a respektu k autonomii je jednou z hlavních debat klinické etiky. Snaží se najít ideální rovnováhu mezi těmito principy, kdy a za jakých podmínek se jakým řídit a způsob, kterým by měl lékař vstupovat do pacientova rozhodování.

V prvé řadě je potřeba rozlišit dva druhy paternalismu: lehký paternalismus a těžký paternalismus. Vstupovat do pacientova rozhodování je možno pouze v případě lehkého paternalismu. V něm jde buď o předání znalostí a zkušeností, aby pacient lépe dokázal pochopit situaci, ve které se nachází, nebo pokud jsou pacienti neschopni autonomního rozhodnutí. U lehkého paternalismu tedy k rozporu mezi principy benefice a respektu k autonomii nedochází, naopak větším zasvěcením pacienta do případu dochází k podpoře jeho autonomního jednání.<sup>46</sup>

Nicméně u těžkého paternalismu jsou pacienti po všech stránkách svéprávní autonomního rozhodování, a i přesto lékař zasahuje do jejich volby. U těžkého paternalismu dochází k omezení autonomního rozhodování jedince a dle zákonů USA, které jsou obecně uznávané, je princip respektu k autonomii na prvním místě lékařských rozhodnutí. Musí tedy vždy respektovat rozhodnutí jedince, který je schopný autonomního jednání, nehledě na to, jaké následky s sebou toto rozhodnutí přináší.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 214–218.

<sup>47</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 80.

V České republice je situace obdobná. Dle Etického kodexu České lékařské komory nemá být lékař v paternalistickém postavení vůči svým pacientům. Místo paternalistického vztahu by lékař a pacient měli být v tzv. vztahu partnerském.<sup>48</sup>

## 1.2.2 ROZHODOVÁNÍ U NEAUTONOMNÍCH PACIENTŮ

V případech, kdy pacient není schopen autonomního rozhodování, je důležité vědět, dle čeho či koho se bude o jeho nejlepším zájmu rozhodovat. V první řadě se vychází ze známých informací o pacientových preferencích. Mezi takovéto případy patří dříve písemně zaznamenané preference pacienta (např. tzv. *living will*), určený pacientův zástupce ve zdravotních záležitostech nebo pokyny pro lékaře, které mu pacient v minulosti sdělil.<sup>49</sup>

Pokud pacient není schopen vyjádřit přání ohledně své léčby a není dostupný písemný doklad, který by jeho preference v konkrétní situaci právně určoval, pak se zodpovědnost za rozhodnutí týkající se jeho léčby přesouvá buď na jeho zástupce, kterého si v minulosti sám určil (a je to písemně doloženo), nebo na jeho nejbližší rodinu, což je ve většině zemí obecně respektované pravidlo, které ovšem není příliš legislativně podloženo. Zástupce, kterého si určil v minulosti pacient písemně, by měl přednost v rozhodování i před nejbližšími členy rodiny.<sup>50</sup>

V poslední době se však do popředí dostává tzv. *living will*. Pojmem *living will* se označují přání pacienta, která sepsal, aby se vyjádřil k tomu, co se s ním má dít ve chvíli, ve které by už schopnost vyjádřit svůj postoj postrádal. V České republice jsou v otázce *living will* odborníci stále obezřetní. I přesto, že se v praxi tyto “živoucí závěti“ pomalu začínají uplatňovat i v ČR<sup>51</sup>, je zde stále strach z nebezpečí, která sebou přinášejí. Hlavním nebezpečím se rozumí změna názoru v době mezi sepsáním *living will* a jejím využitím, proto se doporučuje časté revidování těchto dokumentů. Postupem času by se měla *living will* stále častěji využívat v lékařské praxi u případů s neautonomními

---

<sup>48</sup> Srov. *Etický kodex České lékařské komory* [online]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>, [cit. 2021-03-10].

<sup>49</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 87.

<sup>50</sup> Srov. tamtéž, str. 92an.

<sup>51</sup> Srov. MATĚJEK, Jaromír. *Je living will opravdu řešením zástupného rozhodování za pacienty?* [online]. Dostupné z: <https://matejek.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=179208>, [cit. 2021-03-10].

pacienty, jelikož důraz na přání pacienta před tím, než ztratil schopnost je vyjádřit, je zanesen i v úmluvě o lidských právech a biomedicíně.<sup>52</sup>

### **1.2.3 SHRNUÍ BODŮ U ROVINY PREFERENCE PACIENTA**

Nejdůležitější body přednesené v předcházejících podkapitolách využili kliničtí etikové Johnson, Siegler a Winslade k rozřídění hlavních otázek, na jejichž témata se musejí lékaři zaměřit, aby dodrželi princip preference pacienta. Jedná se o témata: informovanost pacienta, způsobilost pacienta, co nejaktuálnější preference pacienta, kdo rozhoduje za pacienta (pokud není schopen rozhodovat za sebe sám) a zda pacient spolupracuje.

## **1.3 KVALITA ŽIVOTA**

Třetí rovinou klinické etiky je rovina kvality života. V této podkapitole je rozebrána kvalita života z pohledu klinické etiky a dále na ni navazuje a rozšiřuje ji kapitola kvalita a kvantita života. Tato rovina v sobě snoubí všechny tři už dříve zmíněné principy – benefici, nonmaleficenci a respekt k autonomii. Princip benefice zahrnuje však i oblast, která zde ještě rozvedena nebyla a která je pro otázku kvality života zásadní.<sup>53</sup>

### **1.3.1 USPOKOJENÍ JAKO ASPEKT PRINCIPU BENEFICE**

Etická dimenze všech případů v klinické etice musí zahrnovat jak principy nonmaleficence a respekt k autonomii, tak i princip benefice nejen ve smyslu pomoci, ale i ve smyslu péče o uspokojení pacienta, což by dle klinické etiky mělo vést ke zlepšení kvality života. Kvalita života v klinické etice je brána jako uspokojení, jelikož uspokojení se dá vyhodnotit jako dobré/špatné nebo lepší/horší. Toto vyhodnocení směřuje k možnosti změřit kvalitu života a díky tomu zhodnotit výsledky klinických intervencí. Kvalita života je však téma velmi subjektivní, pro každého budou standardy hodnocení kvality života individuální. Kvalita života zahrnuje osobní pohled na biologický,

---

<sup>52</sup> Srov. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*, str. 86.

<sup>53</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 109.

psychický, sociální, intelektuální a emocionální stav života spojený se spokojeností ze života.<sup>54</sup>

### **1.3.2 KVALITA ŽIVOTA JAKO CÍL ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Zlepšení kvality života u lidí, kteří to potřebují, je hlavním cílem lékařské péče. I obě předchozí roviny klinické etiky mají za cíl dospět k maximalizaci kvality života. Pro tu je zapotřebí vyjádření kvality života. Hodnocení kvality života je subjektivní a může se v průběhu nemoci měnit, ale i tak je vždy stěžejní v řešení každého případu. Pacient a lékař musejí společně určit, jaká kvalita života je reálně dosažitelná, jakým způsobem jí dosáhnout a jaká rizika a benefity tento postup přináší. Dle těchto informací by měl pacient sám posoudit, jestli se mu daný postup, vzhledem ke kvalitě jeho života, vyplatí. I při tomto postupu mohou vyvstat etické problémy. Jedná se především o naprosto rozdílnou představu o kvalitě života mezi lékařem a pacientem, neschopnost pacienta vyjádřit své vnímání kvality života, nerespektování individuality v hodnocení kvality života ad.<sup>55</sup>

### **1.3.3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA**

Jak už bylo zmíněno, hodnocení kvality života je subjektivní záležitostí, ale přesto je potřeba mít body, na které se lékař může dotazovat a podle kterých se dá vyjádřit subjektivní prožívání kvality života na určité škále.

Statisticy měřící kvalitu života se povětšinou uchylují k otázkám na mobilitu, nepřítomnost bolesti a dalších nepříjemností, schopnost vykonávat činnosti běžného dne a sociální život jedince. Těmito body se vlastně pokouší vyjádřit jednotlivé aspekty dobrého života.<sup>56</sup>

Zde je zřetelný zásadní problém u každého dotazníku, který se pokusí kvalitu života zkoumat: rozdílné hodnoty. Není možné sestavit dotazník, který by zahrnoval všechny jednotlivé hodnoty, kterých si váží všichni lidé. Dotazníky se tedy snaží obsáhnout alespoň základní body, které jsou univerzálně důležité. Příkladem může být dotazník

---

<sup>54</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 109an.

<sup>55</sup> Srov. tamtéž, str. 111.

<sup>56</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 239an.

IPOS, jeden z nepoužívanějších dotazníků na měření kvality života v paliativní péči. Kvůli svému zaměření na klienty hospicové a paliativní péče je tento dotazník velice krátký (10 otázek) a snaží se zahrnout jak individuální otázky (doplnění specifických příznaků, které nejsou v dotazníku uvedeny), tak otázky na biologickou, psychickou i sociální stránku, u kterých se může vyjádřit klient na stupnici od 0 do 4, jak moc ho daný aspekt trápí.<sup>57</sup>

Tento dotazník poměrně dobře plní svou funkci v paliativní péči, jelikož v této oblasti vzhledem k zdravotnímu stavu pacientů nejde dělat obsáhlejší a komplexnější výzkumy. Přesto i on má své rezervy. Především nevyjadřuje subjektivní vnímání jednotlivých témat a dále víceméně opomíjí duševní stránku života. Někdo by si mohl například mnohonásobně více vážit svého společenského okolí a bolesti by pro něj byly druhořadé, ale na to, jakou váhu přikládá klient jednotlivým aspektům, už se dotazník neptá.

### 1.3.4 PRINCIP PROPORCIONALITY

Proporcionalitu lze chápat jako formu zhodnocení benefitů s riziky a zátěžemi. Tento princip v sobě zahrnuje porovnání principů nonmaleficence a benefice s principem autonomie a jeho výsledek je zaměřen na kvalitu života. Proporcionalita se zabývá případy, kdy pacient vidí smrt jako přínos. Dle principu proporcionality padá rozhodnutí o kvalitě života (zda je život spíše benefit či zátěž) na pacienta, tudíž hlavním výchozím bodem této teorie je autonomní rozhodnutí pacienta.<sup>58</sup>

Pokud nejsou známé přání pacienta a není možnost, jak je zjistit, tak musí být splněny následující body, aby měl lékař právní a etický důvod nezahájit či ukončit léčbu.

1. Výsledek intervence je pouze zachování biologického života.
2. Kvalita života není ani na minimální hodnotě.
3. S ukončením či nezahájením léčby souhlasí i rodina pacienta.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Srov. Standardizace dotazníku IPOS. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/standardizace-dotazniku-ipos>, [cit. 2021-02-25].

<sup>58</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 138.

<sup>59</sup> Srov. tamtéž, str. 139.



## 1.4 KONTEXTUÁLNÍ CHARAKTERISTIKY

Poslední rovinou, kterou se klinická etika zabývá, je rovina kontextuálních charakteristik. Předchozí tři roviny nabízí základní pohled na případ bez přítomnosti dalších vlivů. Jen minimum rozhodnutí se však vytváří bez vlivu dalších faktorů působících na autonomního lékaře a autonomního pacienta. Lékař je ovlivňován svými kolegy, právními závazky ad. Pacient zase přichází z určitého prostředí, může mít specifické světonázory či může být pod tlakem svých blízkých. Tato rovina se tedy zabývá právě kontextem případů lékařské etiky, což dotváří celistvý pohled na případ. Etická otázka, kterou si tato rovina klade je, jak správně vyhodnotit důležitost kontextuálních charakteristik v daném případě. V bioetice je nejdůležitějším bodem, tvořícím kontext případu, zdravotní politika a princip spravedlnosti, který se ke zdravotní politice vztahuje.<sup>60</sup>

### 1.4.1 PRINCIP SPRAVEDLNOSTI

Princip spravedlnosti v klinické etice se zabývá a řeší morální i sociální teorie, které se snaží o rovnoměrné rozdělení zdrojů, jež jsou dostupné v dané společnosti. Ústředním bodem spravedlnosti je, aby každý účastník nějakého vztahu či transakce dostal, co od něho racionálně očekává.<sup>61</sup>

Princip spravedlnosti se tudíž zabývá především vhodným rozdělováním prostředků ve zdravotní péči. Většinou se jedná o případy, ve kterých není šance na zlepšení stavu ani po provedení ekonomicky náročného zásahu.<sup>62</sup> Obecně se dá říci, že existuje šest možných principů, dle nichž by se mohlo o správném rozdělování zdrojů rozhodnout. Dle nich by se měla zdravotní péče rozdělovat:

1. Každému rovný díl.
2. Každému, dle jeho individuální volby.
3. Každému, dle let, které potenciálně ještě mohou prožít.
4. Každému, dle toho, co si zaslouží.

---

<sup>60</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 157.

<sup>61</sup> Srov. tamtéž, str. 158an.

<sup>62</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*, str. 83.

5. Každému, dle jeho přínosu společnosti.
6. Každému, dle jeho potřeby.

První čtyři principy jsou však z různých důvodů nevyužitelné. První princip není optimální, protože znamená, že někteří budou mít méně péče, než potřebují, a někteří více, než potřebují. Princip dle individuální volby je nevhodný kvůli možnému nespravedlivému rozhodování jedinců i sporů, které to přináší. Třetí možnost je z etického hlediska nepřípustná, jelikož diskriminuje osoby, které mají vážnější problémy. Čtvrtá možnost je příliš subjektivní a rozhodování podle ní příliš nekonzistentní na to, aby se dala využít.

Zbývají tedy dvě poslední varianty. Jedna reprezentující utilitarismus a druhá deontologii. Utilitarismus vyžaduje co největší dobro pro co nejvíce lidí. Dle této teorie se tedy zájem jedince musí podrobit zájmu společnosti. Tímto způsobem by se ovšem stalo, že jsou určité skupiny privilegovány na úkor jiných skupin a obecně by stejně jako bod tři vedl k diskriminaci, ovšem nejen starších, ale i méně vzdělaných, postižených, fyzicky slabších ad. Tento přístup se tudíž také zdá nevyužitelný, ale vzhledem k tomu, že v praxi většina těchto způsobů nejde využít, tak část lidí preferuje určitou formu umírněného utilitarismu, který bere ohled na neproduktivní členy společnosti, ale i tato forma zvýhodňuje lidi přinášející větší přínos společnosti.

Deontologická varianta (každému dle jeho potřeby) vidí všechny lidi jako sobě rovné, a tudíž by všichni měli mít stejný přístup ke zdravotním službám. Tento přístup by se mohl na první pohled zdát jako optimální. Jak ovšem funguje v praxi, ve které nejsou dostatečné prostředky k zajištění zdravotní péče každému v té míře, kterou by potřeboval? V návaznosti na to se bioetika, a v důsledku i klinická etika, obracejí na všeobecnou deklaraci lidských práv, která říká, že každý člověk má právo na základní zdravotní minimum. Jaké je toto minimum, to se již liší stát od státu, a proto i poskytovaná základní lékařská péče je rozdílná.<sup>63</sup>

Samostatně žádný z těchto šesti přístupů není proveditelný v praxi. V historii nenajdeme zdravotní systém, který by stavěl jen a pouze na jedné z těchto teorií. Všechny tyto přístupy lze pokládat za modely. Modely, z nichž se každý snaží popsat jeden možný pohled na problematiku využití zdrojů ve zdravotnictví, a které společně dávají podklad

---

<sup>63</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 155–159.

pro nalezení co nejlepšího možného řešení.<sup>64</sup> Na těchto základech pak staví analýzy počítající efektivnost jednotlivých postupů, jimiž jsou například už dříve zmíněné CEA a CBA.

## 1.4.2 FAKTORY TVOŘÍCÍ KONTEXT PŘÍPADU

Zdravotní politika a její okolnosti však nejsou jedinou možnou proměnnou, která ovlivňuje případy v klinické etice. Dalšími faktory, které mohou mít vliv, jsou: konflikty zájmů (např. závazky lékaře k organizaci, které jdou proti nejlepšímu blahu pacienta), zájmy třetích stran (např. vměšování rodiny nebo známých do případu), ekonomická stránka klinické péče (např. zájem lékaře na určitém postupu, jelikož se mu finančně více vyplatí), veřejné zdraví (např. jak může být ovlivněna svoboda jedince, který může přenést nákazu na ostatní) či náboženství (např. odmítnutí péče na základě víry).<sup>65</sup>

Tyto faktory jsou posledním dílem pro vytvoření komplexního pohledu na případy, se kterými se dá setkat v klinické etice. Většina těchto rovin a principů je zaměřena na adekvátní vztah mezi lékařem a pacientem, ale pochopení jednotlivých etických dilemat, vytvoření vlastního pohledu na ně a využití klinické etiky v praxi je velice důležité i pro sociální pracovníky. Proč a v jakých oblastech je tato znalost důležitá, je rozebráno v následující kapitole.

---

<sup>64</sup> Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, str. 262.

<sup>65</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 157–221.

## 2. PROPOJENÍ KLINICKÉ ETIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Klinická etika se týká všech profesí, které mají v popisu práce starat se o blaho svých klientů/pacientů. Mezi tyto profese patří tedy i sociální práce.<sup>66</sup> Sociální pracovník by se měl vyznat v tom, jaké faktory působí na jeho klienty i co má vliv na rozhodování a práci dalších profesionálů, kteří s pacientem spolupracují. Dále by měl mít podložené své vlastní chování vůči klientovi na základě etických teorií a bioetických principů, a především je potřeba, aby dokázal pomoci klientovi vyznat se ve spletnostech případu, protože právě na sociálního pracovníka často spadá tíha jakéhosi prostředníka mezi státem, jednotlivými odborníky a klientem.<sup>67</sup>

Důležitou roli sociálních pracovníků v případech klinické praxe dokládá i šetření, které bylo provedeno na klientech, kteří se zotavovali z cévní mozkové příhody. Pouhých 20 % těchto klientů kontaktoval sociální pracovník během jejich hospitalizace v nemocnici a jen 27 % respondentů bylo nakonec informováno o možných výhodách sociálních služeb od sociálních pracovníků. Zde je možné vidět značnou rezervu v informovanosti klientů. Informovanost je důležitou součástí saturace potřeb klientů a nejen sociální pracovníci, kteří pracují s klienty po hospitalizaci, ale i sociální pracovníci obecně mají možnost pomoci se saturací této potřeby. Péče poskytovaná pacientům po hospitalizaci se zaměřuje na dosažení nejvyšší možné úrovně kvality života. Podmínky, které se považují za nejdůležitější pro optimalizaci kvality života, jsou autonomie spolu s individualizací léčby a ošetřováním.<sup>68</sup>

Specifickou odnoží sociální práce, která zřejmě nejvíce propojuje klinickou etiku a sociální práci je sociální práce ve zdravotnictví. Propojuje totiž zdravotní péči s péčí sociální, která na ni navazuje. Avšak nejen zdravotně sociální pracovníci, ale i sociální pracovníci provádějící komplexní pojetí sociální práce mohou ze znalostí klinické etiky těžit. Komplexní pojetí sociální práce zahrnuje sociologický, psychoanalytický

---

<sup>66</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 7.

<sup>67</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, str. 86.

<sup>68</sup> Srov. tamtéž, str. 27.

i ekonomický pohled na pojetí sociální práce. V takovémto pojetí jde o koordinaci spolupráce odborníků z rozdílných profesí a především o zapojení klienta, který přebírá aktivní roli při řešení problému. Využití znalostí z klinické etiky se především vztahuje na práci s klienty, kteří se dostali do těžké životní situace v důsledku svého špatného zdravotního stavu. Těmito cílovými skupinami mohou být lidé po úrazech, handicapovaní nebo senioři.<sup>69</sup> Oblastí, na které jde propojení klinické etiky se sociální prací nejnázve a nejlépe popsat, je paliativní péče.

## **2.1 PALIATIVNÍ PÉČE**

Paliativní péče je péče o pacienty, kteří trpí nemocí ohrožující je na životě. Jedná se o komplexní péči o pacienta z biologického, psychického, sociálního i duševního hlediska. Pro zajištění této komplexní péče je potřeba spolupráce odborníků z mnoha oborů (zdravotníci, sociální pracovníci, psychologové, potenciálně duchovní ad.) Součástí práce v paliativní péči je práce s nemocným i jeho nejbližšími, kteří se často podílejí na spolupráci při péči o nemocného.

Paliativní péče je tedy jednou z oblastí působnosti sociálních pracovníků, ve které je důležitý celistvý pohled na člověka a komplexní chápání případu, což umožňují bioetické principy a přístup čtyř rovin rozebraných v první kapitole. Sociální pracovník v paliativní péči se také musí orientovat v oblastech, které řeší kvalitu a kvantitu života. Paliativní péče je péče zaměřená na kvalitu života a primárními klienty této služby jsou klienti, pro které už není kurativní léčba ničím přínosná a jejím pokračováním by docházelo k dystanázii.<sup>70</sup>

### **2.1.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PALIATIVNÍ PÉČI**

Sociální práce v paliativní péči se zabývá sociálními problémy, které vznikly v důsledku onemocnění či působením terminální fáze na klienta. Sociální pracovník by měl klientovi v paliativní péči pomoci vyřešit situace nebo zprostředkovat pomoc

---

<sup>69</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, str. 69an.

<sup>70</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*, str. 11–17.

v situacích, které klient nedokáže vyřešit sám. Pomáhá s vytvořením sociálního prostředí pro důstojné prožití zbytku života a jeho cílem je zachovat kvalitu života pacienta. Situaci, ve které se klient nachází, musí sociální pracovník vidět ve všech jejích vrstvách. Pracuje totiž nejen s klientem, ale i s jeho nejbližšími, a to mnohdy i po úmrtí klienta.

Hlavní rolí sociálního pracovníka je role poradenská. Jako poradce pomáhá získat klientovi a jeho nejbližším objektivní a celistvý pohled na terminální fázi života. V tomto pohledu je zahrnuta nejen biologická, psychická a sociální situace, ale i pravdivý náhled na rodinnou situaci, a to v rovině samotných funkcí rodiny. Kromě této poradenské role je sociální pracovník i zprostředkovatelem služeb, který komunikuje s úřady, s nimiž se v paliativní péči spolupracuje (např. úřad práce nebo státní správa sociálního zabezpečení). Nabízí i další možné sociální služby, které poté zprostředkovává blízkým. V neposlední řadě vystupuje i jako pečovatel pomáhající klientovi s činnostmi, které už klient sám nezvládá vykonat, a průvodce, který pomáhá pozůstalým překonat ztrátu a v některých případech se i osamostatnit.<sup>71</sup> Právě proto, že náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči zahrnuje i poradenství pro pozůstalé je podstatné, aby se takový sociální pracovník vzdělával speciálně i v této specifické oblasti. V České republice dopomáhá k profesnímu vzdělání v této oblasti Asociace poradců pro pozůstalé. Ta pořádá kurzy pro poradce pro pozůstalé a složením zkoušky z tohoto kurzu získá jedinec profesní kvalifikaci v této oblasti.<sup>72</sup>

Sociální pracovník v paliativní péči tedy potřebuje ke kvalitnímu vykonávání své práce znalosti z mnoha oborů (psychologie, etika, právo ad.), ve kterých se bude neustále vzdělávat a rozšiřovat svůj rozhled ve všech relevantních vědeckých disciplínách. Všechny jeho odborné kompetence by měly v důsledku vést ke zvýšení kvality života klienta.<sup>73</sup> Naneštěstí v praxi paliativní péče v ČR je velké množství sociálních pracovníků přednostně využíváno spíše k administrativě nežli k přímé práci s klientem a jeho blízkými.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*, str. 99an.

<sup>72</sup> Srov. *Asociace poradců pro pozůstalé* [online]. Dostupné z: <http://poradci-pro-pozustale.cz/poslani-asociace-poradcu-pro-pozustale/>, [cit. 2021-03-11].

<sup>73</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*, str. 99an.

<sup>74</sup> Srov. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, str. 58.

## 2.1.2 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA, EUTANÁZIE A DYSTANÁZIE

Mezi nejvíce diskutovaná témata, která se týkají paliativní péče, patří otázka ukončení života. Především se to týká asistované sebevraždy, eutanázie a dystanázie. Asistovanou sebevraždou se nazývá sebeusmrcení provedené dle rady lékaře. Eutanázií se rozumí usmrcení člověka na vlastní žádost někým jiným (lékařem). Eutanázie se někdy dělí na aktivní (čin, kterým lékař aktivně způsobí úmrtí) a pasivní (ustoupení od léčby, které vede k úmrtí).<sup>75</sup> Opakem eutanázie je dystanázie, která znamená odsouvání smrti u nevléčitelně nemocného i za cenu jeho utrpení.<sup>76</sup>

K úmrtí by mělo dojít okamžikem přirozené smrti, respektive v důsledku onemocnění, kterými pacient trpí. Zdravotník v paliativní péči by tedy smrt pacienta neměl uspěchat (eutanázie) ani za každou cenu oddalovat (dystanázie). Eutanázie ani asistovaná sebevražda nespádají do náplně práce v paliativní péči.<sup>77</sup> I přes to je pro sociální pracovníky důležité porozumět těmto tématům. Především v paliativní péči se může sociální pracovník dostat do pozice, kdy ho pacient konfrontuje s otázkami ohledně smrti. Je tedy velmi žádoucí, aby každý sociální pracovník dokázal vyjádřit své odborně podložené stanovisko, které je v souladu s etickými principy a patřičnými zákony. Základní rozpor v debatě o eutanázii se týká rozporů mezi principy nonmaleficence a benefice, které jsou v rozporu s usmrcením člověka, s principem autonomie, který podporuje právo na svobodné rozhodnutí i ohledně ukončení vlastního života. Argumenty pro zavedení eutanázie se často opírají i o zaměření péče na kvalitu života, která je subjektivní a pacient může vidět smrt jako lepší východisko vzhledem k nemožnému zachování důstojnosti a kvality života. Proti argumentu, že princip autonomie zajišťuje svobodné rozhodnutí pro eutanázii, se staví názor, že pacient v terminálním stádiu života může být ovlivněn bolestí (popřípadě utišujícími léky), okolím, které ho v určitých případech může považovat za přítěž a dalšími vlivy, které mohou autonomii jedince výrazně ovlivnit.<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> Srov. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče*, str. 48an.

<sup>76</sup> Srov. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*, str. 55.

<sup>77</sup> Srov. RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*, str. 23.

<sup>78</sup> Srov. VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*, str. 246–258.

Nabízí se však otázka, zda je podání utlumujících prášků správné, pokud by vážně omezovalo autonomii jedince a zda je vůbec možné brát bolest jako faktor, který autonomní rozhodování omezuje, jelikož (jak už bylo zmíněno v podkapitole o respektu k autonomii) různé vlivy na člověka budou působit vždy a rozhodnutí, které každý člověk činí, jsou reakcí na jednotlivé vlivy a podněty, což neznamená, že dané jednání není autonomní.

Asistovanou sebevraždu ani eutanázii ovšem nelze brát jen jako sebevraždu, jelikož do ní zapojuje i lékaře (radou či přímým aktem usmrcení), který se řídí svým etickým kodexem a má svůj světónázor, který může být v rozporu s tím pacientovým.<sup>79</sup>

Na závěr této podkapitoly si dovoluji přidat citát od jednoho z nejvýznamnějších českých filozofů Jana Sokola:

*„Jisté je, že člověk má svůj život stále více v rukou, a at' chce či nechce, o něm stále více rozhoduje. Nejen o svém, ale i o cizím... Sebevražda se vyskytovala vždycky. Aktivní eutanazie je nová jen v tom, že se do ní zaplete někdo další, a to kupodivu zrovna lékař.“<sup>80</sup>*

## 2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

Jak už bylo zmíněno dříve, tak paliativní péče není zdaleka jedinou oblastí sociální práce, ve které se znalosti z klinické etiky dají využít. Další oblastí sociální práce, ve které jsou principy z klinické etiky využitelné v praxi, je sociální práce se seniory. Právě senioři se nejčastěji dostávají do nepříznivé životní situace z důvodu zdraví.

Klíčové otázky, které spadají do klinické etiky a jež vyvstávají při práci se seniory mohou být:

- Jaký vliv má stárnutí a jeho projevy (zhoršená paměť, snížená soběstačnost ad.) na autonomii jedince?
- Je mladší generace schopná postarat se o seniory, nehledě na výši jejich postižení?

---

<sup>79</sup> Etická argumentace týkající se eutanázie je samozřejmě komplikovanější než pouhý střet bioetických principů. Díla, která nabízejí různé pohledy a tímto tématem se podrobně zabývají jsou například: Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika od Marka Váchy, Eutanázie – Má každý právo na smrt? od Yves de Lochta či například Eutanázie – pro a proti od Radka Ptáčka, Petra Bartůňka a kolektivu.

<sup>80</sup> SOKOL, Jan. *Jan Sokol: nebát se a nekrást*, str. 125an.



- Nedochází u seniorů k ovlivnění postoje týkající se vlastní smrti z důvodu tlaku společnosti na produktivitu?<sup>81</sup>

Nejdůležitější pro řešení výše uvedených problémů u seniorů je nastavení společenského vnímání této problematiky. Je potřeba, aby se na seniory nahlíželo z lidského pohledu, aby si společnost vážila jejich přínosu, respektovala jejich důstojnost a nepohlížela na ně jen z ekonomického hlediska. Takovéto nastavení společnosti by mělo vést k pozitivním změnám v sociální i zdravotní politice. Sociální pracovník při práci se seniorem by pak měl nejen respektovat jejich důstojnost, ale měl by ke klientům přistupovat s úctou, mít s klientem partnerský, ne paternalistický vztah. Měl by vycházet z principů respektu k autonomii a spravedlnosti a cíle všech jeho dalších jednání by měly být principy nonmaleficence a benefice, čímž by měl přispívat k udržení či zlepšení kvality života.<sup>82</sup>

V paliativní péči a v sociální práci se seniory jsou principy, které uvádí klinická etika, nejlépe viditelné. Tyto principy jsou však důležité pro všechny oblasti sociální práce. Sociální pracovník musí brát v potaz všechny tyto principy, aby dokázal adekvátně plnit svou práci, a to nehledě na to, zda pracuje s dětmi, drogově závislými, seniory či třeba s nevyлéčitelně nemocnými.

Sociální pracovník také nesmí zapomínat na kontextuální charakteristiky případu. Především nesmí opomenout, že sociální práce je vystavena na oblasti tří vztahů, které spolu interagují. Jedná se o vztahy mezi klientem, sociálním pracovníkem a společenským prostředím a okolnostmi zadání zakázky.<sup>83</sup> V této souvislosti je důležité si uvědomit, že sociální pracovník v drtivé většině případů pracuje v organizaci, která ho platí. Financování sociálních služeb v ČR je vícezdrojové, ale je třeba zmínit, že cca pouhých 20 % financování sociálních služeb pochází z úhrad klientů, zbytek pochází převážně ze státní kasy (dotace, příspěvky ad.).<sup>84</sup> Tím se však dostává sociální pracovník do pastí, jelikož jeho práce a na ní navazující plat se váže k požadavkům, které má

<sup>81</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, str. 111.

<sup>82</sup> Srov. tamtéž, str. 111–113.

<sup>83</sup> Srov. FISCHER, Ondřej a René MILFAIT. *Etika pro sociální práci*, str. 14a.

<sup>84</sup> Srov. Analýza financování sociálních služeb. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEBeb\\_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEBeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465). [cit. 2021-03-06].

organizace, jež za služby platí. V důsledku toho dochází k omezení pravomocí a možností klienta určovat směr, kterým se bude vzájemná spolupráce ubírat. Obzvláště proto je důležité zaměřit se v sociální práci na východiska, která jsou individuální a není možné je posuzovat nezávisle na subjektu. Jedním z takovýchto možných východisek je zaměření na kvalitu života. Kvalita života zahrnuje subjektivní vnímání hodnot a zaměřením na ní se sociální pracovníci snaží o celkové (biologické, psychické, sociální i duševní stránky člověka) zlepšení blaha jedince.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*, str. 15an.

### 3. KVALITA A KVANTITA ŽIVOTA

Kvalita života je v popředí všech profesí, ve kterých jsou pracovníci zodpovědní za blaho klientů. Přesto i kvalita života a její maximalizace přináší mnohé rozpory, kterými je důležité se zabývat. Týká se to například způsobů měření kvality života, které je užitečné třeba při porovnávání výhodnosti jednotlivých léčebných postupů či při snaze o maximalizaci kvality života ve společnosti. Dalším tématem klinické etiky, které je naprosto zásadní, je hledání ideálního vyvážení mezi kvalitou a kvantitou života.

Často musí být v medicíně učiněna volba mezi kvalitou a kvantitou života. Pouhé přežití s nesnesitelnou bolestí a strachem z nedůstojného zbytku života může být pro mnohé lidi cesta, kterou se nechtějí vydat za žádnou cenu.<sup>86</sup> Základní otázky, které se u kvality života nabízejí, jsou:

- Co je kvalita života a jak ji měřit?
- Jak určit, kdy je správné ustoupit od léčby?
- Jak porovnat jednotlivé procedury, abychom naplnili požadavky klienta a zároveň jednali v souladu s etickými principy?
- Jak kvalita života ovlivňuje kvantitu života?

#### 3.1 ROZMĚRY KVALITY ŽIVOTA

V podkapitole kvalita života, která pojednávala o tomto tématu jako o rovině v lékařské etice, je kvalita života brána jako uspokojení. Za tímto pojetím byla snaha dát hodnocení kvality života empirickou dimenzi. Výzkumy, které z toho plynuly, se však snaží o objektivní pohled na kvalitu života, která se v celé své šíři neobejde bez subjektivní interpretace.<sup>87</sup> Z tohoto důvodu se začal využívat termín kvalita života v závislosti na zdraví, který se využívá, aby bylo možné určitým způsobem měřit kvalitu života pro potřeby medicíny. Na kvalitu života je tedy možné pohlížet ze dvou hledisek: objektivního a subjektivního. Z objektivního hlediska zkoumá jasně popsatelné faktory jako je tělesný, psychický, sociální a finanční stav, podmínky, ve kterých jedinec bydlí

---

<sup>86</sup> Srov. ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*, str. 22an.

<sup>87</sup> Srov. JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*, str. 110.

ad. Ze subjektivního hlediska se jedná o jedincův vlastní pohled a vlastní interpretaci své situace.<sup>88</sup>

Celkový pohled na kvalitu života stojí na základech objektivního hlediska, ale zůstává otázkou, jak moc je tento pohled relevantní bez přidání dimenze subjektivního pohledu. Právě subjektivní pohled totiž rozhoduje o vnímání kvality života daným jedincem. Tento pohled není pouhým odečtem symptomů a neduhů od ideálního zdraví, je o osobním vnímání jednotlivých aspektů života a o požadavcích na vlastní život.

Také Světová zdravotnická organizace vnímá kvalitu života jako subjektivní interpretaci vlastního postavení ve společnosti, kterou jedinec porovnává s nároky, cíli a očekáváními, které má.<sup>89</sup> Z tohoto pojetí vychází poté i většina dalších pokusů o definici kvality života. V zásadě by se dalo říct, že kvalita života je obecně chápána jako subjektivní pohled na vlastní zdraví (ve smyslu komplexního zdraví z biologické, psychické, sociální i duševní stránky).<sup>90</sup>

Čím dál více se v moderní medicíně projevuje odklon od sledování objektivních měřítek k zaměření na subjektivní ukazatele. K tomu dochází v důsledku většího zaměření na pacienta a jeho vnímání problému a menšího zaměření na pouhé symptomy nemoci. To v konečném důsledku vede k odklonu od zaměření na kvantitu života k zaměření na kvalitu života.<sup>91</sup>

## 3.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA A JEHO VYUŽITÍ

Metody měření kvality života je možné rozdělit do tří skupin, právě podle toho, zda vychází z objektivního nebo subjektivního hodnocení kvality života. Jde konkrétně o techniky: měření, které vyhodnocuje druhá osoba, měření, kde je zhodnocovatel jedinec sám a měření smíšené, které vzniká kombinací obou výše uvedených.

---

<sup>88</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, str. 111.

<sup>89</sup> Srov. WHOQOL: *Measuring Quality of Life* [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>, [cit. 2021-10-06].

<sup>90</sup> Srov. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MŮHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*, str. 11an.

<sup>91</sup> Srov. tamtéž, str. 39.

Měření, které hodnotila druhá osoba se zaměřuje na jasně vyjádřitelné body, které se hodnotí na škále dle aktuálního stavu pacienta. Tyto body mohou být: soběstačnost pacienta (kvalita života hodnocená podle toho, jak se o sebe sám dokáže pacient postarat v běžných úkonech), lékařův názor na celkový zdravotní stav pacienta (na procentuální škále dle projevů nemoci) či širší škála, která bere v potaz celkové zdraví pacienta, jeho ekonomické postavení, míru závislosti na ostatních i způsob trávení volného času ad. Naneštěstí tento způsob hodnocení kvality života byl často ve velkém rozporu s tím, jak vnímal svou kvalitu života sám pacient. V důsledku toho se v medicíně začalo od tohoto způsobu hodnocení ustupovat v zájmu většího zaměření na subjektivní vnímání kvality života pacientem.

U měření, kde je hodnotitelem jedinec sám, dochází k hodnocení kvality života nepřímou, jelikož jedinec hodnotí svou celkovou spokojenost (jak se cítí fyzicky, psychicky, jak je spokojen se svou sociální situací, jak naplňuje sebou stanovené cíle ad.). Výhodou je zaměření na oblasti života, které jsou pro jedince obzvláště důležité.

U měření, které kombinuje oba předchozí způsoby, jde o měření konkrétních daných oblastí i celkové spokojenosti v životě. Cílem tohoto měření je vystihnout kvalitu života v dané chvíli, díky čemuž je poté možné zaměřit péči na konkrétní oblast, ve které jedinec strádá a kterou může zdravotník pozitivně ovlivnit.<sup>92</sup>

Hodnocení kvality života druhou osobou je výhodné především, pokud se zaměřujeme na makro-rovinu kvality života, která se zabývá kvalitou života u velkých sociálních skupin (státy, kontinent ad.) či u mezo-roviny kvality života, která se zabývá středními nebo menšími skupinami (školy, domovy důchodců ad.). Výhodou tohoto hodnocení je, že pracuje s modelem „obecného pacienta“, a tím dává možnost porovnání kvality života v různých státech, odděleních, ale například i porovnání v různých stádiích nemoci. Naopak smíšené měření a měření, kde je hodnotitel jedinec sám, je vhodné pro využití u osobní roviny kvality života.<sup>93</sup>

Takto změřená kvalita života je poté využitelná v mnoha odvětvích. Je díky ní možné posuzovat, zda se vyplatí provedení jednotlivých zákroků, zda je rozumné pokračovat

---

<sup>92</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, str. 165–177.

<sup>93</sup> Srov. tamtéž, str. 163an.

v léčbě či jakým způsobem by se měly rozdělovat veřejné finance, aby jejich využití přineslo maximalizaci kvality života ve společnosti (např. CEA a CBA).

### 3.3 VZTAH KVALITY A KVANTITY ŽIVOTA

Obecně se dá říci, že zlepšením kvality života jednotlivce, se prodlouží i kvantita jeho života. Například správným stravováním, duševní hygienou, pohybem a dalšími aktivitami, které spadají do zdravého životního stylu, by mělo dojít ke zvýšení osobní spokojenosti i objektivnímu zlepšení kvality života a tento pozitivní vliv by měl vést k prodloužení doby, které se jedinec dožije.

Na druhou stranu se může stát, a v klinické etice je to velice běžné a probírané téma, že čím delší život, tím více trpí kvalita života jednotlivce. Především pokud se jedná o léčbu, která má vedlejší účinky, nebo pokud pacient v důsledku stáří či nemoci prožívá zvyšující se bolesti a komplikace.<sup>94</sup> Snaha o nalezení ideálního vyvážení kvality a kvantity života je jedním ze základních témat klinické etiky. Týká se zásadních okruhů jako je marná léčba, paliativní péče, eutanázie i rozporu mezi principy benefice a nonmaleficence s principem respektu k autonomii (v případě, že pacient nechce prodlužovat svůj život s odvoláním na kvalitu života).

Kvalitě života je věnována čím dál větší pozornost v důsledku zvyšující se průměrné délky života. Počty starých nemocných lidí, u kterých je potřeba zabývat se jejich zhoršující se kvalitou života, neustále roste.<sup>95</sup>

Kvůli možnému zhoršení kvality života v důsledku prodlužování délky života bylo potřeba přijít s technikou, která bude zhodnocovat celkovou kvalitu života, která započítává kvalitu života s přihlédnutím na kvantitu života. Tou pravděpodobně nejvyužívanější technikou je už dříve zmíněná QALY. QALY vyjadřuje počet let, které pacient prožije při plné kvalitě života. Plná kvalita života je zde měřena z objektivního hlediska (zaměřuje se na fyzický stav pacienta).<sup>96</sup> Právě kvůli opomenutí subjektivního pohledu a zaměření především na fyzickou stránku je QALY hůře využitelná

---

<sup>94</sup>Srov. BUTLER, Robert N. a Claud JASMIN. *Longevity and quality of life: Opportunities and Challenges*, str. 121an.

<sup>95</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, str. 162.

<sup>96</sup>Srov. MUENNIG, Peter a Mark BOUNTHAVONG. *Cost-effectiveness analyses in health: A practical approach*, str. 177–179.

v konkrétních případech, ve kterých jde o subjektivní vnímání vlastního života a vlastní subjektivní zhodnocení života. I přesto se dá tato technika využít v konkrétních případech, jelikož dokáže pacientovi přehledně vyjádřit, jak by procedura ovlivnila kvalitu jeho života v závislosti na zdraví. QALY je dobře využitelná v makro-rovině kvality života, ve které se řeší zdravotní politika státu. Především ve zdravotní politice najde QALY své uplatnění, jelikož objektivního zhodnocení kvality života je potřeba při rozhodování o rozdělování prostředků.

Jaké bioetické principy jsou ovšem rozhodující, pokud se bavíme o případech v klinické etice? Ať už v otázce eutanázie, paliativní péče nebo u riskantního zákroku, který může ohrozit kvalitu i kvantitu života pacienta, je potřeba se zaměřit na cíl lékařské péče. Pokud je cílem této péče zachování biologického života, tak musí lékař udělat vše proto, aby udržel pacienta při životě (což by mohlo vést k dystanázii). Pokud je cílem medicíny zachovat autonomii pacienta, pak je nutné udělat vše proto, aby pacient byl schopen vykonávat svobodná rozhodnutí a poté tyto rozhodnutí respektovat i v případě, že zkrátí pacientův život.<sup>97</sup>

Zdravotní pracovníci by se měli snažit vyhovět všem principům klinické etiky, ale pokud mezi nimi dojde k rozporu, je důležité mít ujasněný vlastní hodnotový žebříček, být si vědom zákonů, které se dané situace týkají a uvědomovat si cíl, kterého se snaží společně s klientem dosáhnout.

---

<sup>97</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, str. 164.

# ZÁVĚR

Otázky, kterými se zabývá klinická etika, byly podstatné už od pradávna, přesto její význam stále narůstá a potřeba zabývat se těmito otázkami jen poroste. I v důsledku stále se prodlužující délky života se bude zvyšovat potřeba etické diskuze zabývající se i kvalitou a kvantitou života. Tato debata se týká nejen odborných zdravotních pracovníků (lékařů, sestřiček, sociálních pracovníků ad.) a klientů, jejichž případ zrovna řeší. Týká se každého jedince, a to i proto, že v ní jde také o celkové rozdělení zdravotní péče ve společnosti. Aby bylo rozdělování zdravotní péče spravedlivé a zároveň co nejefektivnější, je podstatné, aby existoval efektivní způsob měření kvality života. Právě rozdělování zdravotní péče, v zájmu co největší kvality života ve společnosti, bylo oblastí mé práce, jejíž důležitost mi zpočátku nedocházela. Na začátku mého bádání se mi představa kalkulací zahrnující lidské zdraví nezdála úplně vhodná, ale v průběhu svého zkoumání jsem pochopil, jak je důležité pro zdravotní politiku, a i pro celou společnost, mít způsob, jakým lze vypočítat a porovnat výhodnost jednotlivých postupů.

Cílem této bakalářské práce bylo popsat na základně odborné literatury základní principy (a rozpory mezi nimi), na které je potřeba myslet ve všech zdravotnických profesích, rozebrat, ve kterých oblastech sociální práce mají poznatky z klinické etiky největší význam a nakonec analyzovat pojem kvality života.

V první kapitole jsem rozebral, jaká témata a vlivy musí být brány v potaz u případech klinické etiky, na základě jakých faktorů se činí rozhodnutí o plánovaných intervencích a dle čeho se hledá nejlepší možné východisko, pokud se dostanou do rozporu jednotlivé bioetické principy. V druhé kapitole jsem se věnoval významu klinické etiky v sociální práci. Především jsem se zaměřil na využití principů z klinické etiky v oblastech péče o seniory a paliativní péči, kde se nejčastěji dostává sociální pracovník ke spolupráci s lidmi, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. V této kapitole jsem zmínil i eutanázii a asistovanou sebevraždu jakožto témata, kterým se věnuje pravděpodobně nejvíce pozornosti u etických diskuzí v klinické medicíně. Pro sociálního pracovníka je podstatné se v těchto oblastech vyznat, protože často ve své profesi vystupuje jako rádce a prostředník mezi klientem a dalšími odborníky, a je tedy nutné, aby dokázal poskytnout klientovi náhled na jednotlivá témata, která by ho mohla



tížit. Ve třetí a poslední kapitole jsem se zaměřil na kvalitu života, její vztah s kvantitou života a za použití už dříve nastíněných témat jsem popsal praktické využití hodnocení kvality života a jaké principy by měly být stěžejní, pokud je kvalita života hlavním cílem zdravotní péče.

Cíle stanovené v úvodu práce se mi v této bakalářské práci povedlo naplnit, ale musím konstatovat, že toto téma by bylo dobré dále prozkoumávat a rozvíjet debatu o oblastech, kterých se týká, v České republice. Především oblast měření přínosů a nákladů ve zdravotnictví a způsoby, kterými se klienti mohou podílet na vlastní léčbě (např. *living will*), budou do budoucna oblastmi klinické etiky, kterými bude nutné se v ČR podrobněji zabývat.

# ZDROJE

## Tištěné publikace

ALASTAIR V., Campbell. *Bioethics: The basics*. Abingdon: Taylor & Francis Books, 2013. ISBN 978-0-415-50409-6.

BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 7. New York: Oxford University Press, 2013. ISBN 978-0-19-992458-5.

BUTLER, Robert N. a Claud JASMIN. *Longevity and quality of life: Opportunities and Challenges*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2000. ISBN 978-1-4613-6907-3.

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. [Praha]: Zdravotní ústav Most k domovu, 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.

ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku*. Praha, 2015. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav humanitních studií v lékařství. Vedoucí práce Doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, Ph.D.

FISCHER, Ondřej a René MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8803-1.

JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019. ISBN 80-900904-2-7.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4538-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MORENO, Elías. *Bayesian Cost–Effectiveness Analysis of Medical Treatments*. Boca Raton: CRC Press, 2019. ISBN 978-1-138-73173-8.
- MUENNIG, Peter a Mark BOUNTHAVONG. *Cost-effectiveness analyses in health: A practical approach*. 3. San Francisco: Jossey-bass Publishing, 2016. ISBN 978-1-119-01126-2.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- PAYNE, Jan. *Klinická etika*. Praha: Triton, 1992. ISBN 80-900904-2-7.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [Praha]: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
- RICHARDSON, Henry S. Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2000, 3(25), 302.
- SCHILDMANN, Jan, John-Stewart GORDON a Jochen VOLLMANN. *Clinical Ethics Consultation: Theories and Methods, Implementation, Evaluation*. Farnham (Anglie): Ashgate, 2013. ISBN 9781409405115.
- SOKOL, Jan. *Jan Sokol: nebát se a nekrást*. Praha: Portál, 2003. Rozhovory (Portál). ISBN 80-717-8819-8.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

### **Internetové zdroje**

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977, 196(4286), 129-136. ISSN 0036-8075. Dostupné z: doi:10.1126/science.847460.

MATĚJEK, Jaromír. *Je living will opravdu řešením zástupného rozhodování za pacienty?* [online]. Praha: iDNES, 2011 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://matejek.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=179208>.

Analýza financování sociálních služeb. *Www.mpsv.cz* [online]. Praha: MPSV, 2019 [cit. 2021-03-06]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb\\_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465).

*Asociace poradců pro pozůstalé* [online]. Litomyšl: APPP [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <http://poradci-pro-pozustale.cz/poslani-asociace-poradcu-pro-pozustale>.

*Etický kodex České lékařské komory* [online]. Představenstvo České lékařské komory, 2019 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>.

Standardizace dotazníku IPOS. *Centrum paliativní péče* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2018 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/standardizace-dotazniku-ipos>.

*WHOQOL: Measuring Quality of Life* [online]. Ženeva: WHO, c2021 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>.

## ABSTRAKT

STRÁSKÝ, M. *Základní otázky klinické etiky se zaměřením na kvalitu a kvantitu života*. České Budějovice 2021. Bakalářská práce Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce: T. Veber.

**Klíčová slova:** klinická etika, etické principy, kvalita života, autonomie, benefice, nonmaleficence

Tato práce se zaměřuje na základní otázky klinické etiky. Tyto otázky se týkají především bioetických principů a rozporů mezi nimi, což jsou hlavní témata rozebraná v první části. V té také rozebírá faktory, které musí být zohledněny v případech klinické etiky, aby se dosáhlo vytyčeného cíle lékařské péče. V druhé části tato práce propojuje poznatky a relevantní oblasti klinické etiky se sociální prací. Především se zaměřuje na dvě oblasti sociální práce: práci se seniory a paliativní péči, ve kterých je toto propojení nejlépe viditelné. V této části se také okrajově dotýká témat eutanázie, dystanázie a asistované sebevraždy, což jsou jedny z nejvíce diskutovaných témat v klinické etice. Ve třetí části rozebírá tato práce jeden z nejpodstatnějších a nejaktuálnějších rozporů: otázku vyvážení kvality a kvantity života, v případech, ve kterých si tyto dvě oblasti odporují. V návaznosti na to rozebírá rozměry kvality života, způsoby měření kvality života a jejich praktické využití.

# ABSTRACT

## **Fundamental questions of clinical ethics with focus on quality and quantity of life**

**Key words:** clinical ethics, ethical principles, quality of life, autonomy, beneficence, nonmaleficence

This work focuses on basic issues of clinical ethics. These questions mainly concern bioethical principles and the contradictions between them, which are the main topics discussed in the first part. It also discusses the factors that must be taken into account in cases of clinical ethics in order to achieve the stated goal of medical care. In the second part, this work combines knowledge and relevant areas of clinical ethics with social work. Above all, it focuses on two areas of social work: work with elderly and palliative care, in which this connection is most clear. This section also touches on topics of euthanasia, dystanasia, and assisted suicide, which are some of the most discussed topics in clinical ethics. In the third part, this work discusses one of the most significant and current contradictions: the question of balancing the quality and quantity of life, in cases where these two areas contradict each other. Following this, it analyzes the dimensions of quality of life, methods of measuring quality of life and their practical use.